



«Anrede»

Organisationseinheit: BMGF - I/B/9 (ASVG-Legistik)

Sachbearbeiter/in: Nicole Müllner

E-Mail: nicole.müllner@bmgf.gv.at

Telefon: +43 (01) 71100-6365

Fax:

Geschäftszahl: BMGF-96119/0003-I/B/9/2004

Datum:

«Straße» «ON»

«Postleitzahl» «Ort»

Betreff: Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern- Sozialversicherungsgesetz und das Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert wird (3. Sozialversicherungs- Änderungsgesetz 2004 – 3. SVÄG 2004); Begutachtungsverfahren.

An alle laut Verteiler:

Präsidium des Nationalrates * Präsidentschaftskanzlei * Bundeskanzleramt-Verfassungsdienst * alle Bundesministerien * alle Staatssekretariate * Rechnungshof * Büro des Datenschutzrates * Volksanwaltschaft * Oesterreichische Nationalbank * Finanzprokuratur * Verfassungsgerichtshof * Verwaltungsgerichtshof * Beirat für die Volksgruppe der Roma * Geschäftsführung des Familienpolitischen Beirats * alle Landeshauptmänner * Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der Niederösterreichischen Landesregierung * Bundesvergabeamt * Österreichischer Städtebund * Österreichischer Gemeindebund * Bundesarbeitskammer * alle Landesarbeiterkammern * Wirtschaftskammer Österreich * alle Landeswirtschaftskammern * Österreichischer Gewerkschaftsbund * Gewerkschaft Öffentlicher Dienst * Österreichischer Landarbeiterkammertag * alle Landeslandarbeiterkammern * Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs * alle Landeslandwirtschaftskammern * Österreichischer Rechtsanwaltskammertag * Österreichische Notariatskammer * Österreichische Ärztekammer * Österreichische Apothekerkammer * Verband Angestellter Apotheker Österreichs * Österreichische Dentistenkammer * Industriellenvereinigung * Kammer der Wirtschaftstreuhand * Bundeskammer der Tierärzte Österreichs * Bundeskomitee Freie Berufe Österreichs * Bundeskonferenz der Kammern der Freien Berufe * Österreichische Gesellschaft für Gesetzgebungslehre * Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten * Österreichische Patentanwaltskammer * Sekretariat der Österreichischen Bischofskonferenz * Oberkirchenrat der Evangelischen Kirche in Österreich * Österreichische Bundes-Sportorganisation * Israelitische Kultusgemeinde * ARGE

Patientenanwälte * Österreichisches Hilfswerk * Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger * alle Sozialversicherungsträger * Arbeitsmarktservice Österreich * alle Landesgeschäftsstellen des Arbeitsmarktservice * Kriegsopfer- und Behindertenverband Österreich * Freier Wirtschaftsverband Österreichs * Wirtschaftsforum der Führungskräfte * Bundes-Jugendvertretung beim BMSG * Technische Universität Wien * Zentralausschuss der Österreichischen Hochschülerschaft * Gesellschaft der Gutachterärzte Österreichs * Österreichischer Bundesfeuerwehrverband * Zentralstelle Österreichischer Landesjagdverbände * BPW-Austria Gesellschaft * Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation * Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen * ARGE Daten * Österreichischer Gewerbeverein * Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie * Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen * Verein Österreichischer Seniorenrat * Handelsverband * Geschäftsführung des Bundesseniorenbeirates * Verein der Mitglieder der Unabhängigen Verwaltungssenate * Österreichischer Arbeitsring für Lärmbekämpfung * Bundeskonferenz der Universitäts- und Hochschulprofessoren * Bundeskonferenz der Verwaltungsdirektoren österreichischer Krankenanstalten * Vereinigung Österreichischer Staatsanwälte * Vereinigung österreichischer Richter * Österreichisches Hebammengremium * UVS Wien * ARGE PDL - SV Österreich * Verband der Öffentlichen Wirtschaft und Gemeinwirtschaft Österreichs * ARGE Selbsthilfe Österreich

Sehr geehrte/r Frau/Herr «Titel»«Nachname»!

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen übermittelt beiliegend den Entwurf eines Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert wird (3. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2004 – 3. SVÄG 2004 und ersucht um Kenntnisnahme und allfällige Stellungnahme bis längstens

02. November 2004.

Es wird ersucht, die Stellungnahme an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen auch elektronisch zu übermitteln:

nicole.muellner@bmgf.gv.at

Der Entschliebung des Nationalrates anlässlich der Verabschiedung des Geschäftsordnungsgesetzes, BGBl. Nr. 178/1961, entsprechend, werden die

begutachtenden Stellen ersucht, 25 Ausfertigungen der Stellungnahme unmittelbar dem Präsidium des Nationalrates zu übersenden und das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hievon in Kenntnis zu setzen. Die Übermittlung der Stellungnahme an das Präsidium des Nationalrates sollte nach Möglichkeit auch elektronisch erfolgen:

begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at

Die Landeskammern der gesetzlichen Interessenvertretungen werden ersucht, die Stellungnahme unmittelbar der jeweiligen Bundeskammer zu übermitteln.

Die Sozialversicherungsträger werden ersucht, die Stellungnahme unmittelbar dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu übermitteln.

Es wird darauf hingewiesen, dass dieses Begutachtungsverfahren auch als Befassung gemäß Art. 1 Abs. 1 und 4 der Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Konsultationsmechanismus und einen künftigen Stabilitätspakt der Gebietskörperschaften, BGBl. I Nr. 35/1999, anzusehen ist.

Sollte bis zum oben angegebenen Termin keine Stellungnahme eingelangt sein, so wird angenommen, dass kein Einwand gegen den vorliegenden Entwurf besteht.

Für die Bundesministerin:

Beilage: 0

Elektronisch gefertigt

E n t w u r f

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern- Sozialversicherungsgesetz und das Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert werden (3. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2004 – 3. SVÄG 2004)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (63. Novelle zum ASVG)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 106/2004, wird wie folgt geändert:

1. Im § 7 Z 4 Einleitung wird nach dem Ausdruck „in der Pensionsversicherung“ der Ausdruck „, wenn das ihnen aus einem oder mehreren Beschäftigungsverhältnissen im Sinne der lit. a bis e im Kalendermonat gebührende Entgelt den im § 5 Abs. 2 Z 2 genannten Betrag übersteigt“ angefügt.

2. Im § 7 Z 4 wird am Ende der lit. e der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende lit. f wird angefügt:

„f) die nach § 7a B-KUVG in der Krankenversicherung selbstversicherten Personen nach lit. a bis e.“

3. Im § 26 Abs. 1 Z 4 lit. a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 entfällt der Ausdruck „mit Ausnahme der Kleinseilbahnen,“.

4. Im § 53a wird nach dem Abs. 3 folgender Abs. 3a eingefügt:

„(3a) Für in der Pensionsversicherung teilversicherte Personen, die in einem oder mehreren geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen nach § 7 Z 4 lit. a bis e stehen, gilt Abs. 3 mit der Maßgabe, dass der Pauschalbeitrag für jeden Kalendermonat 10,25 % der allgemeinen Beitragsgrundlage beträgt. Für Teilversicherte nach § 7 Z 4 lit. f sind die Bestimmungen zur Selbstversicherung in der Pensionsversicherung nach § 19a entsprechend anzuwenden. Die monatlichen Beiträge sind mit 72,7 % des in § 77 Abs. 2a festgesetzten Betrages zu bemessen. Der sich hienach ergebende Betrag ist durch Verordnung kundzumachen.“

5. Im § 53a Abs. 4 wird nach dem Ausdruck „Vollversicherte gemäß Abs. 3“ der Ausdruck „und für Teilversicherte gemäß Abs. 3a“ eingefügt.

6. Im § 71 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 106/2004 wird der Ausdruck „§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. a bis d“ durch den Ausdruck „§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. a bis e“ ersetzt.

7. Im § 71 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 entfällt der Ausdruck „im vorhinein“.

8. § 128 samt Überschrift lautet:

„Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 128. Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungsträger, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.“

9. Im § 131b erster Satz entfällt der Ausdruck „andere“.

10. Dem § 131b werden folgende Sätze angefügt:

„Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Zuschuss festzusetzen. Die Höhe des Zuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.“

11. § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a lautet:

- „a) beim Schutz von Menschenleben und der Sicherung der Bevölkerung vor Gefahren, sofern diese Tätigkeiten im öffentlichen Interesse liegen, durch
- die Mitglieder von freiwilligen Feuerwehren (Feuerwehrverbänden), freiwilligen Wasserwehren, des Österreichischen Roten Kreuzes, der freiwilligen Rettungsgesellschaften, der Rettungsflugwacht, des Österreichischen Bergrettungsdienstes, der Österreichischen Wasserrettung, der Lawinenwarnkommissionen, der Österreichischen Rettungshunde-Brigade, des Kat.-Zuges/Rettungshundestaffel der NÖ. Berg- und Naturwacht und der Strahlenspür- und -meßtrupps bei Ausübung der ihnen im Rahmen der Ausbildung, der Übungen und des Einsatzfalles obliegenden Pflichten;
 - die freiwilligen Helfer/Helferinnen einer der im ersten Teilstrich genannten Organisationen oder der Pflichtfeuerwehren im Einsatzfall;
 - Sanitäter/Sanitäterinnen im Sinne des Sanitätergesetzes, BGBl. I Nr. 30/2002, die bei einer der im ersten Teilstrich genannten Organisationen oder den Pflichtfeuerwehren ehrenamtlich tätig sind, im Einsatzfall sowie
 - die Mitglieder und freiwilligen Helfer/Helferinnen organisierter Rettungsdienste, sofern diese Organisationen nach ihrer Zweckbestimmung auf Einsätze zur Leistung erster ärztlicher Hilfe in Notfällen im Inland ausgerichtet sind und sie die Erzielung eines Gewinnes nicht bezwecken, im Einsatzfall;“

12. § 447h wird aufgehoben.

13. § 472a Abs. 1 dritter Satz lautet:

„Als monatliche Höchstbeitragsgrundlage gilt das 30fache des nach § 108 Abs. 3 ASVG festgesetzten Betrages; als monatliche Mindestbeitragsgrundlage gelten 15 % der Höchstbeitragsgrundlage; die sich hienach ergebenden Beträge sind durch Verordnung kundzumachen.“

14. Im § 473 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 wird der Ausdruck „nach den §§ 472 und 474“ durch den Ausdruck „nach § 472“ ersetzt.

15. § 474 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 106/2004 wird aufgehoben.

16. § 474 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 106/2004 erhält die Bezeichnung „(2)“.

17. Im § 597 Abs. 6 wird der Ausdruck „2004“ durch den Ausdruck „2005“ ersetzt.

18. Im § 609 Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „474 Abs. 1, 2 und 3 (neu)“ durch den Ausdruck „474 Abs. 1 und 2“ ersetzt.

19. § 609 Abs. 5 erster Satz lautet:

„§ 343 Abs. 1 in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung gilt weiterhin für bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau versicherte Personen,

1. für die am 31. Dezember 2004 die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues in der Krankenversicherung zuständig war,
2. die nach dem 31. Dezember 2004 die Voraussetzungen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. i bis l erfüllen,
3. die nach dem 31. Dezember 2004 aufgrund des Abschnittes IV des Vierten Teiles dieses Bundesgesetzes eine Pension beziehen,
4. die nach dem 31. Dezember 2004 den ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst antreten und die unmittelbar vor Antritt des Präsenzdienstes die Voraussetzungen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. i bis l erfüllt haben.“

20. Nach § 618 wird folgender § 619 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004 (63. Novelle)“

§ 619. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2005 die §§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. a, 71 Abs. 1 und Abs. 3, 128 samt Überschrift, 131b erster Satz in der Fassung der Z 9, 176 Abs. 1 Z 7 lit. a, 473 Abs. 3, 474 Abs. 2 in der Fassung der Z 16, 597 Abs. 6, § 609 Abs. 1 Z 2 und Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.
2. mit 1. Jänner 2006 die §§ 7 Z 4, 53a Abs. 3a und 4 sowie 472a Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;
3. mit 1. Jänner 2008 § 131b in der Fassung der Z 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.

(2) Es treten außer Kraft:

1. mit Ablauf des 31. Dezember 2004 § 474 Abs. 2 in der Fassung der Z 15;
2. mit 1. Jänner 2005 § 447h.

(3) Gesamtvertragspartner nach § 341 ASVG können eine Vereinbarung über die Verschreibung von Arzneyspezialitäten und magistralen Zubereitungen, die grundsätzlich der ärztlichen Bewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unterliegen, ohne Einholung von ärztlichen Bewilligungen nach § 350 Abs. 3 schließen. Eine solche Vereinbarung kann die Verschreibung ohne ärztliche Bewilligung frühestens ab 1. Jänner 2005 und längstens bis zur Verfügbarkeit der technischen Infrastruktur der e-card bei den Einzelvertragspartnern vorsehen.

(4) Eine Vereinbarung nach Abs. 3 hat insbesondere zu enthalten:

1. gemeinsame Ziele der Gesamtvertragspartner über den Generika-Anteil und die Gesamtentwicklung der Heilmittelkosten pro Jahr. Dabei dürfen die jährlichen Heilmittelkosten beginnend mit dem Jahr 2005 104 % der Heilmittelkosten des jeweiligen Vorjahres keinesfalls übersteigen;
2. unter Berücksichtigung des Zieles nach Z 1 kalenderjahrbezogene Zielwerte für die Einzelvertragspartner, die auf einem oder mehreren der folgenden Parameter zu beruhen haben und jeweils im Vergleich zum jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr zu sehen sind:
 - a. die Gesamtanzahl der Verschreibungen;
 - b. die Gesamtanzahl der Verschreibungen bestimmter Arzneyspezialitäten;
 - c. der Durchschnitt der verursachten Heilmittelkosten pro Verschreibung;
 - d. der Durchschnitt der verursachten Heilmittelkosten pro Behandlungsfall;

- e. das Verhältnis der Verschreibungen von Arzneispezialitäten aus dem grünen, dem gelben und dem roten Bereich des Erstattungskodex;
3. Zielwerte auf Basis der Parameter nach lit. a und b dürfen 101 % und Zielwerte auf Basis der Parameter nach lit. c und d 105 % der tatsächlichen Werte des jeweils vorangegangenen Jahres nicht überschreiten;
 4. die zeitnahe - möglichst innerhalb von jeweils acht Wochen nach Monatsende über den vorangegangenen Monat - statistische Information der Einzelvertragspartner über ihr individuelles Verschreibeverhalten im Zusammenhang mit den Zielwerten nach Z 2 und die dadurch verursachten Heilmittelkosten;
 5. ein freiwilliges EDV-unterstütztes Selbstmonitoring und Controlling der Einzelvertragspartner betreffend die Verschreibefrequenzen von Arzneispezialitäten des Erstattungskodex und die Erreichbarkeit der Zielwerte nach Z 2;
 6. die gemeinsame quartalsweise Evaluierung der Ziele nach Z 1 durch die Gesamtvertragspartner und eine längstens quartalsweise Kündigungsregelung für Vereinbarungen nach Abs. 3;
 7. eine finanzielle Belohnung oder Haftung nach den Abs. 5 bis 7 für Einzelvertragspartner bei Über- und Unterschreiten der Zielwerte nach Z 2.
- (5) Wird das Ziel nach Abs. 4 Z 1 erreicht, ist die Verwendung des Betrages, der auf die Unterschreitung dieses Zielwertes für die Heilmittelkosten entfällt, von den Gesamtvertragspartnern zu vereinbaren.
- (6) Wird das Ziel nach Abs. 4 Z 1 nicht erreicht, ist die Hälfte des Betrages, um den dieser Zielbetrag überschritten wurde, von den Einzelvertragspartnern, die keine Erklärung nach Abs. 7 abgegeben haben, im Verhältnis der individuellen Zielverfehlungen im Wege eines Honorarabzuges bis zum 30. Juni des Folgejahres einzuheben. Der Abzug darf der Höhe nach die durch die individuelle Zielverfehlung verursachten Heilmittelkosten nicht übersteigen.
- (7) Einzelvertragspartner können binnen einem Monat nach in Kraft treten der Vereinbarung nach Abs. 4 gegenüber den Gesamtvertragspartnern erklären, der Vereinbarung nicht zu unterliegen. Diesfalls entfaltet die Vereinbarung keine Rechte und Pflichten für den Einzelvertragspartner.
- (8) Während der Geltung einer Vereinbarung nach Abs. 4 sind die Regeln über die Einholung einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes auf die in den Geltungsbereich der Vereinbarung fallenden Einzelvertragspartner nicht anzuwenden. Eine der einzelnen Verordnerin vom Krankenversicherungsträger auferlegte Bewilligungspflicht wegen Verletzung der Dokumentationspflichten nach § 350 bleibt jedoch unberührt.

