

2001 der Beilagen XXIV. GP

Beschluss des Nationalrates

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert werden (Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2012 – SVÄG 2012)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (79. Novelle zum ASVG)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 89/2012, wird wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 2 vierter Teilstrich lautet:

„– einer Karenz nach dem Mutterschutzgesetz 1979 (MSchG), BGBl. Nr. 221/1979, oder dem Väter-Karenzgesetz – VKG, BGBl. Nr. 651/1989 oder bei Anspruch auf Wochengeld.“

2. § 31 Abs. 6 lautet:

„(6) Die vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien und im Rahmen seines gesetzlichen Wirkungskreises gefassten Beschlüsse sind für die im Hauptverband zusammengefassten Versicherungsträger verbindlich.“

3. Die Überschrift zu § 31c lautet:

„Service-Entgelt“

4. Im § 31c Abs. 2 wird im ersten Satz der Ausdruck „von der anspruchsberechtigten Person“ durch den Ausdruck „vom Versicherten/von der Versicherten“ ersetzt; nach dem ersten Satz werden folgende Sätze eingefügt:

„An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals mit 1. Jänner 2013, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Der vervielfachte Betrag ist auf fünf Cent zu runden.“

5. Im § 31c Abs. 2 wird der Beistrich am Ende der Z 8 durch einen Punkt ersetzt, die Z 9 entfällt.

6. Im § 31c Abs. 3 entfällt im ersten Satz der Ausdruck „für sich und seine/ihre Angehörigen“.

7. Im § 53b Abs. 2 Z 3 wird der Ausdruck „unter Außerachtlassung der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3)“ durch den Ausdruck „unter Beachtung der eineinhalbfachen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3)“ ersetzt.

8. § 53b Abs. 3 Z 2 lautet:

„2. ab dem ersten Tag der Entgeltfortzahlung bis höchstens sechs Wochen je Arbeitsjahr (Kalenderjahr), sofern die der Entgeltfortzahlung zugrunde liegende Arbeitsunfähigkeit länger als drei aufeinanderfolgende Tage gedauert hat, und“

9. Im § 53b Abs. 3 Z 3 wird der Ausdruck „unter Außerachtlassung der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3)“ durch den Ausdruck „unter Beachtung der eineinhalbfachen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3)“ ersetzt.

10. § 90a samt Überschrift lautet:

„Zusammentreffen eines Anspruchs auf Versehrtenrente mit einem Anspruch auf Krankengeld oder Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit nach § 104a GSVG“

§ 90a. (1) Trifft der Bezug von Krankengeld oder einer Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit nach § 104a GSVG mit einem Anspruch auf Versehrtenrente aus der Unfallversicherung zusammen, so ruht, wenn die Arbeitsunfähigkeit Folge des Arbeitsunfallen oder der Berufskrankheit ist, die Versehrtenrente für die weitere Dauer des Bezuges von Krankengeld oder einer Unterstützungsleistung mit dem Betrag des Krankengeldes oder der Unterstützungsleistung; hiebei sind der Bezug von Versehrtengeld dem Anspruch auf Versehrtenrente und die Zeit, für die nach § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, sowie ein ruhender Anspruch auf Krankengeld oder Unterstützungsleistung dem Bezug des Krankengeldes oder der Unterstützungsleistung gleichzuhalten.

(2) Das Ruhen nach Abs. 1 tritt jedoch in dem Ausmaß nicht ein, in dem die Rente unmittelbar vor der Arbeitsunfähigkeit gebührte.“

11. Im § 123 Abs. 9 wird der Punkt am Ende der lit. e) durch den Ausdruck „oder“ ersetzt und folgende lit. f angefügt:

„f) einer Berufsgruppe angehörte, die nach § 5 Abs. 1 auch von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen ist, und eine Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung bezieht. Besondere Pensionsleistungen nach den §§ 20c, 20d und 20e FSVG gelten als Versorgungsleistungen.“

12. § 123 Abs. 10 lautet:

„(10) Eine im Abs. 2 und 4 sowie Abs. 7, 7a, 7b und 8 genannte Person gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet, oder eine Pension auf Grund dieser Erwerbstätigkeit bezieht; dies gilt entsprechend für eine Beschäftigung bei einer internationalen Organisation und den Bezug einer Pension auf Grund dieser Beschäftigung.“

13. Im § 139 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 122 Abs. 2 Z 2 bis 4“ durch den Ausdruck „§ 122 Abs. 2 Z 2 und 3“ ersetzt.

14. § 153 Abs. 3 lautet:

„(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1), Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Wahldentisten/Wahldentistinnen (§ 131 Abs. 1), in eigens hiefür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatoren) der Versicherungsträger oder in Vertragseinrichtungen gewährt. § 135 Abs. 2 erster und zweiter Satz gelten entsprechend. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatoren der Versicherungsträger und bei den freiberuflich tätigen Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen und Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. Werden in Zahnambulatoren der Versicherungsträger Leistungen, die nicht Gegenstand des Gesamtvertrages oder der Satzung sind oder waren, sowie Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der dazugehörigen Gewebe erbracht, so sind dafür Kostenbeiträge der Versicherten vorzusehen. Diese Beiträge sind kostendeckend festzusetzen und auf der Homepage des Versicherungsträgers sowie durch Aushang im Zahnambulatorium des Versicherungsträgers zu veröffentlichen.“