Artikel 2

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (30. Novelle zum GSVG)

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 105/2004, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 85 Abs. 4 werden folgende Sätze angefügt:

„Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Kostenersatz festzusetzen. Die Höhe des Kostenersatzes hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.“

2. *§ 87 samt Überschrift lautet:*

„Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 87. (1) Bei mehrfacher gesetzlicher Krankenversicherung sind die Sachleistungen und die Geldleistungen, soweit es sich um die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen handelt, für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Träger der Krankenversicherung, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die sonstigen Geldleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Krankenversicherungen.

(2) Hat eine Versicherte/ein Versicherter im Falle der Anstaltspflege Anspruch auf Leistungen gemäß § 96 Abs. 2, so sind diese Leistungen, soweit sie im Falle der Inanspruchnahme eines anderen Krankenversicherungsträgers über das Ausmaß der von diesem Versicherungsträger zu erbringenden Leistung hinausgehen, vom Versicherungsträger zusätzlich zu gewähren.“

3. *Nach § 306 wird folgender § 307 samt Überschrift angefügt:*

„Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004 (30. Novelle)

§ 307. Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2005 § 87 samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;
2. mit 1. Jänner 2008 § 85 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.

Artikel 3

Änderungen des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (29. Novelle zum BSVG)

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 105/2004, wird wie folgt geändert:

1. *Dem § 80 wird folgender Abs. 8 angefügt:*

„(8) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Kostenzuschuss nach Abs. 1 festzusetzen. Die Höhe des Kostenzuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlich versicherten Mitgliedern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.“

2. *§ 80a samt Überschrift lautet:*

„Leistungen bei mehrfacher Versicherung in der Krankenversicherung

§ 80a. Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungsträger, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.“

3. *Nach § 295 wird folgender § 296 samt Überschrift angefügt:*

„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004 (29. Novelle)

§ 296. Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2005 § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;
2. mit 1. Jänner 2008 § 80 Abs. 8 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.

Artikel 4

Änderungen des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (32. Novelle zum B-KUVG)

Das Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 145/2003, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 Abs. 1 Z 17 lit. b wird folgende sublit. cc angefügt:

„cc) deren Dienstverhältnis auf dem Landesvertragslehrergesetz 1966, BGBl. Nr. 172, beruht und nach Ablauf des 31. Dezember 2000 begründet wird;“

2. § 2 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Von der Krankenversicherung sind – unbeschadet Abs. 2 – jeweils nur hinsichtlich der, von den folgenden Ausnahmetatbeständen umfassten Tätigkeiten ausgenommen:“

3. Im § 2 Abs. 1 Z 2 entfällt der Ausdruck „Kranken- und Unfallfürsorge der Beamten der Landeshauptstadt Innsbruck,“.

4. Nach § 2 Abs. 1 Z 4 wird folgende Z 5 eingefügt:

„5. die in § 1 Abs. 1 Z 1 bis 5, 8 bis 11, 14a, 16, 17, 21 und 22 bezeichneten Personen, wenn ihre Beitragsgrundlage oder die Summe ihrer Beitragsgrundlagen nach § 19 den im § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG genannten Betrag nicht übersteigt;“

5. Dem § 2 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt ebenso für die Lehrer/innen des Bundeslandes Wien nach dem Landesvertragslehrergesetz 1966 einschließlich der Bezieher/innen einer Pension oder eines Übergangsgeldes.“

6. Dem § 5 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Nach Wegfall des Ausnahmegrundes nach § 2 Abs. 1 Z 5 beginnt die Versicherung mit dem Tag des Wegfalles dieses Ausnahmegrundes.“

7. Nach § 6 Abs. 4 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Bei Eintritt des Ausnahmegrundes nach § 2 Abs. 1 Z 5 endet die Krankenversicherung mit Ablauf des Kalendermonates, in dem dieser Ausnahmegrund eingetreten ist.“

8. Nach § 7 wird folgender § 7a samt Überschrift eingefügt:

„Selbstversicherung

§ 7a. (1) Personen, die nach § 2 Abs. 1 Z 5 von der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz ausgenommen und auch sonst weder in der Krankenversicherung noch in der Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz pflichtversichert sind, können sich, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben, auf Antrag in der Krankenversicherung selbstversichern. Diese Selbstversicherung kann jedoch nicht für die im § 56 Abs. 9 und 10 genannten Personen sowie Personen, die einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung haben, erfolgen.

(2) Die Selbstversicherung in der Krankenversicherung hat die gleichen Rechtswirkungen wie eine Pflichtversicherung, soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt ist.

(3) Die Selbstversicherung beginnt

1. bei der erstmaligen Inanspruchnahme mit dem Tag des Beginnes der geringfügigen Beschäftigung, wenn der Antrag binnen sechs Wochen nach diesem Zeitpunkt gestellt wird,

2. sonst mit dem der Antragstellung folgenden Tag, im Falle der Beendigung der Selbstversicherung nach Abs. 4 Z 2 oder 3 beginnt die Selbstversicherung frühestens nach Ablauf von drei Kalendermonaten nach dieser Beendigung.

(4) Die Selbstversicherung endet

1. mit dem Wegfall der Voraussetzungen;
2. mit dem Tag des Austrittes;
3. wenn der fällige Beitrag nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf des Monats, für den er gelten soll, gezahlt worden ist, mit dem Ende des Monats, für den zuletzt ein Beitrag entrichtet worden ist."

9. Nach § 8 Abs. 1 werden folgende Abs. 1a und 1b eingefügt:

„(1a) Hat eine nach § 2 Abs. 1 Z 5 von der Krankenversicherung ausgenommene Person dem Versicherungsträger glaubhaft mitgeteilt, dass die Summe ihrer Beitragsgrundlagen nach § 19 aus mehreren versicherungspflichtigen Tätigkeiten nach diesem Bundesgesetz den im § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG angeführten Betrag im monatlichen Durchschnitt voraussichtlich übersteigen wird, so besteht ab dem Zeitpunkt, für den erstmals die Beiträge entrichtet worden sind, eine Formalversicherung.“

(1b) Abs. 1 gilt entsprechend für den Antrag eines vermeintlich Versicherungsberechtigten auf Selbstversicherung.“

10. Dem § 8 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Formalversicherung nach Abs. 1a endet auch, wenn die Person ihre Mitteilung widerruft.“

11. Dem § 17 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Die nach § 7a Selbstversicherten haben der Versicherungsanstalt alle für die Versicherung bedeutsamen Änderungen binnen einer Woche zu melden. Diese Meldungen wirken auch für den Bereich der Pensionsversicherung.“

12. Dem § 19 Abs. 1 Z 3 wird folgender Halbsatz angefügt:

„außer Betracht bleiben Beiträge, die der Dienstgeber für die Versicherten im Sinne des § 15 Bundesbezügegesetz, BGBl. I Nr. 64/1997, oder gleichartiger landesgesetzlicher Regelungen an eine Pensionskasse leistet und die nicht nach § 26 Z 7 Einkommensteuergesetz 1988 der Einkommen(Lohn)steuerpflicht unterliegen;“

13. § 19 Abs. 6 lautet:

„(6) Die Beitragsgrundlage darf die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Als monatliche Höchstbeitragsgrundlage gilt das 30fache des nach § 108 Abs. 3 ASVG festgesetzten Betrages. Der sich hienach ergebende Betrag ist durch Verordnung kundzumachen.“

14. Im § 19 Abs. 7 entfallen der vorletzte und der letzte Satz.

15. § 19 Abs. 8 lautet:

„(8) Monatliche Beitragsgrundlage für die in der Krankenversicherung nach § 7a Selbstversicherten ist der Betrag gemäß § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG.“

16. Nach § 19 wird folgender § 19a samt Überschrift eingefügt:

„Allgemeine monatliche Beitragsgrundlage für ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis

19a. (1) Steht ein Versicherter/eine Versicherte in einem Kalenderjahr in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis nach § 2 Abs. 1 Z 5, so ist für dieses eine Jahresbeitragsgrundlage zu bilden. Jahresbeitragsgrundlage ist das im jeweiligen Kalenderjahr aus dem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis gebührende Gesamtentgelt mit Ausnahme der Sonderzahlungen.

(2) Zur Ermittlung der allgemeinen monatlichen Beitragsgrundlage ist die Jahresbeitragsgrundlage gemäß Abs. 1 durch die Anzahl der Monate, in denen das geringfügige Beschäftigungsverhältnis ausgeübt wurde, zu teilen. Der auf Grund dieser Teilung auf einen Kalendermonat entfallende Teil der Jahresbeitragsgrundlage gilt als allgemeine monatliche Beitragsgrundlage.

(3) Weist der Versicherte/die Versicherte für das geringfügige Beschäftigungsverhältnis bis zum 30. Juni des Kalenderjahres, das dem Jahr der Beitragsgrundlagenbildung gemäß den Abs. 1 und 2 folgt, die tatsächlichen allgemeinen monatlichen Beitragsgrundlagen für die einzelnen Kalendermonate nach, so sind diese für die Feststellung der Vollversicherungspflicht und für die Bemessung der Beiträge maßgeblich."

17. Dem § 20 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Der monatliche Beitrag für Selbstversicherte in der Krankenversicherung nach § 7a beträgt 12,49 €; die §§ 20a und 20c sind nicht anzuwenden. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 ASVG (§ 108 Abs. 6 ASVG in der Fassung des Entwurfes eines Pensionsharmonisierungsgesetzes) mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1 ASVG) vervielfachte Betrag.“

18. Nach § 20c wird folgender § 20d samt Überschrift eingefügt:

„Beiträge für Versicherte, die in geringfügigen Versicherungsverhältnissen stehen

§ 20d. (1) Versicherte, die eine oder mehrere geringfügige versicherungspflichtige Tätigkeiten nach § 1 ausüben, haben hinsichtlich dieser Tätigkeiten einen Pauschalbeitrag zu leisten. Für jeden Kalendermonat beträgt dieser Pauschalbeitrag 3,95% der allgemeinen Beitragsgrundlage nach § 19a. Davon entfallen auf die Krankenversicherung als allgemeiner Beitrag 3,7% und als Zusatzbeitrag 0,25%.

(2) Beiträge nach Abs. 1 sind nur so weit vorzuschreiben, als die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen aus allen Beschäftigungsverhältnissen im Kalendermonat die Höchstbeitragsgrundlage überschreiten.“

19. § 22 Abs. 5 wird aufgehoben.

20. Der bisherige Text des § 23 erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; folgende Abs. 2 und 3 werden angefügt:

„(2) Die Dienstgeberabgabe nach § 24a ist jeweils für ein Kalenderjahr im nachhinein bis zum 15. Jänner des Folgejahres zu entrichten. Abs. 1 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Beiträge die Dienstgeberabgabe und an die Stelle des Beitragsschuldners der Dienstgeberabgabepflichtige tritt.

(3) Beiträge nach § 20d sind binnen 14 Tagen nach der Vorschreibung einzuzahlen. Für nicht rechtzeitig eingezahlte Beiträge gelten die Bestimmungen des Abs. 1.“

21. Nach § 24 wird folgender § 24a samt Überschrift eingefügt:

„Dienstgeberabgabe

§ 24a. (1) Die Dienstgeber haben für alle bei ihnen in einem Dienstverhältnis nach § 1 Z 17, 21 und 22 stehenden Personen, deren Beitragsgrundlage nach § 19 den Betrag nach § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG nicht übersteigt, eine pauschalisierte Abgabe in der Höhe von 16,10% der Beitragsgrundlage nach Abs. 3 zu entrichten (Dienstgeberabgabe), sofern die Summe der monatlichen allgemeinen Beitragsgrundlagen dieser Personen das Eineinhalbfache des Betrages nach § 5 Abs. 2 ASVG übersteigt.

(2) Die Dienstgeberabgabe ist eine ausschließliche Bundesabgabe, die von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter im übertragenen Wirkungsbereich einzuhoben ist. Diese hat dabei die für Verwaltungssachen geltenden verfahrensrechtlichen Bestimmungen des ASVG (Siebenter Teil) anzuwenden.

(3) Grundlage für die Bemessung der Dienstgeberabgabe ist die Summe der monatlichen Beitragsgrundlagen nach § 19 Abs. 1 und § 21 für die im Abs. 1 genannten Personen.

(4) 22,05% der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Krankenversicherung der geringfügig beschäftigten Personen nach diesem Bundesgesetz; 77,95% der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Pensionsversicherung.“

22. Im § 26 Abs. 1 Z 3 wird folgender Halbsatz angefügt:

„§ 19 Abs. 1 Z 3 zweiter Halbsatz ist anzuwenden;“

23. § 57 samt Überschrift lautet:

„Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 57. Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungsträger, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.

24. Im § 60a erster Satz entfällt der Ausdruck „andere“.

25. Der bisherige Text des § 60a erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Zuschuss festzusetzen. Die Höhe des Zuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.“

26. In der Überschrift des 3. Unterabschnittes zu Abschnitt II des Zweiten Teiles wird nach dem Ausdruck „der Versicherten nach § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19, 21 und 22“ der Ausdruck „sowie der Selbstversicherten nach § 7a“ angefügt.

27. Der bisherige Text des § 84 erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Für Selbstversicherte nach § 7a, die in einem Dienstverhältnis nach § 1 Abs. 1 Z 17, 21 und 22 stehen, gebührt der Höhe nach

1. Krankengeld nach § 141 Abs. 5 ASVG und
2. Wochengeld nach § 162 Abs. 3a Z 1 ASVG.

28. Im § 194 Abs. 2 entfällt der Ausdruck „zum Inkrafttreten des § 57 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 174/1999 mit“ und der Ausdruck „2005“ wird durch den Ausdruck „2006“ ersetzt.

29. Im § 203 Abs. 2 wird der Ausdruck „2004“ durch den Ausdruck „2005“ ersetzt.

30. Nach § 209 wird folgender § 210 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004 (32. Novelle)

§ 210. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2005 die §§ 1 Abs. 1 Z 17 lit. b sublit. cc, 2 Abs. 1 erster Satz und Abs. 2, 19 Abs. 1 Z 3, 26 Abs. 1 Z 3, 57 samt Überschrift, 60a erster Satz in der Fassung der Z 24, 194 Abs. 2 und 203 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;
2. mit 1. Jänner 2006 die §§ 2 Abs. 1 Z 5, 5 Abs. 3, 6 Abs. 5, 7a samt Überschrift, 8 Abs. 1a, 1b und 2, 17 Abs. 3, 19 Abs. 6 bis 8, 19a samt

Überschrift, 20 Abs. 3, 20d samt Überschrift, 23, 24a samt Überschrift, 60a in der Fassung der Z 25, die Überschrift des 3. Unterabschnittes zu Abschnitt II des Zweiten Teiles und § 84 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.

3. rückwirkend mit 1. Oktober 2004 § 2 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.

(2) § 22 Abs. 5 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2005 außer Kraft.“

Vorblatt

Probleme:

Erforderlichkeit der Aktualisierung verschiedener Bereiche des Sozialversicherungsrechtes.

Lösung:

Vornahme notwendiger Anpassungen und Rechtsbereinigungen.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Auf die finanziellen Erläuterungen wird verwiesen.

EU-Konformität:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

Erläuterungen

I. Allgemeiner Teil

Im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen sind zahlreiche Änderungen und Ergänzungen des Sozialversicherungsrechtes, die der Anpassung an die Rechtsentwicklung und der weiteren Harmonisierung des Sozialversicherungsrechtes dienen sollen, vorgemerkt.

Im Einzelnen sind diesbezüglich folgende Maßnahmen hervorzuheben:

- Entfall der mit 1. Jänner 2005 vorgesehenen gesetzlichen Reihenfolge der Leistungszuständigkeit bei Mehrfachversicherung in der Krankenversicherung;
- legislative Anpassungen im Zusammenhang mit der Zusammenführung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen mit der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues;
- Einbeziehung des Kat.-Zuges/Rettungshundestaffel der NÖ Berg- und Naturwacht in den Unfallversicherungsschutz nach § 176 ASVG;
- Einführung einer Zuschussregelung für bestimmte Tumorbehandlungen;
- Schließung der Lücke für die Kostenzuschussregelung bei Fehlen vertraglicher Regelungen im ärztlichen Bereich;
- Aussetzung der Bewilligungspflichten des Erstattungskodex bis zur Einführung der e-card durch Vereinbarung der Gesamtvertragspartner;
- Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze in der Krankenversicherung im B-KUVG nach dem Vorbild des ASVG an Stelle der bisherigen Mindestbeitragsgrundlagenregelung sowie einer Selbstversicherung analog § 19a ASVG;
- Schaffung der Möglichkeit, dass Landeslehrer/innen im B-KUVG versichert sein können;
- Verlängerung der Übergangsregelung für geringfügig Beschäftigte im B-KUVG;
- Beitragsbefreiung für freiwillige Einzahlungen in eine Pensionskasse nach dem B-KUVG;
- ausdrückliches Abstellen der Ausnahmeregelung des § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG auf die jeweilige Tätigkeit und nicht wie bisher auf die Person;
- redaktionelle Bereinigungen.