15. Nach § 153 Abs. 3 wird folgender Abs. 3a eingefügt:

„(3a) Die Krankenversicherungsträger dürfen in den Zahnambulanzen im Bereich des festsitzenden Zahnersatzes keine kosmetischen Luxusleistungen, ebenso keine umfangreichen festsitzenden Zahnersatzkonstruktionen erbringen, die als Gesamtarbeit wegen ihrer Größe ein außergewöhnliches Risiko darstellen.“

16. § 175 Abs. 2 Z 10 lautet:

„10. auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte (Z 1) mit dem Zweck, ein Kind zu einer Kinderbetreuungseinrichtung, zur Tagesbetreuung, in fremde Obhut oder zu einer Schule zu bringen oder von dort abzuholen, sofern ihm/ihr für das Kind eine Aufsichtspflicht zukommt.“

17. Im § 176 Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „wenn keine besondere rechtliche Verpflichtung zu diesen Leistungen besteht;“ durch den Ausdruck „wenn der Unglücksfall nicht durch den Retter/die Retterin vorsätzlich herbeigeführt wurde und wenn nicht nach anderen unfallversicherungs- oder unfallfürsorgerechtlichen Bestimmungen ein Leistungsanspruch besteht;“ ersetzt.

18. Im § 195 Abs. 6 wird nach dem Ausdruck „Bezug von Krankengeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung“ der Ausdruck „oder einer Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit nach § 104a GSVG“ eingefügt.

19. Im § 204 Abs. 1 wird nach dem Ausdruck „Krankenversicherung“ der Ausdruck „nach diesem Bundesgesetz“ eingefügt.

20. Nach § 319a wird folgender § 319b samt Überschrift eingefügt:

„Ersatzanspruch der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

§ 319b. (1) Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft den Aufwand für eine Unterstützungsleistung nach § 104a GSVG bis zum Höchstausmaß von 19 Millionen Euro jährlich zu ersetzen. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2014, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a) vervielfachte Betrag.

(2) Regresseinnahmen sowie rückgeforderte, zu Unrecht erbrachte Leistungen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft sowie anteilige Verwaltungskosten der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt sind auf die Ersatzleistung anzurechnen.

(3) Der Aufwandersatz hat quartalsmäßig jeweils bis zum Ende des Folgemonats nach entsprechender Rechnungslegung nach § 182b GSVG zu erfolgen.“

21. § 343c samt Überschrift lautet:

„Gesamtvertrag über Richttarife für den festsitzenden Zahnersatz

§ 343c. (1) Zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Zahnärztekammer ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der Richttarife festsetzt, die dem/der Versicherten von Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen (Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Vertragsgruppenpraxen) für Leistungen des festsitzenden Zahnersatzes in Rechnung gestellt werden dürfen.

(2) Die gemäß Abs. 1 festgesetzten Richttarife sind für alle in einem Vertragsverhältnis stehenden freiberuflich tätigen Zahnärzte/Zahnärztinnen und Dentisten/Dentistinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen verbindlich.“

22. § 575 Abs. 16a entfällt.

23. In der Nr. 20 der Anlage 1 wird der Ausdruck „Erkrankungen“ durch den Ausdruck „Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen sowie andere Erkrankungen“ ersetzt.

24. In der Nr. 22 der Anlage 1 wird der Ausdruck „Drucklähmungen der Nerven“ durch den Ausdruck „Druckschädigung der Nerven“ ersetzt.

25. In der Nr. 23 der Anlage 1 wird der Ausdruck „Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel der Knie- oder Ellbogengelenke durch ständigen Druck oder ständige Erschütterung“ durch den Ausdruck „Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel, der Sehnenscheiden und des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- und Muskelansätze durch ständigen Druck oder ständige Erschütterung“ ersetzt.

26. In der Nr. 26 der Anlage I wird folgende lit. c angefügt:

„c) Bösartige Neubildungen der Lunge durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid bei Silikose“

27. In der Nr. 30 der Anlage I wird nach dem Ausdruck „Asthma bronchiale“ der Klammerausdruck „(einschließlich Rhinopathie)“ eingefügt.

28. Nach § 670 wird folgender § 671 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x (79. Novelle)

§ 671. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2013 die §§ 5 Abs. 2, die Überschrift zu § 31c, 31c Abs. 2 und Abs. 3, 53b Abs. 2 Z 3, Abs. 3 Z 2 und 3, 90a samt Überschrift, 123 Abs. 9 und 10, 153 Abs. 3 und 3a, 175 Abs. 2 Z 10, 176 Abs. 1 Z 2, 195 Abs. 6, 204 Abs. 1, 319b samt Überschrift, 343c samt Überschrift sowie die Nr. 20, 22, 23, 26 und 30 der Anlage 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x;
2. rückwirkend mit 1. Jänner 2011 § 139 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2004 § 31 Abs. 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x.

(2) § 575 Abs. 16a tritt mit Ablauf des 30. Juni 2013 außer Kraft.

(3) Leidet der (die) Versicherte am 1. Jänner 2013 an einer Krankheit, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x als Berufskrankheit gilt, oder ist er (sie) vor dem 1. Jänner 2013 an einer solchen Krankheit gestorben, so sind an ihn (sie) oder an seine (ihre) Hinterbliebenen die Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist; die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 2013 zu erbringen, wenn der Antrag bis zum Ablauf des 31. Dezember 2014 gestellt wird; wird der Antrag nach dem 31. Dezember 2014 gestellt, so gebühren die Leistungen frühestens ab dem Tag der Antragstellung.