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“), hinsichtlich des § 24a B-KUVG auf Art. 10 Abs. 1 Z 4 B-VG („öffentliche Abgaben“).

II. Besonderer Teil

Zu Art. 1 Z 3 (§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. aASVG):

Mit dieser Änderung soll der im Rahmen des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 103/2003 erfolgten Neuregelung des Seilbahnwesens Rechnung getragen werden.

Demzufolge sind nach § 1 Abs. 2 des Eisenbahngesetzes 1957 u.a. öffentliche Seilbahnen nach § 2 Z 1, 2 und 4 des Seilbahngesetzes 2003 und Materialseilbahnen mit Werksverkehr oder beschränkt-öffentlichem Verkehr (§ 2 Z 5 des Seilbahngesetzes 2003), somit auch die vormaligen Kleinseilbahnen, Eisenbahnen.

Die sachliche Zuständigkeit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ist daher entsprechend anzupassen.

Diese legislative Anpassung bezieht sich auf rund 30 Betriebe bzw. etwa 150 Beschäftigte.

Zu Art. 1 Z 6 (§ 71 Abs. 1 ASVG):

Im Hinblick auf die Neufassung des § 26 ASVG, wie sie im Rahmen des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 106/2004 im Zusammenhang mit der Neuordnung von Eisenbahnunternehmen erfolgt ist, ist die vorgeschlagene Zitierungsanpassung notwendig. Damit soll sichergestellt sein, dass die Regelung betreffend die Mittelaufbringung zur Bestreitung der Aufwendungen in der Unfallversicherung auch für bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Beschäftigte gilt.

Zu Art. 1 Z 7 (§ 71 Abs. 3 ASVG):

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird bewirkt, dass die Beiträge in der Unfallversicherung bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau gleichzeitig mit dem von dieser als Dienstgeber jeweils zu leistenden Beitragsteil zur Kranken- und Pensionsversicherung fällig wird.

Das bedeutet, dass auch für Beiträge in der Unfallversicherung bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Verzugszinsen zu zahlen sind, wenn die Beiträge nicht innerhalb von 15 Tagen nach der Fälligkeit eingezahlt werden. Erfolgt die Einzahlung zwar verspätet, aber noch innerhalb von drei Tagen nach Ablauf der 15-Tage-Frist, so bleibt die Verspätung ohne Rechtsfolgen.

Durch die Gleichschaltung mit der Abführung der Beiträge zur Kranken- und Pensionsversicherung soll eine weitere Vereinfachung erfolgen.

Zu Art. 1 Z 1 (§ 7 Z 4 Einleitung ASVG):

Die grundsätzliche Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze im B-KUVG (siehe § 2 Abs. 1 Z 5 B-KUVG samt Erläuterungen) nach dem Muster des ASVG anstelle der Mindestbeitragsgrundlage macht es erforderlich, die Geringfügigkeitsgrenze in der Pensionsversicherung auch für jene teilversicherten Personen, die nunmehr aus der Krankenversicherung nach dem B-KUVG ausgenommen werden, einzuführen. Bei Anwendung des Ausnahmegrundes der Geringfügigkeitsgrenze liegt somit weder in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG noch in der Pensionsversicherung nach dem ASVG eine Pflichtversicherung vor.

Zu Art. 1 Z 2 (§ 7 Z 4 lit. f ASVG):

Die Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG wegen geringfügiger Beschäftigung soll insgesamt betrachtet die gleichen Auswirkungen wie die Selbstversicherung nach § 19a, nämlich eine Selbstversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung, nach sich ziehen; Für Personen, die schon bisher der Pensionsversicherung nach dem ASVG unterliegen, wird daher die Selbstversicherung nach dem B-KUVG mit einer Teilversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG untrennbar verknüpft. Mit dieser Bestimmung werden ausschließlich jene Personen wegen einer Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG in die Pensionsversicherung nach dem ASVG einbezogen, die auch schon bisher der Pensionsversicherung nach dem ASVG unterlagen.

Zu Art. 1 Z 4 und 5 (§ 53a Abs. 3a und 4 ASVG):

Übt eine bereits der Pflichtversicherung unterliegende Person eine weitere, aber geringfügige Beschäftigung aus, sind die Beiträge für diese geringfügige Beschäftigung in pauschaler Form zu leisten. Die im Abs. 3 genannte Pauschalierung für die Kranken- und Pensionsversicherung wird daher für den Bereich der Pensionsversicherung für jene Personen nach § 7 Z 4 übernommen, die bereits der Krankenversicherung nach dem B-KUVG unterliegen und auch für die geringfügige Beschäftigung Krankenversicherungsbeiträge in pauschaler Form nach dem B-KUVG zu leisten haben. Der Prozentsatz in der Höhe von 10,25 % entfällt zur Gänze auf die Pensionsversicherung (9,25 % allgemeiner Beitrag und 1 % Zusatzbeitrag).

Mit der Selbstversicherung nach dem B-KUVG wird eine Teilversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG untrennbar verknüpft. Diese Teilversicherung soll den gleichen materiellen Bedingungen unterliegen wie der

pensionsversicherungsbezogene Teil der Selbstversicherung nach § 19a. Die Beiträge sind daher auf Basis des im § 77 Abs. 2a genannten Betrages, welcher einer jährlichen Aufwertung unterliegt, zu bemessen.

Die Höchstbeitragsgrundlage soll auch bei Zusammentreffen einer Teilversicherung in der Pensionsversicherung und einer zusätzlichen Beitragspflicht zur Pensionsversicherung für ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis gelten.

Zu Art. 1 Z 8 und 12 (§§ 128 und 447h ASVG), Art. 2 Z 2 (§ 87 GSVG), Art. 3 Z 2 (§ 80a BSVG) und Art. 4 Z 23 (§ 57 B-KUVG):

Nach geltender Rechtslage sind bei mehrfacher Krankenversicherung nach demselben oder nach verschiedenen Sozialversicherungsgesetzen die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren. Für die Erbringung der Leistung ist derzeit jener Versicherungsträger zuständig, den der/die Versicherte zuerst in Anspruch nimmt.

Derzeit ist auch gesetzlich vorgesehen, dass mit 1. Jänner 2005 eine Neuregelung der Reihenfolge der Leistungszuständigkeit der Krankenversicherungsträger für Sachleistungen (die Erstattung von Kosten bzw. Kostenzuschüssen anstelle von Sachleistungen) bei mehrfacher Krankenversicherung des/der Versicherten in Kraft treten soll. Nach dieser Neuregelung bestimmt sich die Leistungszuständigkeit der Krankenversicherungsträger zunächst nach der ersten Inanspruchnahme durch den/die Versicherte/n, andernfalls nach einer gesetzlich vorgegebenen Reihenfolge. Im Hinblick auf die bevorstehende Einführung der e-card soll aus verwaltungsökonomischen Gründen die Neuregelung der Reihenfolge der Leistungszuständigkeit nicht in Kraft treten, sondern die derzeit geltende Rechtslage auch nach dem 1. Jänner 2005 zur Anwendung kommen.

Seit dem ASRÄG 1997 gehört die Reihenfolge der Inanspruchnahme dem Rechtsbestand an, das Inkrafttreten wurde allerdings wiederholt verschoben. Eine Aufrollung aller Änderungsanordnungen erscheint nicht sinnvoll, sodass zur Rechtsklarheit die entsprechenden Bestimmungen neu erlassen werden sollen.

Zu Art. 1 Z 9 (§ 131b ASVG) und Art. 4 Z 24 (§ 60a B-KUVG):

Für (neue) Krankenbehandlungen, die nicht vertraglich sichergestellt sind, besteht derzeit insofern eine Lücke in der Regelung über die Kostenzuschüsse des § 131b ASVG, als dass sich diese Regelung nur auf "andere" Vertragspartner bezieht und damit schon durch die Wortinterpretation die niedergelassenen Vertragsärzte und -ärztinnen ausgeschlossen sind. § 131a ASVG regelt ausschließlich den Fall eines sogenannten vertragslosen Zustandes mit der niedergelassenen Ärzteschaft. Für die diesbezüglichen Regelungen des B-KUVG gilt entsprechendes. Durch den Entfall des Ausdruckes „andere“ wird diese Lücke geschlossen, und die Normierung von satzungsmäßigen Zuschüssen für vertraglich nicht sichergestellte Leistungen ausdrücklich zugelassen.

Zu Art. 1 Z 10 (§ 131b ASVG), Art. 2 Z 1 (§ 85 Abs. 4 GSVG), Art. 3 Z 1 (§ 80 Abs. 8 BSVG) und Art. 4 Z 25 (§ 60a B-KUVG):

Zirka 18% aller Krebspatienten sterben, weil der Tumor am Ort der ursprünglichen Entstehung nicht vernichtet werden kann, obwohl er noch keine Metastasen gebildet hat. Laut internationalen Studien können wiederum 10% dieser derzeit nicht behandelbaren Krebspatienten mit einer punktförmigen Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen erfolgreich behandelt werden. Derzeit sind in Europa fünf Zentren für eine derartige Tumorbehandlung in Planung oder im Bau, eines davon in Österreich (Wr. Neustadt).

Die Planung, Errichtung und der Betrieb eines Behandlungszentrums verursacht derart hohe Kosten, dass ohne entsprechende finanzielle Absicherung dahingehend, dass bei Tumorkranken, bei denen diese Behandlung medizinisch indiziert ist, diese Behandlung auch von deren Krankenversicherung übernommen wird, ein privater Investor nicht bereit sein wird, das finanzielle Risiko zu übernehmen. Die Ermittlung eines Preises und eines Verhandlungsabschlusses, wie es im Vertragspartnerrecht üblich ist, ist derzeit mangels definitiven Kostenvergleiches nicht möglich bzw. würde einen derart langen Zeitraum in Anspruch nehmen, dass

eine Realisierung eines der europäischen Zentren in Österreich unmöglich gemacht würde. Es ist daher eine gesetzliche Regelung erforderlich, um einerseits den österreichischen Patienten und Patientinnen diese zukunftsweisende Tumorbehandlung im Inland anzubieten und andererseits das im internationalen Vergleich hohe medizinische Niveau in Österreich auch weiterhin sicher zu stellen. Bei dieser gesetzlichen Regelung wurde darauf Bedacht genommen, dass der Zuschuss der Krankenversicherungen sich in einem wirtschaftlich sinnvollen Bereich bewegt, der auch bei einem Vertragsabschluss erzielt werden könnte. Die Zuschüsse orientieren sich daher am Ausmaß jener Kosten, die Sozialversicherungsträger für vergleichbare, inländische ambulante Behandlungen im EWR aufzuwenden haben. Die Regelung soll mit 2008, dem prognostizierten Datum der Inbetriebnahme eines österreichischen Behandlungszentrums, in Kraft treten; eine Änderung der derzeitigen Praxis der Kostentragung von im Ausland erfolgten Behandlungen wird dadurch vorerst ausgeschlossen. Die Regelung ist ausdrücklich auf ambulante Behandlungen, das heißt, auf Behandlungen, die mit keiner stationären Aufnahme in einem Krankenhaus verbunden ist, beschränkt. Sollte eine Tumorbehandlung durch Bestrahlung mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen stationär erfolgen, ist sie entsprechend den für die Finanzierung von stationären Behandlungen in Krankenanstalten geltenden Regelungen zu vergüten.

Die Neuregelung verursacht den österreichischen Krankenversicherungsträgern keine Mehrkosten. Die österreichischen sozialversicherten Patienten und Patientinnen haben einen Anspruch, die Kosten einer ambulanten Krankenbehandlung in einem ausländischen Zentrum von ihrer Krankenversicherung in jenem Ausmaß, wie dies von der Krankenversicherung im Ausland bezahlt wird, ersetzt zu erhalten, wenn die Krankenbehandlung im Inland nicht angeboten wird. Sollte in Österreich kein Zentrum erreicht werden, würden die österreichischen Krankenversicherungen sogar höhere Kosten als bei der gegenständlichen Regelung treffen, da sie neben den rund gleich hohen Behandlungskosten ihren Versicherten auch noch Reise- und Fahrtkosten (zum Teil) ersetzen. Volkswirtschaftlich betrachtet würden beim Fehlen eines Zentrums in Österreich Beiträge der Versicherten in das Ausland abfließen, ohne eine Wertschöpfung in Österreich zu bewirken. Wird jedoch eines der europäischen Zentren in Österreich errichtet, bewirkt dies laut einer Studie des IHS einen Wertschöpfungseffekt in Österreich bezogen auf Errichtung und eine 15-jährige Betriebsphase von ca. 320 Millionen Euro. Darüber hinaus gibt es bedeutende Beschäftigungseffekte und Rückflüsse über Steuern und Sozialabgaben in Höhe von ca. 200 Millionen Euro.

Durch die Errichtung des Zentrums in Österreich wird zudem gewährleistet, dass die österreichischen Patienten und Patientinnen bei einem zumindest zu Beginn zu erwartenden Engpass an Behandlungsplätzen in Europa auch tatsächlich behandelt werden können. Des weiteren bleiben den Patienten und Patientinnen und den Begleitpersonen die mit der Behandlung im Ausland verbundenen Strapazen erspart.

Zu Art. 1 Z 11 (§ 176 Abs. 1 Z 7 lit. a ASVG):

Im Zuge der Überprüfung des Ansuchens des Vereins „Kat.-Zug / Rettungshundestaffel der NÖ. Berg- und Naturwacht“ um Aufnahme in die Liste nach § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a ASVG wurde deutlich, dass die derzeitige Formulierung dieser Gesetzesbestimmung eine weitere Interpretation zuließe als dies dem eigentlichen Gesetzeszweck der institutionalisierten Gefahrenhilfe entspricht. Durch die vorgeschlagene Änderung soll die Aufzählung der den Arbeitsunfällen gleichgestellten Tätigkeiten im Rahmen von Organisationen nach § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a ASVG übersichtlicher und sprachlich klarer gefasst werden. Weiters wird der Umfang des Versicherungsschutzes im Sinne des eigentlichen Gesetzeszweckes ausdrücklich dahingehend präzisiert, dass nach § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a ASVG nur solche Handlungen der aufgezählten Organisationen den Arbeitsunfällen gleichgestellt sind, die im öffentlichen Interesse liegen und dem Schutz von Menschenleben und/oder der Sicherung der Bevölkerung vor Gefahren dienen (vgl. Tomandl, System des österreichischen Sozialversicherungsrechts, 11. EL, S. 300/1).

Abgesehen von der Aufnahme des Vereines „Kat.-Zug / Rettungshundestaffel der NÖ. Berg- und Naturwacht“ in die Liste nach § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a ASVG soll der Inhalt dieser Bestimmung (Kreis der einbezogenen Organisationen und Handlungen) unverändert bleiben.

Der Versicherungsschutz soll auf Personen, die als Mitglieder des Vereines „Kat.-Zug / Rettungshundestaffel der NÖ. Berg- und Naturwacht“ einen Unfall im Rahmen der Ausbildung, der Übungen und des Einsatzfalles einen Unfall erleiden, ausgedehnt werden. Dieser Verein weist als überwiegende statutarische Zielsetzungen die Hilfeleistung im Unglücksfall durch Einsatz des Kat.-Zuges und die Unterstützung anderer Hilfsdienste bei ihrer Tätigkeit, insbesondere durch die Rettungshundestaffel, die Hilfeleistung bei der Suche nach abgängigen Personen sowie die Hilfeleistung gegenüber verunglückten und verletzten Personen mit dem Kat.-Zug zur Verfügung stehenden Mitteln auf. Ausbildung und Einsatz dieser Personen erfolgen daher ebenso im öffentlichen Interesse wie bei den übrigen bisher im § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a ASVG angeführten Personen. Mit ihrer Einbeziehung in den Unfallschutz wird daher auch die Gleichstellung in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht erreicht.

Zu Art. 1 Z 13 (§ 472a Abs. 1 ASVG):

Mit der Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze im B-KUVG nach dem Muster des ASVG entfallen die Bestimmungen über die Mindestbeitragsgrundlage. Der Verweis im § 472a Abs. 1 ASVG geht demnach ab Inkrafttreten der Änderungen im B-KUVG (mit 1. Jänner 2006) ins Leere. Die Bestimmungen über die Mindestbeitragsgrundlage werden daher anstatt des Verweises direkt in die Bestimmung übernommen.

Zu Art. 1 Z 14 bis 16, 18 und 19 (§§ 473 Abs. 3, 474 Abs. 2 und Abs. 2 (neu), 609 Abs. 1 Z 2 und Abs. 5 ASVG):

Derzeit unterscheidet die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen zwischen der Krankenversicherung der nach § 472 ASVG versicherten Beamten der österreichischen Bundesbahnen und der ihnen gleichgestellten Personen, wonach die gesetzlichen Vorschriften über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter zur Anwendung kommen (Krankenversicherung „B“) und der Krankenversicherung nach den Bestimmungen des ASVG unter Anwendung bestimmter Sonderregelungen des B-KUVG (Allgemeine Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten – Krankenversicherung „A“).

Mit der 61. Novelle zum ASVG, BGBl. I Nr. 145/2003, wurde im Zusammenhang mit der ab 1. Jänner 2005 wirksamen Zusammenlegung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen mit der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues im § 474 Abs. 2 ASVG für jene Personen, die in der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues in der Krankenversicherung versichert waren, eine Ausnahmeregelung geschaffen, derzufolge für den in Rede stehenden Personenkreis die Sonderregelungen, die im Bereich der Krankenversicherung „A“ zur Anwendung kommen, nicht gelten, was mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2005 die Schaffung einer dritten Kategorie, nämlich der Krankenversicherung „C“, für die ausschließlich das ASVG zum Tragen käme, bedeuten würde.

Aus verwaltungsökonomischen Gründen soll jedoch die Einführung einer dritten Kategorie von bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten vermieden werden.

Gleichzeitig müssen legistische Anpassungen erfolgen, damit für alle bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherte ab 1. Jänner 2005 ein einheitliches Vertragsrecht erreicht wird.

Was die gesamtvertraglichen Regelungen anlangt, so besteht derzeit ein Gesamtvertrag mit der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues hat sich hingegen an die Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen angeschlossen.

Nun soll bis 31. Dezember 2004 ein Gesamtvertrag abgeschlossen werden, der für alle bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten ab 1. Jänner 2005 gelten soll.

Mit diesem einheitlichen Gesamtvertrag wird für alle bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten ein einheitliches Leistungsrecht im Bereich der Krankenversicherung geschaffen, was insbesondere auch eine einheitliche Regelung in Bezug auf die Kostenbeteiligung bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zur Folge hat.

Zu Art. 1 Z 17 (§ 597 Abs. 6 ASVG):

Die Übergangsregelung ist in Entsprechung der Ausnahmebestimmung des § 203 Abs. 2 B-KUVG bis zum Inkrafttreten der Geringfügigkeitsgrenze im Dauerrecht des B-KUVG bis zum 31. Dezember 2005 zu verlängern.

Zu Art. 1 Z 20 (§ 619 Abs. 3 bis 8 ASVG):

Mit dem in Begutachtung befindlichen Entwurf einer Verordnung der Bundesministerin nach § 609 Abs. 9 ASVG (Heilmittel-Bewilligungs- und Kontrollverordnung) wird für die Abwicklung der Bewilligungsvorgänge betreffend chef- und kontrollarztepflichtige Arzneyspezialitäten die fernschriftliche Kommunikation als Übergangslösung bis zur Verfügbarkeit der technischen Infrastruktur der e-card vorgesehen. Den Gesamtvertragspartnern soll - im Sinne eines selbstverantwortlichen und zielorientierten Vorgehens - für diesen Übergangszeitraum auch die Möglichkeit geboten werden, mit einer Vereinbarung über die Heilmittelkostenentwicklung die ärztlichen Bewilligungen für Arzneyspezialitäten des Erstattungskodex zu ersetzen. Ausgehend von einem Gesamtziel sind individuelle Zielwerte für die Einzelvertragspartner festzulegen, die im Falle des Überschreitens des „Generalzieles“ mit einer finanziellen Haftung verbunden sein können.

Zu Art. 4 Z 1 und 5 (§ 1 Abs. 1 Z 17 lit. b sublit. cc und § 2 Abs. 2 B-KUVG):

Im Rahmen der 28. Novelle zum B-KUVG, BGBl. I Nr. 102/2001, wurden u.a. Bedienstete der Länder, Gemeindeverbände und Gemeinden, deren Dienstverhältnis auf einer dem Vertragsbedienstetengesetz 1948 gleichartigen landesgesetzlichen Regelung beruht und nach Ablauf des 31. Dezember 2000 begründet wird, in die Pflichtversicherung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes einbezogen (§ 1 Abs. 1 Z 17 lit. b sublit. aa B-KUVG).

Dieser Personenkreis wurde daher in den jeweiligen Versicherungszweigen (Unfall- und Krankenversicherung) aus der Vollversicherung des ASVG im Rahmen der 58. Novelle, BGBl. I Nr. 99/2001, ausgenommen (§ 5 Abs. 1 Z 3b lit. a ASVG). Eine Pflichtversicherung nach dem ASVG besteht für diese Personengruppe daher nur mehr im Bereich der Pensionsversicherung.

Im Hinblick darauf, dass § 1 Abs. 1 Z 17 lit. b sublit. aa B-KUVG auf das Bestehen einer landesgesetzlichen Regelung abstellt, ist die Einbeziehung vertragsbediensteter Landeslehrer/innen in das B-KUVG aufgrund des Wortlautes ausgeschlossen, wenn die dienstrechtlichen Verhältnisse auf bundesgesetzlichen Normen beruhen (Art. 14 Abs. 2 B-VG). Aus diesem Grund hat die OÖ Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge angeregt, eine diesbezügliche legistische Klarstellung zu treffen.

Die nunmehrige Einbeziehung der Landesvertragslehrer/innen in das B-KUVG bedeutet eine Gleichstellung dieser Bediensteten mit den übrigen Vertragsbediensteten der Gebietskörperschaften.

Zu Art. 4 Z 2 (§ 2 Abs. 1 erster Satz B-KUVG):

Der VwGH hat mit Erkenntnis vom 23. April 2003, 2001/08/0206, die Ausnahme eines Mitgliedes einer Gemeindevertretung aus der Pflichtversicherung nach dem B-KUVG mit der Begründung festgestellt, dass die Person als Lehrer in die regionale Kranken- und Unfallfürsorge einbezogen ist. Spätestens seit dem ASRÄG 1997, BGBl. I Nr. 139, ist eine solche Ausnahmeregelung nicht mehr mit der Absicht des Gesetzgebers, nach Möglichkeit sämtliche Erwerbseinkommen in die Sozialversicherung einzubeziehen, vereinbar. So ist auch die „Mehrfachversicherung“ mehrerer Tätigkeiten innerhalb des B-KUVG ausdrücklich vorgesehen. § 19 Abs. 7 B-KUVG normiert für den Fall der mehrfachen Krankenversicherung nach dem B-KUVG die Bemessung der Beiträge jeweils gesondert nach Beitragsgrundlage bis zur Höchstbeitragsgrundlage. Unter

Zugrundelegung der Rechtsprechung des VwGH löst zwar jede der in Betracht kommenden Tätigkeiten eine „eigene“ Pflichtversicherung innerhalb des B-KUVG aus, während jedoch eine Einbeziehung in die Krankenfürsorge die generelle Ausnahme aus dem B-KUVG bewirkt. Durch die Änderung soll somit klargestellt werden, dass sich die Ausnahmetatbestände jeweils nur auf die konkret zu prüfende Tätigkeit beziehen. In der Praxis wird § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG im Sinne einer „tätigkeitsbezogenen“ Ausnahme aus der Pflichtversicherung vollzogen.

Zu Art. 4 Z 3 (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG):

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll das B-KUVG an eine Änderung des Tiroler Landesrechts im Bereich der Kranken- und Unfallfürsorge angepasst werden. Da die Kranken- und Unfallfürsorge der Beamten der Landeshauptstadt Innsbruck mit 1. Oktober 2004 beendet wird (LGBl. Nr. 70/2004), ist diese Einrichtung aus der Liste nach § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG zu streichen.

Zu Art. 4 Z 4 (§ 2 Abs. 1 Z 5 B-KUVG):

Um die unerwünschten Auswirkungen der Einbeziehung sämtlicher Erwerbseinkommen in die Sozialversicherung durch das ASRÄG 1997, BGBl. I Nr. 139, zu beseitigen - so wurden u.a. die Gemeindemandatare in die Krankenversicherung nach dem B-KUVG einbezogen, auch wenn diese nur geringe Entschädigungen für diese Tätigkeit beziehen -, soll nunmehr auch im Dauerrecht des B-KUVG dergestalt eine Lösung gefunden werden, dass in der Krankenversicherung anstelle der Mindestbeitragsgrundlage eine Geringfügigkeitsgrenze nach dem Muster des ASVG eingeführt wird.

Danach werden künftig die im § 1 Abs. 1 B-KUVG angeführten Personengruppen - mit Ausnahme der Bezieherinnen und Bezieher von Pensionsleistungen oder Kinderbetreuungsgeld - nur mehr dann nach dem B-KUVG krankenversichert sein, wenn ihre Einkünfte aus Tätigkeiten, die grundsätzlich eine Versicherung nach dem B-KUVG nach sich ziehen, mehr als 316,19 € (Wert 2004) betragen.

Personen, deren Einkünfte die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigen, werden die Möglichkeit haben, sich in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG selbst zu versichern. Personen, deren Einkünfte aus Tätigkeiten, die grundsätzlich der Pensionsversicherung nach dem ASVG unterliegen (§ 1 Abs. 1 Z 5, 17, 21 und 22 B-KUVG), die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigen, werden die Möglichkeit haben, sich in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG selbst zu versichern, womit auch eine Teilversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG verbunden ist.

Das Bundesgesetz über die Abgeltung von wissenschaftlichen und künstlerischen Tätigkeiten an Universitäten und Universitäten der Künste, BGBl. Nr. 463/1974, trat mit Ablauf des 31. Dezember 2003 (§ 143 Abs. 6 Universitätsgesetz 2002) außer Kraft. Für die Wissenschaftlichen (Künstlerischen) Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen (in Ausbildung), die derzeit noch der Krankenversicherung nach dem B-KUVG und der Pensionsversicherung nach dem ASVG unterliegen, wird keine Geringfügigkeitsgrenze vorgesehen; es wird davon ausgegangen, dass mit 1. Jänner 2006 keine Personen mehr diesen Bestimmungen unterliegen werden.

Mit Wirksamkeit des Inkrafttretens der Geringfügigkeitsgrenze werden ca. 1000 Personen (überwiegend Mandatare, deren Entschädigung unter der Geringfügigkeitsgrenze liegt) aus der Krankenversicherung nach dem B-KUVG ausgenommen. Bei den meisten dieser Personen besteht zumindest ein Krankenversicherungsschutz als angehörige Person, weshalb in diesen Fällen nicht mit einer Selbstversicherung zu rechnen ist. Die finanziellen Auswirkungen der Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze sind im Bereich der Beitragseinnahmen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) mit ca. 1,1 Millionen Euro pro Jahr zu beziffern. Dafür ist überwiegend der Wegfall der Mindestbeitragsgrundlage im Bereich der Waisenpensionen verantwortlich, da diese häufig unter der Mindestbeitragsgrundlage liegen. Dem Großteil dieses Betrages steht die Verringerung des Beitragsaufwandes der Gebietskörperschaften als Dienstgeber in Höhe von rund 1 Millionen Euro gegenüber, da bei Anwendung der Mindestbeitragsgrundlage der gesamte Differenzbeitrag zwischen Entgelt und Mindestbeitragsgrundlage vom Dienstgeber zu tragen ist.

Zu Art. 4 Z 6 und 7 (§ 5 Abs. 3 und § 6 Abs. 5 B-KUVG):

Der Eintritt und das Ende der Pflichtversicherung in Zusammenhang mit dem Ausnahmegrund der Geringfügigkeitsgrenze sind entsprechend dem ASVG geregelt.

Zu Art. 4 Z 8 (§ 7a B-KUVG):

Den von der Ausnahme von der Krankenversicherung durch die Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze betroffenen Personen wird die Möglichkeit gegeben, eine Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG - nach dem Muster der Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung nach § 19a ASVG - zu beantragen.

Zu Art. 4 Z 9 bis 11 (§§ 8 Abs. 1a, 1b und 2, 17 Abs. 3 B-KUVG):

Die Bestimmungen sind den entsprechenden Bestimmungen des ASVG über die Formalversicherung, besondere Formalversicherung und Meldung der freiwillig Versicherten im Zusammenhang mit einem oder mehreren geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen nachgebildet.

Zu Art. 4 Z 12 und 22 (§ 19 Abs. 1 Z 3 zweiter Halbsatz und § 26 Abs. 1 Z 3 B-KUVG):

Nach § 26 Z 7 Einkommensteuergesetz 1988 gelten Beiträge des Arbeitgebers an Pensionskassen - soweit sie nicht ganz oder teilweise anstelle des bisher gezahlten Arbeitslohnes oder Lohnerhöhungen - geleistet werden, als Leistungen des Arbeitgebers, die nicht unter die Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit fallen, weshalb sie nicht der Einkommens(Lohn)steuerpflicht unterliegen. Nach § 49 Abs. 3 Z 18 lit. b ASVG gelten solche Beiträge auch nicht als Entgelt im sozialversicherungsrechtlichen Sinn und bleiben daher bei der Beitragsgrundlagenbildung außer Betracht. Das B-KUVG enthält betreffend Entschädigungsleistungen bislang keine entsprechende Bestimmung, sodass im gegebenen Zusammenhang Rechtsunsicherheit besteht bzw. die als Beitragsgrundlagen heranzuziehenden Entschädigungen (soweit die Höchstbeitragsgrundlage überschritten ist) nach § 19 Abs. 1 Z 3 B-KUVG nicht um die lohnsteuerfreien Pensionskassenbeiträge vermindert werden. Daher soll nach dem Muster des ASVG auf Anregung des Österreichischen Gemeindebundes ausdrücklich klargestellt werden, dass die lohnsteuerfreien Beiträge an Pensionskassen nicht als Entschädigung zu werten sind und daher auch nicht der Beitragspflicht zur Versicherung nach dem B-KUVG unterliegen. Besondere finanzielle Auswirkungen sind nicht zu erwarten, da insbesondere Versicherte, die dem Bundesbezügegesetz unterliegen, betragsmäßig jedenfalls Krankenversicherungsbeiträge bis zur Höchstbeitragsgrundlage entrichten.

Zu Art. 4 Z 13, 14 und 19 (§§ 19 Abs. 6 und 7 sowie 22 Abs. 5 B-KUVG):

Die Bestimmungen über die Mindestbeitragsgrundlage entfallen mit Inkrafttreten der Geringfügigkeitsgrenze.

Zu Art. 4 Z 15 und 17 (§§ 19 Abs. 8 und 20 Abs. 3 B-KUVG):

Die monatliche Beitragsgrundlage für in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG wegen einer geringfügigen Beschäftigung selbstversicherten Personen ist die monatliche Geringfügigkeitsgrenze (§ 76b Abs. 2 ASVG). Der monatliche Beitrag der Selbstversicherten wird aus Gründen der Verwaltungsökonomie nach dem Muster des ASVG der Höhe nach mit 12,49 € festgelegt. Dieser Betrag resultiert aus dem Dienstnehmeranteil in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG sowie dem Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung. Der Betrag ist in den Folgejahren mit der Aufwertungszahl zu valorisieren.

Zu Art. 4 Z 16 und 18 (§§ 19a und 20d B-KUVG):

Die Ermittlung der allgemeinen monatlichen Beitragsgrundlage für Versicherte, die auch in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis stehen, entspricht der diesbezüglichen Regelung des § 44a ASVG, wobei der Beitragssatz für das geringfügige Beschäftigungsverhältnis 3,95 % (entspricht dem Dienstnehmeranteil in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG inklusive Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung) beträgt.