(4) Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hat gemeinsam mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt zum 31. März 2016 im übertragenen Wirkungsbereich der Träger unter Bindung an die Weisungen des Bundesministers für Gesundheit eine Evaluierung der Aufwendungen, die durch die Einführung der Unterstützungsleistungen bei lang andauernder Krankheit nach § 104a bis zum 31. Dezember 2015 entstanden sind, vorzunehmen. Der Evaluierungsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.

(5) Verordnungen auf Grund des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x können rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft treten.“

Artikel 2

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (41. Novelle zum GSVG)

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 76/2012, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. 2 Z 1 entfällt.

2. § 4 Abs. 4 und 5 entfällt.

3. § 9 Abs. 1 lautet:

„(1) Versicherte nach § 2 Abs. 1, § 3 Abs. 1 Z 2 sowie §§ 14a und 14b können bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres für ihre Person eine Zusatzversicherung auf Krankengeld abschließen.“

4. § 9 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Zusatzversicherung endet, außer mit dem Wegfall der Voraussetzungen,

1. mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Versicherte seinen Austritt erklärt hat,
2. durch Ausschluss nach § 11,

in allen Fällen jedoch spätestens mit dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung nach § 7 Abs. 1 Z 1 bis 3 und 7, Abs. 4 und 5 sowie § 14c Abs. 2 und § 14d Abs. 2.“

5. Im § 14a Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „Alters(Todes)versorgungsleistung“ durch den Ausdruck „Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung“ ersetzt.

6. Im § 14a Abs. 2 wird der Ausdruck „Alters(Todes)versorgungsleistung“ durch den Ausdruck „Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung“ ersetzt.

7. § 14a Abs. 3 lautet:

„(3) Personen, die nach § 14b Abs. 1 Z 1 oder Z 3 pflichtversichert waren, nunmehr noch eine Erwerbstätigkeit ausüben, bei deren Ausübung sie auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung nach § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen sind, und die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Erwerbstätigkeit aufgegeben haben oder bei denen der die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Leistungsbezug weggefallen ist, sind in der Krankenversicherung selbstversichert, wenn und solange sie nicht einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beigetreten sind.“

8. Dem § 14a werden folgende Abs. 4 und 5 angefügt:

„(4) Personen, die nach § 16 ASVG selbstversichert waren und weiterhin eine Erwerbstätigkeit ausüben, bei deren Ausübung sie auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung nach § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen sind, sind in der Krankenversicherung selbstversichert, wenn und solange sie nicht einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beigetreten sind.

(5) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung nach § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen waren und auf Grund einer freiberuflichen Erwerbstätigkeit eine nicht die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Pension nach diesem Bundesgesetz, dem FSVG oder dem NVG 1972 und/oder eine Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beziehen und die Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach § 14b Abs. 2 begründet hat, aufgegeben haben, sind in der Krankenversicherung selbstversichert, wenn und solange sie nicht einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beigetreten sind.“

9. § 14b Abs. 1 lautet:

„(1) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung nach § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen sind, unterliegen dann auf Grund ihrer freiberuflichen Erwerbstätigkeit in der Krankenversicherung der Pflichtversicherung, wenn sie

1. eine andere Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründet, ausüben oder
2. eine die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Pensions(Ruhegenuss)leistung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz oder
3. eine die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Leistung nach dem KBGG (Kinderbetreuungsgeld) oder nach § 26 AlVG (Weiterbildungsgeld) beziehen

und kein Leistungsanspruch gegenüber einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung besteht. Dies gilt auch für Bezieher einer Hinterbliebenenpension bzw. einer Hinterbliebenenversorgungsleistung.“

10. Im § 14b Abs. 2 wird jeweils der Ausdruck „Alters(Todes)versorgungsleistung“ durch den Ausdruck „Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung“ ersetzt.

11. Im § 14b Abs. 3 wird der Ausdruck „Alters(Todes)versorgungsleistung“ durch den Ausdruck „Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung“ und der Ausdruck „und sie auf Grund einer anderen Erwerbstätigkeit eine Pension beziehen, die die Krankenversicherung der Pensionisten begründet“ durch den Ausdruck „und sie zusätzlich eine Pensions(Ruhegenuss)leistung beziehen, die die die Krankenversicherung der Pensionisten/innen begründet“ ersetzt.

12. § 14c Abs. 1 lautet:

„(1) Die Selbstversicherung nach § 14a beginnt

1. mit dem Zeitpunkt, den der Versicherte wählt;
2. im Falle des § 14a Abs. 3 im Anschluss an eine Pflichtversicherung nach § 14b Abs. 1 Z 1 oder Z 3;

3. im Falle des § 14a Abs. 4 im Anschluss an eine Selbstversicherung nach § 16 ASVG;
4. im Falle des § 14a Abs. 5 im Anschluss an eine Pflichtversicherung nach § 14b Abs. 2.“

13. § 14c Abs. 2 Z 1 und 2 lauten:

- „1. im Falle des § 14a Abs. 1 Z 1 und der Abs. 3 und 4 mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Kammermitgliedschaft endet; im Falle des § 14a Abs. 3 und 4 auch mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem der/die Versicherte einer Krankenvorsorgeeinrichtung seiner/ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beigetreten ist;
2. im Falle des § 14a Abs. 1 Z 2, Abs. 2 und 5 mit dem Wegfall der Pensions(Ruhegenuss)- bzw. der Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung;“

14. § 14d samt Überschrift lautet:

„Beginn und Ende der Pflichtversicherung

§ 14d. (1) Die Pflichtversicherung nach § 14b beginnt

1. im Falle des § 14b Abs. 1 Z 1 und Abs. 2 mit der Aufnahme der Erwerbstätigkeit;
2. im Falle des § 14b Abs. 1 Z 2 und Abs. 3 mit dem Anfall der Pensions(Ruhegenuss)- oder der Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung;
3. im Falle des § 14b Abs. 1 Z 3 mit Beginn des Kinderbetreuungsgeld- bzw. des Weiterbildungsgeldbezuges.

(2) Die Pflichtversicherung endet

1. im Falle des § 14b Abs. 1 Z 1 und Abs. 2 mit Aufgabe der die Pflichtversicherung begründenden Erwerbstätigkeit;
2. im Falle des § 14b Abs. 1 Z 2 und Abs. 3 mit dem Wegfall der Pensions(Ruhegenuss)- bzw. der Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung;
3. im Falle des § 14b Abs. 1 Z 3 mit dem Wegfall der die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründenden Leistung.“

15. *Im § 14e Z 2 wird der Ausdruck „Alters(Todes)versorgungsleistung“ durch den Ausdruck „Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung“ ersetzt.*

16. *Im § 14e Z 3 wird der Ausdruck „Alters(Todes)versorgungsleistungen“ durch den Ausdruck „Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistungen“ und der Ausdruck „Alters(Todes)versorgungsleistung“ durch den Ausdruck „Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung“ ersetzt.*

17. *Im § 14f Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „§§ 14a Abs. 1 Z 1 und Abs. 3“ durch den Ausdruck „§§ 14a Abs. 1 Z 1, Abs. 3 und 4“ ersetzt.*

18. *Im § 14f Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „§§ 14a Abs. 1 Z 2 und 14b Abs. 2“ durch den Ausdruck „§§ 14a Abs. 1 Z 2, 14a Abs. 5 und 14b Abs. 2“ ersetzt.*

19. *Nach dem § 14g wird folgender § 14h samt Überschrift eingefügt:*

„Bezug einer besonderen Pensionsleistung

§ 14h. Eine besondere Pensionsleistung nach den §§ 20c, 20d oder 20e FSVG gilt für die Anwendung der Bestimmungen der §§ 14a bis 14g als Versorgungsleistung aus einer Einrichtung der gesetzlichen beruflichen Vertretung.“

20. § 31 Abs. 2 lautet:

„(2) Der Beitrag nach Abs. 1 ist durch die Satzung festzusetzen. Er darf höchstens 100 % des Beitrages der Versicherten zur Pflichtversicherung auf Grund der vorläufigen Beitragsgrundlage (§ 25a) betragen. Unterschreitet die vorläufige Beitragsgrundlage den Betrag von 1 088 €, so kommt anstelle der vorläufigen Beitragsgrundlage, dieser Betrag zur Anwendung. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2013, der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag. Die Beiträge sind so festzusetzen, dass mit dem sich hieraus ergebenden Beitragsaufkommen der laufende Aufwand der Zusatzversicherung gedeckt und weiters die Ansammlung bzw. die Erhaltung einer gesonderten Barreserve in der Höhe des dreifachen durchschnittlichen Monatsaufwandes der Zusatzversicherung der letzten zwei Geschäftsjahre sichergestellt erscheint.“

21. § 78 Abs. 1 Z 2 lautet:

„2. für die Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und der Mutterschaft;“

22. Im § 79 Abs. 1 erhält die Z 3 die Bezeichnung „3a.“, die Z 3 (neu) lautet:

„3. aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit: Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit (§ 104a);“

23. Im § 79 Abs. 2 wird der Ausdruck „108“ durch den Ausdruck „107“ ersetzt.

24. Im § 80 erhält die Z 2 die Bezeichnung „3.“, die Z 2 (neu) lautet:

„2. im Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit mit dem Beginn der durch eine Krankheit im Sinne der Z 1 herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit;“

25. Dem § 82 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt auch für Anspruchsberechtigte nach § 104a aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.“

26. Im § 83 Abs. 6 wird der Punkt am Ende der lit. e) durch den Ausdruck „oder“ ersetzt und folgende lit. f angefügt:

„f) einer Berufsgruppe angehörte, die nach § 5 Abs. 1 auch von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen ist, und eine Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung bezieht. Besondere Pensionsleistungen nach den §§ 20c, 20d und 20e FSVG gelten als Versorgungsleistungen.“

27. § 83 Abs. 7 lautet:

„(7) Eine im Abs. 2 und 4 sowie Abs. 8 und 8a genannte Person gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet, oder eine Pension auf Grund dieser Erwerbstätigkeit bezieht; dies gilt entsprechend für eine Beschäftigung bei einer internationalen Organisation und den Bezug einer Pension auf Grund dieser Beschäftigung.“

28. § 85a Abs. 2 lautet:

„(2) Versicherte, für die auf Grund gesamtvertraglicher und satzungsmäßiger Regelungen anstelle der Sachleistungen bare Leistungen nach § 85 Abs. 3 zweiter Satz gewährt werden, sind, soweit die Satzung dies vorsieht, berechtigt, über Antrag Sachleistungen nach § 85 Abs. 3 erster Satz unter Beibehaltung der Geldleistungen nach § 96 Abs. 2 in Anspruch zu nehmen. Für Beginn und Ende dieser Berechtigung gilt Abs. 1 vierter Satz entsprechend.“

28a. § 102a Abs. 5 lautet:

„(5) Das tägliche Wochengeld nach Abs. 3 beträgt 50 € und ist in den Fällen des Abs. 4 in einem Betrag im nachhinein, in allen übrigen Fällen jeweils nach Vorlage des Nachweises über den ständigen Einsatz der Hilfe im Sinne des Abs. 3 auszuzahlen. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2014, der unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 47) vervielfachte Betrag.“

29. Der 3. Unterabschnitt des Abschnitts II des Zweiten Teils wird durch folgenden 3. und 4. Unterabschnitt ersetzt:

„3. Unterabschnitt Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit

Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit

§ 104a. (1) Versicherte nach §§ 2 Abs. 1, 3 Abs. 1 Z 2 sowie 14a und 14b haben nach Maßgabe der folgenden Absätze bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, wenn und solange der Versicherte infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr der Verschlechterung seines Zustandes oder der Erkrankung seiner bisherigen Erwerbstätigkeit nachgehen kann, ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf eine tägliche Unterstützungsleistung in der Höhe von 26,97 €. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner

eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2013, der unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 47) vervielfachte Betrag.

(2) Anspruch auf Unterstützungsleistung haben

1. jene in Abs. 1 genannten selbständigen Erwerbstätigen, bei denen die Aufrechterhaltung ihres Betriebes von deren persönlicher Arbeitsleistung abhängt und die in ihrem Unternehmen regelmäßig keinen oder weniger als 25 Dienstnehmer/innen beschäftigen, wobei die Anzahl der Dienstnehmer/innen nach § 77a des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (ASchG), BGBL. Nr. 450/1994, zu ermitteln ist,
2. bis zu einer Höchstdauer von 20 Wochen für ein und dieselbe Krankheit, auch wenn während dieser Zeit zu der Krankheit, für die eine Unterstützungsleistung zuerst gewährt wurde, eine neue Krankheit hinzugetreten ist.

(3) Die anspruchsberechtigten Versicherten haben dem Versicherungsträger nach Ablauf von vier Wochen ab Feststellung der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von zwei Wochen den Beginn der ärztlicherseits festgestellten Arbeitsunfähigkeit zu melden. Erfolgt die Meldung nicht innerhalb dieser Fristen, so zählt der auf das Einlangen der Meldung folgende Tag als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit ist vom behandelnden Arzt vierzehntägig bestätigen zu lassen und innerhalb einer Woche ab Bestätigung dem Versicherungsträger vorzulegen. Bei einer Meldung des Fortbestandes der Arbeitsunfähigkeit nach § 106 Abs. 2 ist keine gesonderte Meldung erforderlich. Das Ende der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherungsträger unverzüglich mitzuteilen.

(4) Werden die in Abs. 2 Z 1 genannten Personen nach Beendigung des Bezuges einer Unterstützungsleistung vor Ablauf der Höchstdauer von 20 Wochen neuerlich, und zwar innerhalb einer Frist von 26 Wochen, infolge der Krankheit, für die bereits eine Unterstützungsleistung gewährt wurde, arbeitsunfähig, so gilt dies als Fortsetzung und sind diese Zeiten zur Feststellung der Höchstdauer zusammenzurechnen.

(5) Wurde bereits für 20 Wochen hintereinander oder insgesamt für ein und dieselbe Krankheit eine Unterstützungsleistung bezogen, entsteht ein neuer Anspruch für dieselbe Krankheit erst wieder, wenn in der Zwischenzeit mindestens 26 Wochen einer den Anspruch auf Unterstützungsleistung eröffnenden gesetzlichen Krankenversicherung oder einer sonstigen gesetzlichen Krankenversicherung vorliegen.

(6) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft die Daten zur Feststellung der Betriebsgröße nach Abs. 2 Z 1 elektronisch zur Verfügung zu stellen.

Ruhens des Anspruches auf Unterstützungsleistung

§ 104b. (1) Der Anspruch auf Unterstützungsleistung ruht, solange den Meldeverpflichtungen nach § 104a Abs. 3 dritter Satz nicht nachgekommen wird.

(2) In Fällen, in denen die persönlichen Verhältnisse des Versicherten oder das Vorliegen besonderer Gründe für die nicht rechtzeitige Meldung der Arbeitsunfähigkeit es gerechtfertigt erscheinen lassen, kann die Satzung die Unterstützungsleistung bei nicht rechtzeitiger Meldung auch für die zurückliegende Zeit vorsehen.

(3) Durch die Satzung kann ferner bestimmt werden, dass die Unterstützungsleistung auf Dauer oder für eine bestimmte Zeit zur Gänze oder teilweise ruht, wenn der Versicherte

1. einer Ladung zum Chef(Vertrauens)arzt ohne wichtigen Grund nicht Folge leistet oder
2. wiederholt Bestimmungen der Krankenordnung oder Anordnungen des behandelnden Arztes verletzt hat,

in allen diesen Fällen, wenn der Versicherte vorher auf die Folgen seines Verhaltens schriftlich hingewiesen worden ist.

(4) Zeiträume des Ruhens werden auf die Höchstdauer nach § 104a Abs. 2 Z 2 angerechnet.

4. Unterabschnitt

Leistungen bei Bestand einer Zusatzversicherung auf Krankengeld

Leistung, Anspruchsberechtigung

§ 105. (1) Als Leistung bei Bestand einer Zusatzversicherung auf Krankengeld (§ 9) wird Krankengeld nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen erbracht.