Zu Art. 4 Z 20 und 21 (§§ 23 Abs. 2 und 3 sowie 24a B-KUVG):

Die Dienstgeberabgabe nach dem B-KUVG ist den entsprechenden Regelungen des Dienstgeberabgabegesetzes "DAG" (BGBl. I Nr. 28/2003) nachgebildet, wobei die im Folgenden ausgeführten Besonderheiten berücksichtigt sind. Eingehoben wird die Abgabe im übertragenen Wirkungsbereich - also für den Bund - durch die BVA. Die Dienstgeberabgabe ist beschränkt auf jene Gruppen, in denen geringfügige Beschäftigungsverhältnisse auch im Zweig der Pensionsversicherung nach dem ASVG auftreten können; das sind die Gruppen der „neuen“ Vertragsbediensteten (§ 1 Abs. 1 Z 17), der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Universitäten nach dem Universitätsgesetz 2002 (§ 1 Abs. 1 Z 21) und der kündbaren Bediensteten der BVA (§ 1 Abs. 1 Z 22). Die Dienstgeberabgabe ist zweckgewidmet und dient zur Finanzierung der Krankenversicherung. Unter Anwendung des Dienstgeberanteiles nach dem B-KUVG in Höhe von 3,55 % (allgemeiner Beitragssatz in der Krankenversicherung zuzüglich Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung sowie Beitragszuschlag) und nach dem ASVG der Pensionsversicherung in der Höhe von 12,55 % (allgemeiner Beitragssatz in der Pensionsversicherung zuzüglich Zusatzbeitrag in der Pensionsversicherung) beträgt die Dienstgeberabgabe 16,10 %. Dadurch errechnet sich auch die prozentuelle Widmung der Dienstgeberabgabe auf die Krankenversicherung (22,05 %) und die Pensionsversicherung (77,95 %).

Zu Art. 4 Z 26 und 27 (§ 84 B-KUVG):

Für die Selbstversicherten nach § 7a, die in Beschäftigungsverhältnissen nach § 1 Abs. 1 Z 17, 21 und 22 stehen, wird der Leistungsanspruch auf Kranken- oder Wochengeld entsprechend den Selbstversicherten nach 19a ASVG festgelegt.

Zu Art. 4 Z 28 und 29 (§§ 194 Abs. 2 und 203 Abs. 2 B-KUVG):

Die bisherigen Übergangsbestimmungen werden bis zum Inkrafttreten der Geringfügigkeitsgrenze verlängert. In § 194 Abs. 2 kann der Verweis auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 57 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 174/1999 entfallen.

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Artikeol 1

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Teilversicherung von im § 4 genannten Personen

§ 7. Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind von den im § 4 genannten Personen auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert):

1. bis 3. unverändert.
4. in der Pensionsversicherung

a) bis d) unverändert.

e) die ArbeitnehmerInnen der Universitäten nach dem Universitätsgesetz 2002.

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung

§ 26. (1) Zur Durchführung der Krankenversicherung sind - unbeschadet der Bestimmungen des § 16 Abs. 5 über die Selbstversicherung - sachlich zuständig:

1. bis 3. unverändert.
4. die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
 - a) für die bei Eisenbahnen im Sinne des 1. Teiles des Eisenbahngesetzes 1957, BGBl. Nr. 60, mit Ausnahme der Kleinseilbahnen, Beschäftigten, soweit diese Eisenbahnen – unabhängig von der Rechtsform des Betriebes bzw. Unternehmens – dem öffentlichen Verkehr dienen und Personen oder Sachgüter befördern, soweit nicht eine Betriebskrankenkasse zuständig ist;
 - b) bis l) unverändert.
- (2) bis (4) unverändert.

Teilversicherung von im § 4 genannten Personen

§ 7. Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind von den im § 4 genannten Personen auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert):

1. bis 3. unverändert.
4. in der Pensionsversicherung, wenn das ihnen aus einem oder mehreren Beschäftigungsverhältnissen im Sinne der lit. a bis e im Kalendermonat gebührende Entgelt den im § 5 Abs. 2 Z 2 genannten Betrag übersteigt
- a) bis d) unverändert.
- e) die ArbeitnehmerInnen der Universitäten nach dem Universitätsgesetz 2002;
- f) die nach § 7a B-KUVG in der Krankenversicherung selbstversicherten Personen nach lit. a bis e.

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung

§ 26. (1) Zur Durchführung der Krankenversicherung sind - unbeschadet der Bestimmungen des § 16 Abs. 5 über die Selbstversicherung - sachlich zuständig:

1. bis 3. unverändert.
4. die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
 - a) für die bei Eisenbahnen im Sinne des 1. Teiles des Eisenbahngesetzes 1957, BGBl. Nr. 60, Beschäftigten, soweit diese Eisenbahnen – unabhängig von der Rechtsform des Betriebes bzw. Unternehmens – dem öffentlichen Verkehr dienen und Personen oder Sachgüter befördern, soweit nicht eine Betriebskrankenkasse zuständig ist;
 - b) bis l) unverändert.
- (2) bis (4) unverändert.

**Beiträge für Versicherte, die in geringfügigen
Beschäftigungsverhältnissen stehen**

§ 53a. (1) bis (3) unverändert..

(4) Beiträge zur Krankenversicherung und zur Pensionsversicherung für Vollversicherte gemäß Abs. 3 sind nur so weit vorzuschreiben, als die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen aus allen Beschäftigungsverhältnissen im Kalendermonat das Dreißigfache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1) nicht überschreitet.

(5) unverändert.

**Beiträge in der Unfallversicherung bei der
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau**

§ 71. (1) Die Mittel zur Bestreitung der Aufwendungen in der Unfallversicherung werden für Personen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. a bis d, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt sind, durch Beiträge von deren Dienstgebern/Dienstgeberinnen aufgebracht. Die für ein Kalenderjahr erforderlichen Beiträge sind auf der Grundlage der Summe der Entgelte zu bemessen, welche die in diesen Unternehmungen (Betrieben) beschäftigten Versicherten für ihre Tätigkeit im Unternehmen (Betrieb) in diesem Kalenderjahr bezogen haben, zuzüglich der Sonderzahlungen nach § 49 Abs. 2, soweit sie als Grundlage für die Bemessung der Sonderbeiträge für das betreffende Kalenderjahr heranzuziehen wären.

(2) unverändert.

**Beiträge für Versicherte, die in geringfügigen
Beschäftigungsverhältnissen stehen**

§ 53a. (1) bis (3) unverändert..

(3a) Für in der Pensionsversicherung teilversicherte Personen, die in einem oder mehreren geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen nach § 7 Z 4 lit. a bis e stehen, gilt Abs. 3 mit der Maßgabe, dass der Pauschalbeitrag für jeden Kalendermonat 10,25 % der allgemeinen Beitragsgrundlage beträgt. Für Teilversicherte nach § 7 Z 4 lit. f sind die Bestimmungen zur Selbstversicherung in der Pensionsversicherung nach § 19a entsprechend anzuwenden. Die monatlichen Beiträge sind mit 72,7 % des in § 77 Abs. 2a festgesetzten Betrages zu bemessen. Der sich hienach ergebende Betrag ist durch Verordnung kundzumachen.

(4) Beiträge zur Krankenversicherung und zur Pensionsversicherung für Vollversicherte gemäß Abs. 3 und für Teilversicherte gemäß Abs. 3a sind nur so weit vorzuschreiben, als die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen aus allen Beschäftigungsverhältnissen im Kalendermonat das Dreißigfache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1) nicht überschreitet.

(5) unverändert.

**Beiträge in der Unfallversicherung bei der
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau**

§ 71. (1) Die Mittel zur Bestreitung der Aufwendungen in der Unfallversicherung werden für Personen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. a bis e, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt sind, durch Beiträge von deren Dienstgebern/Dienstgeberinnen aufgebracht. Die für ein Kalenderjahr erforderlichen Beiträge sind auf der Grundlage der Summe der Entgelte zu bemessen, welche die in diesen Unternehmungen (Betrieben) beschäftigten Versicherten für ihre Tätigkeit im Unternehmen (Betrieb) in diesem Kalenderjahr bezogen haben, zuzüglich der Sonderzahlungen nach § 49 Abs. 2, soweit sie als Grundlage für die Bemessung der Sonderbeiträge für das betreffende Kalenderjahr heranzuziehen wären.

(2) unverändert.

(3) Auf die Beiträge nach Abs. 1 und 2 hebt die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau monatlich im vorhinein Vorschüsse ein. Diese Vorschüsse werden mit dem Ersten des Kalendermonates fällig. Mit dem Ende eines jeden Kalenderjahres sind die eingehobenen Vorschüsse abzurechnen.

(4) unverändert.

Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 128. (1) Bei mehrfacher Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten bzw. Kostenzuschüsse anstelle von Sachleistungen) nur einmal zu gewähren. Handelt es sich um eine mehrfache Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz, so ist jener Versicherungsträger leistungszuständig, den der (die) Versicherte zuerst in Anspruch nimmt; andernfalls ist nach folgender Reihenfolge leistungszuständig:

1. der Krankenversicherungsträger nach dem B-KUVG,
2. der Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz,
3. der Krankenversicherungsträger nach dem GSVG,
4. der Krankenversicherungsträger nach dem BSVG.

(2) Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.

(3) Abweichend von der in Abs. 1 genannten Reihenfolge kann der (die) Versicherte auf Antrag die Sachleistungen bei einem anderen Krankenversicherungsträger, bei dem er (sie) versichert ist, in Anspruch nehmen. Die Leistungszuständigkeit wechselt sogleich bei Eintritt der Mehrfachversicherung, wenn der Antrag innerhalb von acht Wochen nach diesem Zeitpunkt gestellt wird; wird der Antrag später gestellt, so wechselt die Leistungszuständigkeit im Fall der Antragstellung bis zum Ablauf des 30. November eines Kalenderjahres mit Beginn des folgenden Kalenderjahres.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 131b. Stehen andere Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung, so gilt § 131a mit der Maßgabe, daß in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den

(3) Auf die Beiträge nach Abs. 1 und 2 hebt die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau monatlich Vorschüsse ein. Diese Vorschüsse werden mit dem Ersten des Kalendermonates fällig. Mit dem Ende eines jeden Kalenderjahres sind die eingehobenen Vorschüsse abzurechnen.

(4) unverändert.

Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 128. Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungsträger, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.“

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 131b. Stehen Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung, so gilt § 131a mit der Maßgabe, daß in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich

Bereich einer Berufsgruppe bestehen, der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat. Der Versicherungsträger hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.

Arbeitsunfällen gleichgestellte Unfälle

§ 176. (1) Den Arbeitsunfällen sind Unfälle gleichgestellt, die sich bei nachstehenden Tätigkeiten ereignen:

1. bis 6. unverändert.
7. a) in Ausübung der den Mitgliedern von freiwilligen Feuerwehren (Feuerwehrverbänden), freiwilligen Wasserwehren, des Österreichischen Roten Kreuzes, der freiwilligen Rettungsgesellschaften, der Rettungsflugwacht, des Österreichischen Bergrettungsdienstes, der Österreichischen Wasserrettung, der Lawinenwarnkommissionen, der Österreichischen Rettungshunde-Brigade und der Strahlenspür- und -meßtrupps im Rahmen der Ausbildung, der Übungen und des Einsatzfalles obliegenden Pflichten sowie bei Tätigkeiten von freiwilligen Helfern dieser Organisationen und der Pflichtfeuerwehren im Einsatzfall bzw. bei derartigen Tätigkeiten von bei diesen Organisationen ehrenamtlich tätigen Sanitätern im Sinne des § 14 Abs. 1 Z 1 des Sanitätergesetzes, BGBl. I Nr. 30/2002; des weiteren bei Tätigkeiten im Rahmen organisierter Rettungsdienste im Einsatzfall, sofern diese Organisationen nach ihrer Zweckbestimmung auf Einsätze zur Leistung erster ärztlicher Hilfe in Notfällen im Inland ausgerichtet sind und sie die Erzielung eines Gewinnes nicht bezwecken;

einer Berufsgruppe bestehen, der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung festgesetzten

Kostenzuschüsse zu leisten hat. Der Versicherungsträger hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen. Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Zuschuss festzusetzen. Die Höhe des Zuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.

Arbeitsunfällen gleichgestellte Unfälle

§ 176. (1) Den Arbeitsunfällen sind Unfälle gleichgestellt, die sich bei nachstehenden Tätigkeiten ereignen:

1. bis 6. unverändert.
7. a) beim Schutz von Menschenleben und der Sicherung der Bevölkerung vor Gefahren, sofern diese Tätigkeiten im öffentlichen Interesse liegen, durch

- die Mitglieder von freiwilligen Feuerwehren (Feuerwehrverbänden), freiwilligen Wasserwehren, des Österreichischen Roten Kreuzes, der freiwilligen Rettungsgesellschaften, der Rettungsflugwacht, des Österreichischen Bergrettungsdienstes, der Österreichischen Wasser-Rettung, der Lawinenwarnkommissionen, der Österreichischen Rettungshunde-Brigade, des Kat.-Zuges/Rettungshundestaffel der NÖ. Berg- und Naturwacht und der Strahlenspür- und -meßtrupps bei Ausübung der ihnen im Rahmen der Ausbildung, der Übungen und des Einsatzfalles obliegenden Pflichten;
- die freiwilligen Helfer/Helferinnen einer der im ersten Teilstrich genannten Organisationen oder der Pflichtfeuerwehren im Einsatzfall;
- Sanitäter/Sanitäterinnen im Sinne des Sanitätergesetzes, BGBl. I Nr. 30/2002, die bei einer der im ersten Teilstrich genannten Organisationen oder den Pflichtfeuerwehren ehrenamtlich tätig sind, im Einsatzfall sowie
- die Mitglieder und freiwilligen Helfer/Helferinnen organisierter Rettungsdienste, sofern diese Organisationen nach ihrer Zweckbestimmung auf Einsätze zur Leistung erster ärztlicher Hilfe in Notfällen im Inland ausgerichtet sind und sie die Erzielung eines Gewinnes nicht bezwecken, im Einsatzfall;

7. b) und 8. bis 13. unverändert.

(2) bis (5) unverändert.

Aufteilung der Beiträge zur Krankenversicherung bei mehrfacher Versicherung; Ausgleichsfonds

§ 447h. (1) Beim Hauptverband ist ein Ausgleichsfonds zur Aufteilung der Beiträge zur Krankenversicherung bei mehrfacher Versicherung (§§ 128 dieses Bundesgesetzes, 87 GSVG, 80a BSVG und 57 B-KUVG) zu errichten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluß zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer

7. b) und 8. bis 13. unverändert.

(2) bis (5) unverändert.

Aufteilung der Beiträge zur Krankenversicherung bei mehrfacher Versicherung; Ausgleichsfonds

§ 447h. Aufgehoben.

Schlußbilanz zum Ende des Jahres bestehen muß. Weiters ist zum Abschluß eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluß dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorzulegen.

(2) Die Träger der Krankenversicherung haben die bei ihnen in einem Kalenderjahr eingezahlten, auf die Krankenversicherung entfallenden Beiträge bei mehrfacher Versicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes über den Ausgleichsfonds gemäß Abs. 1 bis zum 31. März des Folgejahres zu verrechnen.

(3) Die Verrechnung und Aufteilung der Beiträge gemäß Abs. 2 erfolgt gemäß den nach § 31 Abs. 5 Z 33 vom Hauptverband erlassenen Richtlinien.

(4) Mit den gemäß Abs. 3 erstatteten Beträgen sind alle Leistungen der in Anspruch genommenen Krankenversicherungsträger abgegolten.

Versicherungsbeiträge

§ 472a. (1) In der Krankenversicherung nach § 472 gilt als Grundlage für die Bemessung der Beiträge (Beitragsgrundlage) und der Leistungen der Monatsbezug bzw. die Pensionsleistung. Die Beitragsgrundlage darf die Mindestbeitragsgrundlage nicht unter- und die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Monatliche Mindest- bzw. Höchstbeitragsgrundlage sind die jeweils gemäß § 19 Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter als Mindest- bzw. Höchstbeitragsgrundlage geltenden Beträge. Für die Ermittlung des Monatsbezuges gilt § 49 entsprechend. Die Bestimmungen des § 49 Abs. 2 und des § 54 Abs. 1 über die Sonderzahlungen und Sonderbeiträge sind bei der Bemessung der Beiträge entsprechend mit der Maßgabe anzuwenden, daß die in einem Kalenderjahr fällig werdenden Sonderzahlungen bis zum doppelten Betrag der für Jänner dieses Jahres geltenden Höchstbeitragsgrundlage der Bemessung der Sonderbeiträge zugrunde zu legen sind.

(2) bis (5) unverändert.

Versicherungsbeiträge

§ 472a. (1) In der Krankenversicherung nach § 472 gilt als Grundlage für die Bemessung der Beiträge (Beitragsgrundlage) und der Leistungen der Monatsbezug bzw. die Pensionsleistung. Die Beitragsgrundlage darf die Mindestbeitragsgrundlage nicht unter- und die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Als monatliche Höchstbeitragsgrundlage gilt das 30fache des nach § 108 Abs. 3 ASVG festgesetzten Betrages; als monatliche Mindestbeitragsgrundlage gelten 15 % der Höchstbeitragsgrundlage; die sich hienach ergebenden Beträge sind durch Verordnung kundzumachen. Für die Ermittlung des Monatsbezuges gilt § 49 entsprechend. Die Bestimmungen des § 49 Abs. 2 und des § 54 Abs. 1 über die Sonderzahlungen und Sonderbeiträge sind bei der Bemessung der Beiträge entsprechend mit der Maßgabe anzuwenden, daß die in einem Kalenderjahr fällig werdenden Sonderzahlungen bis zum doppelten Betrag der für Jänner dieses Jahres geltenden Höchstbeitragsgrundlage der Bemessung der Sonderbeiträge zugrunde zu legen sind.

(2) bis (5) unverändert.

Träger der Krankenversicherung

§ 473. (1) und (2) unverändert..

(3) Die Satzung und die Krankenordnung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau haben je einen besonderen Teil für die Krankenversicherung nach den §§ 472 und 474 zu enthalten.

Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten

§ 474. (1) unverändert.

(2) Abs. 1 ist nicht anzuwenden auf Personen,

1. für die am 31. Dezember 2004 die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues in der Krankenversicherung zuständig war,
2. die nach dem 31. Dezember 2004 die Voraussetzungen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. h bis lit. k erfüllen,
3. die nach dem 31. Dezember 2004 auf Grund des Abschnittes IV des Vierten Teiles dieses Bundesgesetzes eine Pension beziehen,
4. die nach dem 31. Dezember 2004 den ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst antreten und die unmittelbar vor Antritt des Präsenzdienstes die Voraussetzungen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. h bis lit. i erfüllt haben.

(3) Durch die Satzung der Versicherungsanstalt kann für die im Abs. 1 bezeichneten Versicherten auch bestimmt werden, daß die laufenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung sowie das Versehrten-, Familien- und Taggeld aus der Unfallversicherung für alle diese Versicherten oder für einzelne Versichertengruppen in kürzeren oder längeren Zeitabschnitten als wöchentlich, längstens aber monatlich, im nachhinein

Träger der Krankenversicherung

§ 473. (1) und (2) unverändert..

(3) Die Satzung und die Krankenordnung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau haben je einen besonderen Teil für die Krankenversicherung nach § 472 zu enthalten.

Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten

§ 474. (1) unverändert.

(2) Durch die Satzung der Versicherungsanstalt kann für die im Abs. 1 bezeichneten Versicherten auch bestimmt werden, daß die laufenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung sowie das Versehrten-, Familien- und Taggeld aus der Unfallversicherung für alle diese Versicherten oder für einzelne Versichertengruppen in kürzeren oder längeren Zeitabschnitten als wöchentlich, längstens aber monatlich, im nachhinein ausgezahlt werden.

ausgezahlt werden.

Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 1/2002 (59. Novelle)

§ 597. (1) bis (5) unverändert.

(6) Alle für geringfügig beschäftigte Personen und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse nach diesem Bundesgesetz geltenden Bestimmungen sind bis zum Ablauf des 31. Dezember 2004 auch auf Personen anzuwenden, die nach § 203 Abs. 2 B-KUVG von der Kranken- und Unfallversicherung nach dem B-KUVG ausgenommen sind.

(7) und (8) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 1 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 (61. Novelle)

§ 609. (1) Es treten in Kraft:

1. unverändert.

2. mit 1. Jänner 2005 die §§ 5 Abs. 1 Z 3 lit. b, 15 Abs. 3 Z 3, 23 Abs. 1 Z 3 und Abs. 4, 24 Abs. 1 Z 3, 25 Abs. 1 Z 1 lit. c, Z 2 lit. b und Z 3, 26 Abs. 1 Z 3 lit. b und Z 4, 28 Z 3, 29, 31 Abs. 5a, 42a, 53b Abs. 1, 71 Überschrift, Abs. 1, 2 und 3, 73 Abs. 2 und 4, 84 Abs. 3 Z 2 lit. b, Abs. 4 und 5 Z 2 lit. b, 231 Z 1, 232 Abs. 3, 319a Abs. 1 und 6, 343 Abs. 1, 343b Abs. 1, 421 Abs. 1a, 426 Abs. 1 Z 2, , 427 Abs. 1 Z 3, 4 (neu) und 5 (neu), 428 Z 3, 4 (neu) und 5 (neu), 429 Z 3, 4 (neu) und 5 (neu), 441a Abs. 1, 444 Abs. 3, 447a Abs. 1 und 3, 448 Abs. 3, 449 Abs. 2 bis 5, 460 Abs. 4, Überschrift des Abschnittes II des neunten Teiles, 473 Abs. 1, 2 und 3, 474 Abs. 1, 2 und 3 (neu), 475, 476, 477 sowie 580 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003;

3. bis 5. unverändert.

(2) bis (4a) unverändert.

(5) § 343 Abs. 1 ASVG in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung gilt für jenen Teil der Versicherten der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau weiter, die unter § 474 Abs. 2 fallen. Der Hauptverband hat mit der Österreichischen Ärztekammer für die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau einen Gesamtvertrag über die

Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 1/2002 (59. Novelle)

§ 597. (1) bis (5) unverändert.

(6) Alle für geringfügig beschäftigte Personen und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse nach diesem Bundesgesetz geltenden Bestimmungen sind bis zum Ablauf des 31. Dezember 2005 auch auf Personen anzuwenden, die nach § 203 Abs. 2 B-KUVG von der Kranken- und Unfallversicherung nach dem B-KUVG ausgenommen sind.

(7) und (8) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 1 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 (61. Novelle)

§ 609. (1) Es treten in Kraft:

1. unverändert.

2. mit 1. Jänner 2005 die §§ 5 Abs. 1 Z 3 lit. b, 15 Abs. 3 Z 3, 23 Abs. 1 Z 3 und Abs. 4, 24 Abs. 1 Z 3, 25 Abs. 1 Z 1 lit. c, Z 2 lit. b und Z 3, 26 Abs. 1 Z 3 lit. b und Z 4, 28 Z 3, 29, 31 Abs. 5a, 42a, 53b Abs. 1, 71 Überschrift, Abs. 1, 2 und 3, 73 Abs. 2 und 4, 84 Abs. 3 Z 2 lit. b, Abs. 4 und 5 Z 2 lit. b, 231 Z 1, 232 Abs. 3, 319a Abs. 1 und 6, 343 Abs. 1, 343b Abs. 1, 421 Abs. 1a, 426 Abs. 1 Z 2, , 427 Abs. 1 Z 3, 4 (neu) und 5 (neu), 428 Z 3, 4 (neu) und 5 (neu), 429 Z 3, 4 (neu) und 5 (neu), 441a Abs. 1, 444 Abs. 3, 447a Abs. 1 und 3, 448 Abs. 3, 449 Abs. 2 bis 5, 460 Abs. 4, Überschrift des Abschnittes II des neunten Teiles, 473 Abs. 1, 2 und 3, 474 Abs. 1 und 2, 475, 476, 477 sowie 580 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003;

3. bis 5. unverändert.

(2) bis (4a) unverändert.

(5) § 343 Abs. 1 in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung gilt weiterhin für bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau versicherte Personen,

Beziehungen zu den freiberuflich tätigen Ärzten und den Gruppenpraxen so rechtzeitig abschließen, dass dieser für alle bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten mit Inkrafttreten eines Kostenbeitrages nach § 31 Abs. 5a wirksam wird. Dabei ist von den vertragsabschließenden Parteien auf die finanzielle Leistungsfähigkeit dieses Versicherungsträgers in der Krankenversicherung Bedacht zu nehmen.

(6) bis (20) unverändert.

1. für die am 31. Dezember 2004 die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues in der Krankenversicherung zuständig war,
2. die nach dem 31. Dezember 2004 die Voraussetzungen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. i bis l erfüllen,
3. die nach dem 31. Dezember 2004 aufgrund des Abschnittes IV des Vierten Teiles dieses Bundesgesetzes eine Pension beziehen,
4. die nach dem 31. Dezember 2004 den ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst antreten und die unmittelbar vor Antritt des Präsenzdienstes die Voraussetzungen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. i bis l erfüllt haben.

(6) bis (20) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Bundesgesetzes
BGBl. I Nr. xx/2004 (63. Novelle)**

§ 619. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2005 die §§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. a, 71 Abs. 1 und Abs. 3, 128 samt Überschrift, 131b erster Satz in der Fassung der Z 9, 176 Abs. 1 Z 7 lit. a, 473 Abs. 3, 474 Abs. 2 in der Fassung der Z 16, 597 Abs. 6, § 609 Abs. 1 Z 2 und Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.
2. mit 1. Jänner 2006 die §§ 7 Z 4, 53a Abs. 3a und 4 sowie 472a Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;
3. mit 1. Jänner 2008 § 131b in der Fassung der Z 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.

(2) Es treten außer Kraft:

1. mit Ablauf des 31. Dezember 2004 § 474 Abs. 2 in der

Fassung der Z 15;

2. mit 1. Jänner 2005 § 447h.

(3) Gesamtvertragspartner nach § 341 ASVG können eine Vereinbarung über die Verschreibung von Arzneyspezialitäten und magistralen Zubereitungen, die grundsätzlich der ärztlichen Bewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unterliegen, ohne Einholung von ärztlichen Bewilligungen nach § 350 Abs. 3 schließen. Eine solche Vereinbarung kann die Verschreibung ohne ärztliche Bewilligung frühestens ab 1. Jänner 2005 und längstens bis zur Verfügbarkeit der technischen Infrastruktur der e-card bei den Einzelvertragspartnern vorsehen..

(4) Eine Vereinbarung nach Abs. 3 hat insbesondere zu enthalten:

1. gemeinsame Ziele der Gesamtvertragspartner über den Generika-Anteil und die Gesamtentwicklung der Heilmittelkosten pro Jahr. Dabei dürfen die jährlichen Heilmittelkosten beginnend mit dem Jahr 2005 104 % der Heilmittelkosten des jeweiligen Vorjahres keinesfalls übersteigen;
2. unter Berücksichtigung des Zieles nach Z 1 kalenderjahrbezogene Zielwerte für die Einzelvertragspartner, die auf einem oder mehreren der folgenden Parameter zu beruhen haben und jeweils im Vergleich zum jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr zu sehen sind:
 - a) die Gesamtanzahl der Verschreibungen;
 - b) die Gesamtanzahl der Verschreibungen bestimmter Arzneyspezialitäten;
 - c) der Durchschnitt der verursachten Heilmittelkosten pro Verschreibung;
 - d) der Durchschnitt der verursachten Heilmittelkosten pro Behandlungsfall;
 - e) das Verhältnis der Verschreibungen von Arzneyspezialitäten aus dem grünen, dem gelben und dem roten Bereich des Erstattungskodex;
3. Zielwerte auf Basis der Parameter nach lit. a und b dürfen 101 % und Zielwerte auf Basis der Parameter nach lit. c

- und d 105 % der tatsächlichen Werte des jeweils vorangegangenen Jahres nicht überschreiten;
4. die zeitnahe - möglichst innerhalb von jeweils acht Wochen nach Monatsende über den vorangegangenen Monat - statistische Information der Einzelvertragspartner über ihr individuelles Verschreibeverhalten im Zusammenhang mit den Zielwerten nach Z 2 und die dadurch verursachten Heilmittelkosten;
 5. ein freiwilliges EDV-unterstütztes Selbstmonitoring und Controlling der Einzelvertragspartner betreffend die Verschreibefrequenzen von Arzneispezialitäten des Erstattungskodex und die Erreichbarkeit der Zielwerte nach Z 2;
 6. die gemeinsame quartalsweise Evaluierung der Ziele nach Z 1 durch die Gesamtvertragspartner und eine längstens quartalsweise Kündigungsregelung für Vereinbarungen nach Abs. 3;
 7. eine finanzielle Belohnung oder Haftung nach den Abs. 5 bis 7 für Einzelvertragspartner bei Über- und Unterschreiten der Zielwerte nach Z 2.

(5) Wird das Ziel nach Abs. 4 Z 1 erreicht, ist die Verwendung des Betrages, der auf die Unterschreitung dieses Zielwertes für die Heilmittelkosten entfällt, von den Gesamtvertragspartnern zu vereinbaren.

(6) Wird das Ziel nach Abs. 4 Z 1 nicht erreicht, ist die Hälfte des Betrages, um den dieser Zielbetrag überschritten wurde, von den Einzelvertragspartnern, die keine Erklärung nach Abs. 7 abgegeben haben, im Verhältnis der individuellen Zielverfehlungen im Wege eines Honorarabzuges bis zum 30. Juni des Folgejahres einzuheben. Der Abzug darf der Höhe nach die durch die individuelle Zielverfehlung verursachten Heilmittelkosten nicht übersteigen.

(7) Einzelvertragspartner können binnen einem Monat nach in Kraft treten der Vereinbarung nach Abs. 4 gegenüber den Gesamtvertragspartnern erklären, der Vereinbarung nicht zu unterliegen. Diesfalls entfaltet die Vereinbarung keine Rechte und Pflichten für den Einzelvertragspartner.

(8) Während der Geltung einer Vereinbarung nach Abs. 4 sind die Regeln über die Einholung einer ärztlichen Bewilligung des

chef- und kontrollärztlichen Dienstes auf die in den Geltungsbereich der Vereinbarung fallenden Einzelvertragspartner nicht anzuwenden. Eine der einzelnen Verordnerin vom Krankenversicherungsträger auferlegte Bewilligungspflicht wegen Verletzung der Dokumentationspflichten nach § 350 bleibt jedoch unberührt.

Artikel 2

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) bis (3) unverändert.

(4) Soweit vertragliche Regelungen für alle oder einzelne Gruppen von Versicherten oder für bestimmte Leistungen nicht bestehen, sind an Stelle von Sachleistungen Geldleistungen durch Kostenersätze nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 lit. c zu gewähren. Versicherten, die vor Eintritt des vertragslosen Zustandes Anspruch auf Sachleistungen hatten, sind Kostenersätze nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 lit. b zu gewähren. Der Versicherungsträger kann diese Kostenersätze durch die Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten erhöhen.

(5) unverändert.

Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 87. (1) Bei mehrfacher Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz sind die Sachleistungen (die Kostenersätze anstelle von Sachleistungen (§ 85 Abs. 2 lit. b und c und Abs. 4)) nur einmal zu gewähren. Leistungszuständig ist nach folgender Reihenfolge:

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) bis (3) unverändert.

(4) Soweit vertragliche Regelungen für alle oder einzelne Gruppen von Versicherten oder für bestimmte Leistungen nicht bestehen, sind an Stelle von Sachleistungen Geldleistungen durch Kostenersätze nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 lit. c zu gewähren. Versicherten, die vor Eintritt des vertragslosen Zustandes Anspruch auf Sachleistungen hatten, sind Kostenersätze nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 lit. b zu gewähren. Der Versicherungsträger kann diese Kostenersätze durch die Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten erhöhen. Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Kostenersatz festzusetzen. Die Höhe des Kostenersatzes hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.

(5) unverändert.

Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 87. (1) Bei mehrfacher gesetzlicher Krankenversicherung sind die Sachleistungen und die Geldleistungen, soweit es sich um die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen handelt, für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Träger der Krankenversicherung, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die sonstigen Geldleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden

Krankenversicherungen.

1. der Krankenversicherungsträger nach dem B-KUVG,
2. der Krankenversicherungsträger nach dem ASVG,
3. der Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz,
4. der Krankenversicherungsträger nach dem BSVG.

(2) Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.

(3) Abweichend von der in Abs. 1 genannten Reihenfolge kann der Versicherte auf Antrag die Sachleistungen bei einem anderen Krankenversicherungsträger, bei dem er (sie) versichert ist, in Anspruch nehmen. Die Leistungszuständigkeit wechselt sogleich bei Eintritt der Mehrfachversicherung, wenn der Antrag innerhalb von acht Wochen nach diesem Zeitpunkt gestellt wird; wird der Antrag später gestellt, so wechselt die Leistungszuständigkeit im Fall der Antragstellung bis zum Ablauf des 30. November eines Kalenderjahres mit Beginn des folgenden Kalenderjahres.

(2) Hat eine Versicherte/ein Versicherter im Falle der Anstaltspflege Anspruch auf Leistungen gemäß § 96 Abs. 2, so sind diese Leistungen, soweit sie im Falle der Inanspruchnahme eines anderen Krankenversicherungsträgers über das Ausmaß der von diesem Versicherungsträger zu erbringenden Leistung hinausgehen, vom Versicherungsträger zusätzlich zu gewähren.“

**Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes
BGBl. I Nr. xx/2004 (30. Novelle)**

§ 307. Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2005 § 87 samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;
2. mit 1. Jänner 2008 § 85 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.