(2) Die Anspruchsberechtigung auf Krankengeld nach Abs. 1 entsteht nach Ablauf von sechs Monaten ab Beginn der Zusatzversicherung. Das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt, wenn

Krankengeld infolge eines Arbeitsunfalles, der nach dem Antrag auf Zusatzversicherung eingetreten ist, gebührt. Bei Feststellung der Anspruchsberechtigung hat eine Unterbrechung der Zusatzversicherung wegen einer Ausnahme von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung in der Dauer von weniger als 12 Monaten außer Betracht zu bleiben. Die Anspruchsberechtigung auf Krankengeld endet mit dem Ende der Zusatzversicherung.

Krankengeld

§ 106. (1) Bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, wenn und solange der Versicherte infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr der Verschlechterung seines Zustandes oder der Erkrankung seiner bisherigen Erwerbstätigkeit nachgehen kann, gebührt vom vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit an ein tägliches Krankengeld.

(2) Die anspruchsberechtigten Versicherten haben dem Versicherungsträger innerhalb einer Woche ab Feststellung der Arbeitsunfähigkeit den Beginn der ärztlicherseits festgestellten Arbeitsunfähigkeit zu melden. Der Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit ist vom behandelnden Arzt vierzehntägig bestätigen zu lassen und innerhalb einer Woche dem Versicherungsträger vorzulegen. Das Ende der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherungsträger unverzüglich mitzuteilen.

(3) Krankengeld ist bis zur Höchstdauer von 26 Wochen für ein und dieselbe Krankheit, auch wenn während dieser Zeit zu der Krankheit, für die Krankengeld zuerst gewährt wurde, eine neue Krankheit hinzugetreten ist, zu gewähren. Auf die Höchstdauer sind die ersten drei Tage der Arbeitsunfähigkeit anzurechnen. Werden anspruchsberechtigte Versicherte nach Beendigung des Krankengeldbezuges vor Ablauf der Höchstdauer neuerlich, und zwar innerhalb einer Frist von 26 Wochen, infolge der Krankheit, für die bereits Krankengeld gewährt wurde, arbeitsunfähig, so gilt dies als Fortsetzung und sind diese Zeiten zur Feststellung der Höchstdauer zusammenzurechnen.

(4) Anspruchsberechtigte Versicherte, die bereits für 26 Wochen hintereinander oder insgesamt für ein und dieselbe Krankheit Krankengeld bezogen haben, erlangen erst wieder nach Ablauf von 26 Wochen (gerechnet vom Tag der Aussteuerung nach Abs. 3 an) für dieselbe Krankheit, für die der weggefallene Anspruch auf Krankengeld bestanden hat, einen neuen Anspruch in dem im Abs. 3 angeführten Ausmaß.

(5) Die Satzung kann die im Abs. 3 erster Satz vorgesehene Höchstdauer auf 52 Wochen verlängern.

(6) Das tägliche Krankengeld wird durch die Satzung festgesetzt und darf 80 % der vorläufigen Beitragsgrundlage (§ 25a), geteilt durch 30, nicht überschreiten. Es gebührt jedoch mindestens in Höhe von 26,97 €. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2013, der unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 47) vervielfachte Betrag.

Ruhens des Anspruches auf Krankengeld

§ 107. (1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht, solange den Meldeverpflichtungen nach § 106 Abs. 2 nicht nachgekommen wird.

(2) In Fällen, in denen die persönlichen Verhältnisse des Versicherten oder das Vorliegen besonderer Gründe für die nicht rechtzeitige Meldung der Arbeitsunfähigkeit es gerechtfertigt erscheinen lassen, kann die Satzung das Krankengeld bei nicht rechtzeitiger Meldung auch für die zurückliegende Zeit vorsehen.

(3) Durch die Satzung kann ferner bestimmt werden, dass das Krankengeld auf Dauer oder für eine bestimmte Zeit zur Gänze oder teilweise ruht, wenn der Versicherte

1. einer Ladung zum Chef(Vertrauens)arzt ohne wichtigen Grund nicht Folge leistet oder
2. wiederholt Bestimmungen der Krankenordnung oder Anordnungen des behandelnden Arztes verletzt hat,

in allen diesen Fällen, wenn der Versicherte vorher auf die Folgen seines Verhaltens schriftlich hingewiesen worden ist.

(4) Zeiträume des Ruhens werden auf die Höchstdauer nach § 106 angerechnet.“

30. Nach § 182a wird folgender § 182b samt Überschrift eingefügt:

„Ermittlung des Aufwandersatzes für Unterstützungsleistungen nach § 104a

§ 182b. Zur Ermittlung des Aufwandersatzes nach § 319b ASVG für Unterstützungsleistungen nach § 104a hat der Versicherungsträger einen eigenen Rechenkreis und eine nach Einzelfällen aufgegliederte Dokumentation vorzusehen. Der Versicherungsträger hat weiters quartalsmäßig, erstmals zum Stichtag 31. März 2013, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt eine Aufstellung über die Entwicklung der

Krankenstandstage, Krankheitsursachen und Leistungsauszahlungen (Fallmanagement) zu übermitteln. Der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt ist auf Verlangen Einsicht in die Unterlagen zu gewähren.“

31. Nach § 347 wird folgender § 348 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x (41. Novelle)

§ 348. (1) Die §§ 9 Abs. 1 und 3, 14a Abs. 1 Z 2, Abs. 2 bis 5, 14b Abs. 1 bis 3, 14c Abs. 1, Abs. 2 Z 1 und Z 2, 14d samt Überschrift, 14e Z 2 und 3, 14f Abs. 1 Z 1 und 2, 14h samt Überschrift, 31 Abs. 2, 78 Abs. 1 Z 2, 79 Abs. 1 Z 3 und 3a und Abs. 2, 80 Z 2 und 3, 82 Abs. 5, 83 Abs. 6 und 7, 85a Abs. 2, 102a Abs. 5, der 3. und 4. Unterabschnitt des Abschnittes II des Zweiten Teils sowie § 182b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x treten mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

(2) § 4 Abs. 2 Z 1, Abs. 4 und 5 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2012 außer Kraft.