Artikel 3

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung

§ 80. (1) bis (7) unverändert.

Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung

§ 80. (1) bis (7) unverändert.

(8) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein

Leistungen bei mehrfacher Versicherung in der Krankenversicherung

§ 80a. (1) Bei mehrfacher Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz sind die Leistungen (§§ 80 und 88) nur einmal zu gewähren. Leistungszuständig ist nach folgender Reihenfolge:

1. der Krankenversicherungsträger nach dem B-KUVG,
2. der Krankenversicherungsträger nach dem ASVG,
3. der Krankenversicherungsträger nach dem GSVG,
4. der Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz.

(2) Abweichend von der in Abs. 1 genannten Reihenfolge kann der Versicherte auf Antrag die Sachleistungen bei einem anderen Krankenversicherungsträger, bei dem er (sie) versichert ist, in Anspruch nehmen. Die Leistungszuständigkeit wechselt sogleich bei Eintritt der Mehrfachversicherung, wenn der Antrag innerhalb von acht Wochen nach diesem Zeitpunkt gestellt wird; wird der Antrag später gestellt, so wechselt die Leistungszuständigkeit im Fall der Antragstellung bis zum Ablauf des 30. November eines Kalenderjahres mit Beginn des folgenden Kalenderjahres.

Schlußbestimmungen zu Art. 10, Abschnitt II des Arbeits- und Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1997, BGBl. I Nr. 139 (Abschnitt II der 21. Novelle)

Kostenzuschuss nach Abs. 1 festzusetzen. Die Höhe des Kostenzuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.

Leistungen bei mehrfacher Versicherung in der Krankenversicherung

§ 80a. Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungsträger, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.

Schlußbestimmungen zu Art. 10, Abschnitt II des Arbeits- und Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1997, BGBl. I Nr. 139 (Abschnitt II der 21. Novelle)

Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004 (29. Novelle)

§ 296. Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2005 § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;
2. mit 1. Jänner 2008 § 80 Abs. 8 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.

Artikel 4

Änderung des Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

Versicherungspflicht in der Kranken- und Unfallversicherung

§ 1. (1) In der Kranken- und Unfallversicherung sind, sofern nicht eine Ausnahme nach den §§ 2 oder 3 gegeben ist, versichert:

1. bis 16. unverändert.
17. a) unverändert.
- b) Bedienstete der Länder, Gemeindeverbände und Gemeinden,
- aa) und bb) unverändert.

18. bis 22 unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

Ausnahmen von der Krankenversicherung

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

1. unverändert.
2. Personen, denen im Erkrankungsfall Anspruch auf Leistungen zusteht, die den Leistungen der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz mindestens gleichwertig sind, sofern dieser Anspruch auf einem der in § 1 bezeichneten Dienstverhältnisse, auf einer der dort bezeichneten Funktionen oder auf einen Anspruch auf eine Pensionsleistung der in § 1 Abs. 1 Z 7, 12 oder 18 bezeichneten Art beruht. Die Gleichwertigkeit ist als gegeben anzunehmen, wenn die

Versicherungspflicht in der Kranken- und Unfallversicherung

§ 1. (1) In der Kranken- und Unfallversicherung sind, sofern nicht eine Ausnahme nach den §§ 2 oder 3 gegeben ist, versichert:

1. bis 16. unverändert.
17. a) unverändert.
- b) Bedienstete der Länder, Gemeindeverbände und Gemeinden,
- aa) und bb) unverändert.
- cc) deren Dienstverhältnis auf dem Landesvertragslehrergesetz 1966, BGBl. Nr. 172, beruht und nach Ablauf des 31. Dezember 2000 begründet wird;

18. bis 22 unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

Ausnahmen von der Krankenversicherung

§ 2. (1) Von der Krankenversicherung sind – unbeachtet Abs. 2 – jeweils nur hinsichtlich der, von den folgenden Ausnahmetatbeständen umfassten Tätigkeiten ausgenommen:

1. unverändert.
2. Personen, denen im Erkrankungsfall Anspruch auf Leistungen zusteht, die den Leistungen der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz mindestens gleichwertig sind, sofern dieser Anspruch auf einem der in § 1 bezeichneten Dienstverhältnisse, auf einer der dort bezeichneten Funktionen oder auf einen Anspruch auf eine Pensionsleistung der in § 1 Abs. 1 Z 7, 12 oder 18 bezeichneten Art beruht. Die Gleichwertigkeit ist als gegeben anzunehmen, wenn die Leistungsansprüche auf

Leistungsansprüche auf einer landesgesetzlichen Regelung über Krankenfürsorge beruhen. Andernfalls entscheidet das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Gleichwertigkeit, wobei die Gesamtansprüche mit Rücksicht auf den besonderen Personenkreis nach Billigkeit zu veranschlagen sind. Die Gleichwertigkeit ist jedenfalls gegeben, wenn die Leistungsansprüche gegenüber einer der im folgenden angeführten Krankenfürsorgeeinrichtungen bestehen:

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien,
Krankenfürsorge der Beamten der Stadtgemeinde Baden,
Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt

Linz,

Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeindebeamte,

Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte,
O.-ö. Lehrer-, Kranken- und Unfallfürsorge,

Krankenfürsorgeanstalt für Beamte des Magistrates Steyr,
Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels,

Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz,

Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadt Villach,
Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbeamten der Landeshauptstadt Salzburg,

Kranken- und Unfallfürsorge der Beamten der Landeshauptstadt Innsbruck,

Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer,
Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten,

Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten,

Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Landeshauptstadt Bregenz,

Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein;

einer landesgesetzlichen Regelung über Krankenfürsorge beruhen. Andernfalls entscheidet das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Gleichwertigkeit, wobei die Gesamtansprüche mit Rücksicht auf den besonderen Personenkreis nach Billigkeit zu veranschlagen sind. Die Gleichwertigkeit ist jedenfalls gegeben, wenn die Leistungsansprüche gegenüber einer der im folgenden angeführten Krankenfürsorgeeinrichtungen bestehen:

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien,
Krankenfürsorge der Beamten der Stadtgemeinde Baden,
Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt

Linz,

Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeindebeamte,

Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte,
O.-ö. Lehrer-, Kranken- und Unfallfürsorge,

Krankenfürsorgeanstalt für Beamte des Magistrates Steyr,
Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels,

Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz,

Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadt Villach,
Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbeamten der Landeshauptstadt Salzburg,

Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer,

Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten,
Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten,

Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Landeshauptstadt Bregenz,

Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein;

3. und 4 unverändert.

5. Aufgehoben.

6. bis 8. unverändert.

(2) Die Versicherung der Lehrer des Bundeslandes Wien und der Bezieher einer im Zusammenhang mit einem solchen Dienstverhältnis gewährten Pensionsleistung der in § 1 Abs.1 Z.7 bezeichneten Art wird durch die Bestimmung des Abs.1 Z.2 nicht berührt.

Beginn der Versicherung

§ 5. (1) und (2) unverändert.

(3) Nach Wegfall eines Ausnahmegrundes nach den §§ 2 und 3 beziehungsweise nach dem Ende desurlaubes gegen Einstellung der Bezüge, der die Unterbrechung der Krankenversicherung bewirkt (§ 7), beginnt die Versicherung mit dem dem Wegfall des Ausnahme(Unterbrechungs)grundes folgenden Tag.

Ende der Versicherung

§ 6. (1) bis (4) unverändert.

3. und 4 unverändert.

5. die in § 1 Abs. 1 Z 1 bis 5, 8 bis 11, 14a, 16, 17, 21 und 22 bezeichneten Personen, wenn ihre Beitragsgrundlage oder die Summe ihrer Beitragsgrundlagen nach § 19 den im § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG genannten Betrag nicht übersteigt;

6. bis 8. unverändert.

(2) Die Versicherung der Lehrer des Bundeslandes Wien und der Bezieher einer im Zusammenhang mit einem solchen Dienstverhältnis gewährten Pensionsleistung der in § 1 Abs.1 Z.7 bezeichneten Art wird durch die Bestimmung des Abs.1 Z.2 nicht berührt. Dies gilt ebenso für die Lehrer/innen des Bundeslandes Wien nach dem Landesvertragslehrergesetz 1966 einschließlich der Bezieher/innen einer Pension oder eines Übergangsgeldes.

Beginn der Versicherung

§ 5. (1) und (2) unverändert.

(3) Nach Wegfall eines Ausnahmegrundes nach den §§ 2 und 3 beziehungsweise nach dem Ende desurlaubes gegen Einstellung der Bezüge, der die Unterbrechung der Krankenversicherung bewirkt (§ 7), beginnt die Versicherung mit dem dem Wegfall des Ausnahme(Unterbrechungs)grundes folgenden Tag. Nach Wegfall des Ausnahmegrundes nach § 2 Abs. 1 Z 5 beginnt die Versicherung mit dem Tag des Wegfalles dieses Ausnahmegrundes.

Ende der Versicherung

§ 6. (1) bis (4) unverändert.

(5) Bei Eintritt des Ausnahmegrundes nach § 2 Abs. 1 Z 5 endet die Krankenversicherung mit Ablauf des Kalendermonates, in dem dieser Ausnahmegrund eingetreten ist.

Selbstversicherung

§ 7a. (1) Personen, die nach § 2 Abs. 1 Z 5 von der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz ausgenommen und auch sonst weder in der Krankenversicherung noch in der Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz pflichtversichert sind, können sich, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben, auf Antrag in der Krankenversicherung selbstversichern. Diese Selbstversicherung kann jedoch nicht für die im § 56 Abs. 9 und 10 genannten

Personen sowie Personen, die einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung haben, erfolgen.

(2) Die Selbstversicherung in der Krankenversicherung hat die gleichen Rechtswirkungen wie eine Pflichtversicherung, soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt ist.

(3) Die Selbstversicherung beginnt

1. bei der erstmaligen Inanspruchnahme mit dem Tag des Beginnes der geringfügigen Beschäftigung, wenn der Antrag binnen sechs Wochen nach diesem Zeitpunkt gestellt wird,
2. sonst mit dem der Antragstellung folgenden Tag, im Falle der Beendigung der Selbstversicherung nach Abs. 4 Z 2 oder 3 beginnt die Selbstversicherung frühestens nach Ablauf von drei Kalendermonaten nach dieser Beendigung.

(4) Die Selbstversicherung endet

1. mit dem Wegfall der Voraussetzungen;
2. mit dem Tag des Austrittes;
3. wenn der fällige Beitrag nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf des Monats, für den er gelten soll, gezahlt worden ist, mit dem Ende des Monats, für den zuletzt ein Beitrag entrichtet worden ist."

Formalversicherung

§ 8. (1) unverändert.

Formalversicherung

§ 8. (1) unverändert.

(1a) Hat eine nach § 2 Abs. 1 Z 5 von der Krankenversicherung ausgenommene Person dem Versicherungsträger glaubhaft mitgeteilt, dass die Summe ihrer Beitragsgrundlagen nach § 19 aus mehreren versicherungspflichtigen Tätigkeiten nach diesem Bundesgesetz den im § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG angeführten Betrag im monatlichen Durchschnitt voraussichtlich übersteigen wird, so besteht ab dem Zeitpunkt, für den erstmals die Beiträge entrichtet worden sind, eine Formalversicherung.

(1b) Abs. 1 gilt entsprechend für den Antrag eines vermeintlich Versicherungsberechtigten auf Selbstversicherung.

(2) Die Formalversicherung endet, wenn nicht eine frühere Beendigung gemäß § 6 eintritt, mit dem Tage der Zustellung des

Bescheides der Versicherungsanstalt über das Ausscheiden aus der Versicherung.

(3) unverändert.

Auskunftspflicht der Versicherten und der Zahlungs(Leistungs)empfänger

§ 17. (1) und (2) unverändert.

Beitragsgrundlage

§ 19. (1) Grundlage für die Bemessung der allgemeinen Beiträge ist

1. und 2. unverändert.

3. für die in § 1 Abs. 1 Z 8 bis 11 und 16 genannten Versicherten der auf den Kalendermonat entfallende Teil der Entschädigung, die auf Grund der in Betracht kommenden gesetzlichen Vorschrift gebührt;

4. bis 7. unverändert.

(2) bis (5) unverändert.

(6) Die Beitragsgrundlage darf die Mindestbeitragsgrundlage nicht unter- und die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Als monatliche Höchstbeitragsgrundlage gilt das 30fache des nach § 108 Abs. 3 ASVG festgesetzten Betrages. Als monatliche Mindestbeitragsgrundlage gelten 15% der Höchstbeitragsgrundlage. Die sich hienach ergebenden Beträge sind durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales festzustellen.

(7) Ist ein Versicherter in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz mehrfach versichert, so ist für die

Bescheides der Versicherungsanstalt über das Ausscheiden aus der Versicherung. Die Formalversicherung nach Abs. 1a endet auch, wenn die Person ihre Mitteilung widerruft.

(3) unverändert.

Auskunftspflicht der Versicherten und der Zahlungs(Leistungs)empfänger

§ 17. (1) und (2) unverändert.

(3) Die nach § 7a Selbstversicherten haben der Versicherungsanstalt alle für die Versicherung bedeutsamen Änderungen binnen einer Woche zu melden. Diese Meldungen wirken auch für den Bereich der Pensionsversicherung.

Beitragsgrundlage

§ 19. (1) Grundlage für die Bemessung der allgemeinen Beiträge ist

1. und 2. unverändert.

3. für die in § 1 Abs. 1 Z 8 bis 11 und 16 genannten Versicherten der auf den Kalendermonat entfallende Teil der Entschädigung, die auf Grund der in Betracht kommenden gesetzlichen Vorschrift gebührt; außer Betracht bleiben Beiträge, die der Dienstgeber für die Versicherten im Sinne des § 15 Bundesbezügegesetz, BGBl. I Nr. 64/1997, oder gleichartiger landesgesetzlicher Regelungen an eine Pensionskasse leistet und die nicht nach § 26 Z 7 Einkommensteuergesetz 1988 der Einkommen(Lohn)steuerpflicht unterliegen;

4. bis 7. unverändert.

(2) bis (5) unverändert.

(6) Die Beitragsgrundlage darf die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Als monatliche Höchstbeitragsgrundlage gilt das 30fache des nach § 108 Abs. 3 ASVG festgesetzten Betrages. Der sich hienach ergebende Betrag ist durch Verordnung kundzumachen.

(7) Ist ein Versicherter in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz mehrfach versichert, so ist für die

Bemessung der allgemeinen Beiträge jede der jeweils nach den Abs. 1 bis 5 in Frage kommenden Beitragsgrundlagen gesondert und bis zur Höchstbeitragsgrundlage zu berücksichtigen. Abweichend hievon ist die Mindestbeitragsgrundlage nur dann anzuwenden, wenn die Summe der Beitragsgrundlagen nach den Abs. 1 bis 5 die Mindestbeitragsgrundlage nicht übersteigt; in diesen Fällen ist die Mindestbeitragsgrundlage für die Summe der Beitragsgrundlagen nur einmal heranzuziehen; diese sind anteilmäßig zu berücksichtigen. Abweichend hievon ist die Mindestbeitragsgrundlage nur dann anzuwenden, wenn die Summe der Beitragsgrundlagen nach den Abs. 1 bis 5 die Mindestbeitragsgrundlage nicht übersteigt; in diesen Fällen ist die Mindestbeitragsgrundlage für die Summe der Beitragsgrundlagen nur einmal heranzuziehen; diese sind anteilmäßig zu berücksichtigen.

(8) Bei mehrfacher Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz und einem oder mehreren anderen Bundesgesetzen sind bei der Ermittlung der Beitragsgrundlage die Bestimmungen über die Mindestbeitragsgrundlage nicht anzuwenden.

Bemessung der allgemeinen Beiträge jede der jeweils nach den Abs. 1 bis 5 in Frage kommenden Beitragsgrundlagen gesondert und bis zur Höchstbeitragsgrundlage zu berücksichtigen.

(8) Monatliche Beitragsgrundlage für die in der Krankenversicherung nach § 7a Selbstversicherten ist der Betrag gemäß § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG.

Allgemeine monatliche Beitragsgrundlage für ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis

19a. (1) Steht ein Versicherter/eine Versicherte in einem Kalenderjahr in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis nach § 2 Abs. 1 Z 5, so ist für dieses eine Jahresbeitragsgrundlage zu bilden. Jahresbeitragsgrundlage ist das im jeweiligen Kalenderjahr aus dem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis gebührende Gesamtentgelt mit Ausnahme der Sonderzahlungen.