(3) Auf Versicherte, deren Zusatzversicherung nach § 9 GSVG zum Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes aufrecht ist, ist die bisherige Rechtslage bis zum 31. Dezember 2013 weiterhin anzuwenden. Diese können jedoch unwiderruflich erklären, dass die neue Rechtslage ab dem der Erklärung folgenden Monatsersten angewendet werden soll. Erfolgt bis 31. Dezember 2013 keine derartige Erklärung, ist ab 1. Jänner 2014 die neue Rechtslage anzuwenden. Hat eine Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vor dem Übertritt oder der Überführung in die neue Rechtslage begonnen, dann sind die Leistungen bis zum Eintritt der Arbeitsfähigkeit oder dem früheren Eintritt der Höchstdauer an Krankengeldbezug nach dem Altrecht zu beurteilen. Die Wartezeit nach § 105 Abs. 2 in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung ist auf jene in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x anzurechnen.

(4) Verordnungen auf Grund des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x können rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft treten.“

Artikel 3

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (41. Novelle zum BSVG)

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 76/2012, wird wie folgt geändert:

1. Im § 42 Abs. 2 Z 2 entfällt der Ausdruck „zuzüglich des Beitrages des Bundes nach § 31 Abs. 4“.

2. Im § 78 Abs. 6 wird der Punkt am Ende der lit. e) durch den Ausdruck „oder“ ersetzt und folgende lit. f angefügt:

„f) einer Berufsgruppe angehörte, die nach § 5 Abs. 1 auch von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen ist, und eine Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung bezieht. Besondere Pensionsleistungen nach den §§ 20c, 20d und 20e FSVG gelten als Versorgungsleistungen.“

3. § 78 Abs. 8 lautet:

„(8) Eine im Abs. 2 und Abs. 4 sowie Abs. 6a, 6b sowie 7 genannte Person gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet, oder eine Pension auf Grund dieser Erwerbstätigkeit bezieht; dies gilt entsprechend für eine Beschäftigung bei einer internationalen Organisation und den Bezug einer Pension auf Grund dieser Beschäftigung.“

4. Im § 95 Abs. 4 wird der letzte Satz durch folgende Sätze ersetzt:

„Werden in Zahnambulatorien des Versicherungsträgers Leistungen, die nicht Gegenstand des Gesamtvertrages oder der Satzung sind oder waren, sowie Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der dazugehörigen Gewebe erbracht, so sind dafür Kostenbeiträge der Versicherten vorzusehen. Diese Beiträge sind kostendeckend festzusetzen und auf der Homepage des Versicherungsträgers sowie durch Aushang im Zahnambulatorium des Versicherungsträgers zu veröffentlichen.“

5. Nach § 95 Abs. 4 wird folgender Abs. 4a eingefügt:

„(4a) Der Krankenversicherungsträger darf in den Zahnambulatorien im Bereich des festsitzenden Zahnersatzes keine kosmetischen Luxusleistungen, ebenso keine umfangreichen festsitzenden Zahnersatzkonstruktionen erbringen, die als Gesamtarbeit wegen ihrer Größe ein außergewöhnliches Risiko darstellen.“

5a. § 98 Abs. 5 lautet:

„(5) Das tägliche Wochengeld nach Abs. 3 beträgt 50 € und ist in den Fällen des Abs. 4 in einem Betrag im nachhinein, in allen übrigen Fällen jeweils nach Vorlage des Nachweises über den ständigen Einsatz der Hilfe im Sinne des Abs. 3 auszuzahlen. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2014, der unter Bedachtnahme auf § 47 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 45) vervielfachte Betrag.“

6. § 148c Abs. 2 Z 2 lautet:

„2. auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Betriebs- oder Ausbildungsstätte (Z 1) mit dem Zweck, ein Kind zu einer Kinderbetreuungseinrichtung, zur Tagesbetreuung, in fremde Obhut oder zu einer Schule zu bringen oder von dort abzuholen, sofern ihm/ihr für das Kind eine Aufsichtspflicht zukommt.“

7. (Grundsatzbestimmung) In § 148p Abs. 4 wird die Wortfolge „in der Fassung von 1929“ durch den Ausdruck „BGBI. Nr. 1/1930“ ersetzt.

8. § 265 Abs. 11 entfällt.

9. Nach § 339 wird folgender § 340 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x (41. Novelle)

§ 340. (1) Die §§ 78 Abs. 6 und 8, 95 Abs. 4 und 4a, 98 Abs. 5, 148c Abs. 2 Z 2 sowie 148p Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x treten mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

(2) § 42 Abs. 2 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x tritt rückwirkend mit 1. Jänner 2011 in Kraft.

(3) § 265 Abs. 11 tritt mit Ablauf des 30. Juni 2013 außer Kraft.