(2) Zur Ermittlung der allgemeinen monatlichen Beitragsgrundlage ist die Jahresbeitragsgrundlage gemäß Abs. 1 durch die Anzahl der Monate, in denen das geringfügige Beschäftigungsverhältnis ausgeübt wurde, zu teilen. Der auf Grund dieser Teilung auf einen Kalendermonat entfallende Teil der Jahresbeitragsgrundlage gilt als allgemeine monatliche Beitragsgrundlage.

(3) Weist der Versicherte/die Versicherte für das geringfügige Beschäftigungsverhältnis bis zum 30. Juni des Kalenderjahres, das dem Jahr der Beitragsgrundlagenbildung gemäß den Abs. 1

Allgemeine Beiträge

§ 20. (1) und (2) unverändert.

Aufteilung der Beitragslast

§ 22. (1) bis (4) unverändert.

(5) Erreichen die für die Ermittlung der Beitragsgrundlage heranzuziehenden Bezüge (§ 19) im Monat nicht den Betrag der Mindestbeitragsgrundlage, so hat der Dienstgeber den Beitrag, der auf den Unterschiedsbetrag zwischen den Bezügen des Versicherten und der Mindestbeitragsgrundlage entfällt, zur Gänze allein zu tragen.

(6) unverändert.

und 2 folgt, die tatsächlichen allgemeinen monatlichen Beitragsgrundlagen für die einzelnen Kalendermonate nach, so sind diese für die Feststellung der Vollversicherungspflicht und für die Bemessung der Beiträge maßgeblich.

Allgemeine Beiträge

§ 20. (1) und (2) unverändert.

(3) Der monatliche Beitrag für Selbstversicherte in der Krankenversicherung nach § 7a beträgt 12,49 €; die §§ 20a und 20c sind nicht anzuwenden. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 ASVG (§ 108 Abs. 6 ASVG in der Fassung des Entwurfes eines Pensionsharmonisierungsgesetzes) mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1 ASVG) vervielfachte Betrag.

Beiträge für Versicherte, die in geringfügigen Versicherungsverhältnissen stehen

§ 20d. (1) Versicherte, die eine oder mehrere geringfügige versicherungspflichtige Tätigkeiten nach § 1 ausüben, haben hinsichtlich dieser Tätigkeiten einen Pauschalbeitrag zu leisten. Für jeden Kalendermonat beträgt dieser Pauschalbeitrag 3,95% der allgemeinen Beitragsgrundlage nach § 19a. Davon entfallen auf die Krankenversicherung als allgemeiner Beitrag 3,7% und als Zusatzbeitrag 0,25%.

(2) Beiträge nach Abs. 1 sind nur so weit vorzuschreiben, als die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen aus allen Beschäftigungsverhältnissen im Kalendermonat die Höchstbeitragsgrundlage überschreiten.

Aufteilung der Beitragslast

§ 22. (1) bis (4) unverändert.

(5) Aufgehoben.

(6) unverändert.

Einzahlung der Beiträge

§ 23. Die Versicherungsbeiträge samt den Zuschlägen des Dienstgebers sind von diesem bei der Versicherungsanstalt bis zum 15. eines jeden Kalendermonates einzuzahlen, die Sonderbeiträge samt den Zuschlägen des Dienstgebers binnen 14 Tagen nach dem Fälligwerden der Sonderzahlungen. Für nicht rechtzeitig eingezahlte Beiträge und Zuschläge sind Verzugszinsen in der sich nach § 59 Abs.1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes jeweils ergebenden Höhe zu entrichten. Soweit die Versicherungsanstalt Beiträge für andere Rechtsträger (Bund, Fonds, Interessenvertretungen ua.) einhebt, wird sie auch dann als deren Vertreter tätig, wenn sie alle Beitragsforderungen in einem Betrag geltend macht. Dies gilt auch für die Einhebung von Zuschlägen, Nebengebühren, Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren usw. sowie im Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden.

Einzahlung der Beiträge

§ 23. (1) Die Versicherungsbeiträge samt den Zuschlägen des Dienstgebers sind von diesem bei der Versicherungsanstalt bis zum 15. eines jeden Kalendermonates einzuzahlen, die Sonderbeiträge samt den Zuschlägen des Dienstgebers binnen 14 Tagen nach dem Fälligwerden der Sonderzahlungen. Für nicht rechtzeitig eingezahlte Beiträge und Zuschläge sind Verzugszinsen in der sich nach § 59 Abs.1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes jeweils ergebenden Höhe zu entrichten. Soweit die Versicherungsanstalt Beiträge für andere Rechtsträger (Bund, Fonds, Interessenvertretungen ua.) einhebt, wird sie auch dann als deren Vertreter tätig, wenn sie alle Beitragsforderungen in einem Betrag geltend macht. Dies gilt auch für die Einhebung von Zuschlägen, Nebengebühren, Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren usw. sowie im Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden.

(2) Die Dienstgeberabgabe nach § 24a ist jeweils für ein Kalenderjahr im nachhinein bis zum 15. Jänner des Folgejahres zu entrichten. Abs. 1 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Beiträge die Dienstgeberabgabe und an die Stelle des Beitragsschuldners der Dienstgeberabgabepflichtige tritt.

(3) Beiträge nach § 20d sind binnen 14 Tagen nach der Vorschreibung einzuzahlen. Für nicht rechtzeitig eingezahlte Beiträge gelten die Bestimmungen des Abs. 1.

Dienstgeberabgabe

§ 24a. (1) Die Dienstgeber haben für alle bei ihnen in einem Dienstverhältnis nach § 1 Z 17, 21 und 22 stehenden Personen, deren Beitragsgrundlage nach § 19 den Betrag nach § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG nicht übersteigt, eine pauschalierte Abgabe in der Höhe von 16,10% der Beitragsgrundlage nach Abs. 3 zu entrichten (Dienstgeberabgabe), sofern die Summe der monatlichen allgemeinen Beitragsgrundlagen dieser Personen das Eineinhalbfache des Betrages nach § 5 Abs. 2 ASVG übersteigt.

(2) Die Dienstgeberabgabe ist eine ausschließliche Bundesabgabe, die von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter im übertragenen Wirkungsbereich einzuheben ist. Diese hat dabei die für Verwaltungssachen geltenden verfahrensrechtlichen Bestimmungen des ASVG (Siebenter Teil)

anzuwenden.

(3) Grundlage für die Bemessung der Dienstgeberabgabe ist die Summe der monatlichen Beitragsgrundlagen nach § 19 Abs. 1 und § 21 für die im Abs. 1 genannten Personen.

(4) 22,05% der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Krankenversicherung der geringfügig beschäftigten Personen nach diesem Bundesgesetz; 77,95% der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Pensionsversicherung.

Beitragsgrundlage

§ 26. (1) Grundlage für die Bemessung der Beiträge ist (sind)

1. und 2. unverändert.
3. für die in § 1 Abs. 1 Z 8 bis 10 lit.a, 11 und 16 genannten Versicherten der auf den Kalendermonat entfallende Teil der Entschädigung, die auf Grund der in Betracht kommenden gesetzlichen Vorschrift gebührt;
4. und 5. unverändert.
- (2) bis (4) unverändert.

Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 57. (1) Bei mehrfacher Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten bzw. Kostenzuschüsse anstelle von Sachleistungen) nur einmal zu gewähren. Leistungszuständig ist nach folgender Reihenfolge:

1. der Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz,
2. der Krankenversicherungsträger nach dem ASVG,
3. der Krankenversicherungsträger nach dem GSVG,
4. der Krankenversicherungsträger nach dem BSVG.

(2) Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.

(3) Abweichend von der in Abs. 1 genannten Reihenfolge

Beitragsgrundlage

§ 26. (1) Grundlage für die Bemessung der Beiträge ist (sind)

1. und 2. unverändert.
3. für die in § 1 Abs. 1 Z 8 bis 10 lit.a, 11 und 16 genannten Versicherten der auf den Kalendermonat entfallende Teil der Entschädigung, die auf Grund der in Betracht kommenden gesetzlichen Vorschrift gebührt; § 19 Abs. 1 Z 3 zweiter Halbsatz ist anzuwenden;
4. und 5. unverändert.
- (2) bis (4) unverändert.

Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 57. Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungsträger, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.

kann der Versicherte auf Antrag die Sachleistungen bei einem anderen Krankenversicherungsträger, bei dem er (sie) versichert ist, in Anspruch nehmen. Die Leistungszuständigkeit wechselt sogleich bei Eintritt der Mehrfachversicherung, wenn der Antrag innerhalb von acht Wochen nach diesem Zeitpunkt gestellt wird. Wird der Antrag später gestellt, so wechselt die Leistungszuständigkeit im Fall der Antragstellung bis zum Ablauf des 30. November eines Kalenderjahres mit Beginn des folgenden Kalenderjahres. Der Wechsel in der Leistungszuständigkeit erstreckt sich auch auf Angehörige gemäß § 56, mit Ausnahme von Angehörigen gemäß § 56 Abs. 7.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

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

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 60a. (1) Stehen Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung, so gilt § 60 mit der Maßgabe, daß in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, die Versicherungsanstalt den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat. Die Versicherungsanstalt hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit festzusetzen.

(2) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Zuschuss festzusetzen. Die Höhe des Zuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.

3. UNTERABSCHNITT

Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht der Versicherten nach § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19, 21 und 22

Anwendung von Bestimmungen des Abschnittes VI des Ersten Teiles und des Zweiten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

§ 84. Unbeschadet der Geltung der Bestimmungen des Zweiten Teiles für die gemäß § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19, 21 und 22 Versicherten sind für diesen Personenkreis folgende Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden:

Verwirkung des Leistungsanspruches gemäß § 88,
Zusammentreffen eines Pensionsanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld gemäß § 90,
Berücksichtigung von Erwerbseinkommen bei Leistungen gemäß § 91,
Entziehung von Leistungsansprüchen gemäß § 99,
Erlöschen von Leistungsansprüchen gemäß § 100 Abs. 1 lit. a,
Auszahlung der Leistungen gemäß § 104 Abs. 1,
Aufgaben der Krankenversicherung für den Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gemäß § 116 Abs. 1 Z 2,
Leistungen der Krankenversicherung gemäß § 117 Z 1, 3 und Z 4 lit. d,
Ermächtigung für satzungsmäßige Mehrleistungen gemäß § 121 Abs. 3,
Anrechnung von Zeiten auf die Wartezeit gemäß § 121 Abs. 4,
Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung gemäß § 122,
Satzungsermächtigung über das Verfahren zur Feststellung des Versicherungsfalles bei Arbeitsunfähigkeit

3. UNTERABSCHNITT

Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht der Versicherten nach § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19, 21 und 22 sowie der Selbstversicherten nach § 7a

Anwendung von Bestimmungen des Abschnittes VI des Ersten Teiles und des Zweiten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

§ 84. (1) Unbeschadet der Geltung der Bestimmungen des Zweiten Teiles für die gemäß § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19, 21 und 22 Versicherten sind für diesen Personenkreis folgende Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden:

Verwirkung des Leistungsanspruches gemäß § 88,
Zusammentreffen eines Pensionsanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld gemäß § 90,
Berücksichtigung von Erwerbseinkommen bei Leistungen gemäß § 91,
Entziehung von Leistungsansprüchen gemäß § 99,
Erlöschen von Leistungsansprüchen gemäß § 100 Abs. 1 lit. a,
Auszahlung der Leistungen gemäß § 104 Abs. 1,
Aufgaben der Krankenversicherung für den Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gemäß § 116 Abs. 1 Z 2,
Leistungen der Krankenversicherung gemäß § 117 Z 1, 3 und Z 4 lit. d,
Ermächtigung für satzungsmäßige Mehrleistungen gemäß § 121 Abs. 3,
Anrechnung von Zeiten auf die Wartezeit gemäß § 121 Abs. 4,
Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung gemäß § 122,
Satzungsermächtigung über das Verfahren zur Feststellung des Versicherungsfalles bei Arbeitsunfähigkeit infolge

infolge Krankheit gemäß § 131 Abs. 2 erster Satz,
Jugendlichenuntersuchungen gemäß § 132a,
Dauer der Krankenbehandlung gemäß § 134,
Krankengeld gemäß den §§ 138 bis 143 und
Wochengeld gemäß den §§ 162 sowie 165 bis 168.

**Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Sozialversicherungs-
Änderungsgesetzes 1999, BGBl. I Nr. 2/2000**

§ 194. (1) unverändert.

(2) Bis zum Inkrafttreten des § 57 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 174/1999 mit 1. Jänner 2005 sind die im § 1 Abs. 1 bezeichneten Personen, die nach einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert oder die Mitglied einer Krankenfürsorgeanstalt (§ 2) sind, in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz nur dann versichert, wenn ihre Beitragsgrundlage nach § 19 die Geringfügigkeitsgrenze nach § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG übersteigt und das Versicherungsverhältnis nach dem 31. Dezember 1999 begründet wird.

**Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I
Nr. 4/2002 (29. Novelle)**

§ 203. (1) unverändert.

(2) Die im § 1 Abs. 1 Z 17, 21 und 22 bezeichneten Personen sind bis zum Ablauf des 31. Dezember 2004 von der Kranken- und Unfallversicherung nach diesem Bundesgesetz ausgenommen, wenn das ihnen aus einem oder mehreren Dienstverhältnissen (Funktionen) im Kalendermonat gebührende Entgelt den im § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG genannten Betrag nicht übersteigt.

(3) und (4) unverändert.

Krankheit gemäß § 131 Abs. 2 erster Satz,
Jugendlichenuntersuchungen gemäß § 132a,
Dauer der Krankenbehandlung gemäß § 134,
Krankengeld gemäß den §§ 138 bis 143 und
Wochengeld gemäß den §§ 162 sowie 165 bis 168.

(2) Für Selbstversicherte nach § 7a, die in einem Dienstverhältnis nach § 1 Abs. 1 Z 17, 21 und 22 stehen, gebührt der Höhe nach

1. Krankengeld nach § 141 Abs. 5 ASVG und
2. Wochengeld nach § 162 Abs. 3a Z 1 ASVG.

**Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Sozialversicherungs-
Änderungsgesetzes 1999, BGBl. I Nr. 2/2000**

§ 194. (1) unverändert.

(2) Bis 1. Jänner 2006 sind die im § 1 Abs. 1 bezeichneten Personen, die nach einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert oder die Mitglied einer Krankenfürsorgeanstalt (§ 2) sind, in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz nur dann versichert, wenn ihre Beitragsgrundlage nach § 19 die Geringfügigkeitsgrenze nach § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG übersteigt und das Versicherungsverhältnis nach dem 31. Dezember 1999 begründet wird.

**Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I
Nr. 4/2002 (29. Novelle)**

§ 203. (1) unverändert.

(2) Die im § 1 Abs. 1 Z 17, 21 und 22 bezeichneten Personen sind bis zum Ablauf des 31. Dezember 2005 von der Kranken- und Unfallversicherung nach diesem Bundesgesetz ausgenommen, wenn das ihnen aus einem oder mehreren Dienstverhältnissen (Funktionen) im Kalendermonat gebührende Entgelt den im § 5 Abs. 2 Z 2 ASVG genannten Betrag nicht übersteigt.

(3) und (4) unverändert.

**Schlussbestimmung zu Art. 4 Teil 1 des Bundesgesetzes
BGBl. I Nr. 145/2003 (31. Novelle)**

§ 208. unverändert.

**Schlussbestimmung zu Art. 4 Teil 1 des Bundesgesetzes
BGBl. I Nr. 145/2003 (31. Novelle)**

§ 208. unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes
BGBl. I Nr. xx/2004 (32. Novelle)**

§ 210. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2005 die §§ 1 Abs. 1 Z 17 lit. b sublit. cc, 2 Abs. 1 erster Satz und Abs. 2, 19 Abs. 1 Z 3, 26 Abs. 1 Z 3, 57 samt Überschrift, 60a erster Satz in der Fassung der Z 24, 194 Abs. 2 und 203 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;
2. mit 1. Jänner 2006 die §§ 2 Abs. 1 Z 5, 5 Abs. 3, 6 Abs. 5, 7a samt Überschrift, 8 Abs. 1a, 1b und 2, 17 Abs. 3, 19 Abs. 6 bis 8, 19a samt Überschrift, 20 Abs. 3, 20d samt Überschrift, 23, 24a samt Überschrift, 60a in der Fassung der Z 25, die Überschrift des 3. Unterabschnittes zu Abschnitt II des Zweiten Teiles und § 84 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.
3. rückwirkend mit 1. Oktober 2004 § 2 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.

(2) § 22 Abs. 5 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2005 außer Kraft.“