(4) Leidet der (die) Versicherte am 1. Jänner 2013 an einer Krankheit, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xx/201x als Berufskrankheit gilt, oder ist er (sie) vor dem 1. Jänner 2013 an einer solchen Krankheit gestorben, so sind an ihn (sie) oder an seine (ihre) Hinterbliebenen die Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist; die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 2013 zu erbringen, wenn der Antrag bis zum Ablauf des 31. Dezember 2014 gestellt wird; wird der Antrag nach dem 31. Dezember 2014 gestellt, so gebühren die Leistungen frühestens ab dem Tag der Antragstellung.“

Artikel 4

Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (40. Novelle zum B-KUVG)

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 35/2012, wird wie folgt geändert:

1. Im § 2 Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbeamten der Landeshauptstadt Salzburg“ durch den Ausdruck „Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbediensteten der Landeshauptstadt Salzburg“ ersetzt; der Ausdruck „Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Landeshauptstadt Bregenz,“ entfällt.

2. § 19 Abs. 1 Z 1 lit. b lautet:

„b) die Haushaltszulage sowie Kinderzulage und Kinderzuschuss,“

3. Im § 56 Abs. 9 wird der Punkt am Ende der lit. e) durch den Ausdruck „oder“ ersetzt und folgende lit. f angefügt:

„f) einer Berufsgruppe angehörte, die nach § 5 Abs. 1 auch von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen ist, und eine Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung

bezieht. Besondere Pensionsleistungen nach den §§ 20c, 20d und 20e FSVG gelten als Versorgungsleistungen.“

4. § 56 Abs. 10 lautet:

„(10) Eine im Abs. 2 und Abs. 3 sowie Abs. 6 bis 8 genannte Person gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet, oder eine Pension auf Grund dieser Erwerbstätigkeit bezieht; dies gilt entsprechend für eine Beschäftigung bei einer internationalen Organisation und den Bezug einer Pension auf Grund dieser Beschäftigung.“

5. § 69 Abs. 3 lautet:

„(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen, Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen, Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen, in eigens hiefür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatoren) der Versicherungsanstalt oder in Vertragseinrichtungen gewährt. § 63 Abs. 2 erster und zweiter Satz gelten entsprechend. Insoweit Behandlungsbeiträge zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatoren der Versicherungsanstalt und bei den freiberufllich tätigen Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen und Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. Werden in Zahnambulatoren der Versicherungsanstalt Leistungen, die nicht Gegenstand des Gesamtvertrages oder der Satzung sind oder waren, sowie Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der dazugehörigen Gewebe erbracht, so sind dafür Kostenbeiträge der Versicherten vorzusehen. Diese Beiträge sind kostendeckend festzusetzen und auf der Homepage der Versicherungsanstalt sowie durch Aushang im Zahnambulatorium der Versicherungsanstalt zu veröffentlichen.“

6. Nach § 69 Abs. 3 wird folgender Abs. 3a eingefügt:

„(3a) Die Versicherungsanstalt darf in den Zahnambulatoren im Bereich des festsitzenden Zahnersatzes keine kosmetischen Luxusleistungen, ebenso keine umfangreichen festsitzenden Zahnersatzkonstruktionen erbringen, die als Gesamtarbeit wegen ihrer Größe ein außergewöhnliches Risiko darstellen.“

7. § 90 Abs. 2 Z 9 lautet:

„9. auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Dienststätte (Z 1) mit dem Zweck, ein Kind zu einer Kinderbetreuungseinrichtung, zur Tagesbetreuung, in fremde Obhut oder zu einer Schule zu bringen oder von dort abzuholen, sofern ihm/ihr für das Kind eine Aufsichtspflicht zukommt.“

8. § 105 Abs. 3 lautet:

„(3) Der Kinderzuschuss ist auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres, jedoch nur auf besonderen Antrag zu gewähren oder weiterzugewähren, wenn und solange das Kind

1. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, die seine Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Kindeseigenschaft von Kindern, die eine im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992 genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn für sie
 - a) entweder Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 bezogen wird oder
 - b) zwar keine Familienbeihilfe bezogen wird, sie jedoch ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. Nr. 311/1992 betreiben;
2. als Teilnehmer/in des Freiwilligen Sozialjahres, des Freiwilligen Umweltschutzjahres, des Gedenkdienstes oder des Friedens- und Sozialdienstes im Ausland nach dem Freiwilligengesetz, BGBI. I Nr. 17/2012, tätig ist, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres;
3. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z 1 oder des in Z 2 genannten Zeitraumes infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig ist.“

9. § 190 Abs. 5 entfällt.

10. Nach § 231 wird folgender § 232 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x (40. Novelle)

§ 232. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2013 die §§ 56 Abs. 9 und 10, 69 Abs. 3 und 3a sowie 90 Abs. 2 Z 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x;
2. rückwirkend mit 1. September 2012 § 2 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x;
3. rückwirkend mit 1. Juni 2012 § 105 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x;
4. rückwirkend mit 1. Jänner 2012 § 19 Abs. 1 Z 1 lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/201x;

(2) § 190 Abs. 5 tritt mit Ablauf des 30. Juni 2013 außer Kraft.

(3) Leidet der (die) Versicherte am 1. Jänner 2013 an einer Krankheit, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xx/201x als Berufskrankheit gilt, oder ist er (sie) vor dem 1. Jänner 2013 an einer solchen Krankheit gestorben, so sind an ihn (sie) oder an seine (ihre) Hinterbliebenen die Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist; die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 2013 zu erbringen, wenn der Antrag bis zum Ablauf des 31. Dezember 2014 gestellt wird; wird der Antrag nach dem 31. Dezember 2014 gestellt, so gebühren die Leistungen frühestens ab dem Tag der Antragstellung.“