

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Artikel 1

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (70. Novelle zum ASVG)

Sonstige Teilversicherung

Sonstige Teilversicherung

§ 8. (1) Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind überdies auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert):

§ 8. (1) Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind überdies auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert):

1. und 2. unverändert.

1. und 2. unverändert.

3. in der Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Tätigkeiten (Beschäftigungsverhältnisse):

3. in der Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Tätigkeiten (Beschäftigungsverhältnisse):

a) bis f) unverändert.

a) bis f) unverändert.

g) Einzelorgane und Mitglieder von Kollektivorganen der gesetzlichen beruflichen Vertretungen sowie der kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber, der Landwirtschaftskammern, der Kammer der Wirtschaftstreuhänder, des Österreichischen Hebammergremiums, des Tiroler Skilehrerverbandes, des Salzburger Berufs-Schi- und Snowboardlehrerverbandes, der Tierärztekammer und der Österreichischen Zahnärztekammer, die aufgrund der diese Vertretung regelnden Vorschriften bzw. aufgrund des Statuts der Berufsvereinigung gewählt oder sonst bestellt sind, in Ausübung der ihnen aufgrund ihrer Funktion obliegenden Pflichten, soweit nicht eine landesgesetzliche Regelung über Unfallfürsorge besteht;

g) Einzelorgane und Mitglieder von Kollektivorganen der gesetzlichen beruflichen Vertretungen sowie der kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber, der Landwirtschaftskammern, der Kammer der Wirtschaftstreuhänder, des Österreichischen Hebammergremiums, des Tiroler Skilehrerverbandes, des Salzburger Berufs-Schi- und Snowboardlehrerverbandes, der Vorarlberger Schilehrerverbandes, der Tierärztekammer und der Österreichischen Zahnärztekammer, die aufgrund der diese Vertretung regelnden Vorschriften bzw. aufgrund des Statuts der Berufsvereinigung gewählt oder sonst bestellt sind, in Ausübung der ihnen aufgrund ihrer Funktion obliegenden Pflichten, soweit nicht eine landesgesetzliche Regelung über Unfallfürsorge besteht;

h) und i) unverändert.

h) und i) unverändert.

j) Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Bundesförderungs- und prüfungskommission nach § 8 des Bundesministeriengesetzes 1973, BGBl. Nr. 389, der Kommission nach § 7 des Landwirtschaftsgesetzes, BGBl. Nr. 299/1976, und des Beirates nach § 12 des Bundesgesetzes über das land- und forstwirtschaftliche Betriebsinformationssystem, BGBl. Nr. 448/1980, in Ausübung ihrer Funktion, soweit sie nicht aufgrund anderer bundesgesetzlicher Bestimmungen unfallversichert sind;

j) Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Bundesförderungs- und prüfungskommission nach § 8 des Bundesministeriengesetzes 1973, BGBl. Nr. 389, der Kommission nach § 7 des Landwirtschaftsgesetzes, BGBl. Nr. 299/1976, des Beirates nach § 12 des Bundesgesetzes über das land- und forstwirtschaftliche Betriebsinformationssystem, BGBl. Nr. 448/1980, und der amtlichen Weinkostkommissionen nach § 57 des Weingesetzes 1999, BGBl. I Nr. 141, in Ausübung ihrer Funktion, soweit sie nicht aufgrund anderer bundesgesetzlicher Bestimmungen unfallversichert sind;

Geltende Fassung

- k) unverändert.
- 4. und 5. unverändert.
- (2) bis (6) unverändert.

3. UNTERABSCHNITT Freiwillige Versicherung

Selbstversicherung in der Krankenversicherung

§ 16. (1) unverändert.

(2) Abs. 1 gilt für

- 1. ordentliche Studierende an einer Lehranstalt im Sinne des § 3 Abs. 1 Z 1 bis 7 des Studienförderungsgesetzes 1992 und Studierende von Fachhochschul-Studiengängen im Sinne des § 3 Abs. 1 Z 9 des Studienförderungsgesetzes 1992, die im Rahmen des für die betreffende Studienart vorgeschriebenen normalen Studienganges inskribiert (zum Studium zugelassen) sind,
- 2. bis 4. unverändert.
- (3) bis (6) unverändert.

Entgelt

§ 49. (1) und (2) unverändert.

- (3) Als Entgelt im Sinne des Abs. 1 und 2 gelten nicht:
 - 1. bis 14. unverändert.

15. Freitabak, Freizigaretten und Freizigarren an Dienstnehmer in tabakverarbeitenden Betrieben und Freimilch an Dienstnehmer in milchverarbeitenden Betrieben, wenn die gewährten Erzeugnisse nicht verkauft werden dürfen;

16. bis 27. unverändert.

(4) bis (8) unverändert.

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 51d. (1) und (2) unverändert.

- (3) Kein Zusatzbeitrag nach Abs. 1 ist einzuheben
 - 1. für Personen nach § 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4;

Vorgeschlagene Fassung

- k) unverändert.
- 4. und 5. unverändert.
- (2) bis (6) unverändert.

3. UNTERABSCHNITT Freiwillige Versicherung

Selbstversicherung in der Krankenversicherung

§ 16. (1) unverändert.

(2) Abs. 1 gilt für

- 1. ordentliche Studierende an einer Lehranstalt oder eines Fachhochschul-Studienganges im Sinne des § 3 Abs. 1 Z 1 bis 7 des Studienförderungsgesetzes 1992, die im Rahmen des für die betreffende Studienart vorgeschriebenen normalen Studienganges inskribiert (zum Studium zugelassen) sind,
- 2. bis 4. unverändert.
- (3) bis (6) unverändert.

Entgelt

§ 49. (1) und (2) unverändert.

- (3) Als Entgelt im Sinne des Abs. 1 und 2 gelten nicht:
 - 1. bis 14. unverändert.

15. Freimilch an Dienstnehmer in milchverarbeitenden Betrieben, wenn die gewährten Erzeugnisse nicht verkauft werden dürfen;

16. bis 27. unverändert.

(4) bis (8) unverändert.

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 51d. (1) und (2) unverändert.

- (3) Kein Zusatzbeitrag nach Abs. 1 ist einzuheben
 - 1. für Personen nach § 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 sowie Abs. 4 und 7b;

Geltende Fassung

2. unverändert.
3. wenn und solange der (die) Angehörige Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze hat;
4. wenn und solange der (die) Angehörige den Versicherten (die Versicherte) mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze pflegt.

(4) unverändert.

Anpassung der Renten aus der Unfallversicherung

§ 108g. (1) bis (5) unverändert.

- (6) Bei der Anwendung des Abs. 5 und der §§ 207 Abs. 1, 210 Abs. 3, 213 Abs. 2 und 220 sowie in Fällen des § 183, die mit einer Änderung der Bemessungsgrundlage gemäß § 181 Abs. 2 in Verbindung stehen, tritt an die Stelle der Bemessungsgrundlage der mit dem Anpassungsfaktor vervielfachte Betrag der Bemessungsgrundlage. Diese Vervielfachung ist ab 1. Jänner eines jeden Jahres in der Weise vorzunehmen, daß der Vervielfachung der für das vorangegangene Jahr ermittelte Betrag zugrunde zu legen ist.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 120. (1) Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;
2. im Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit mit dem Beginn der durch eine Krankheit im Sinne der Z. 1 herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit;
3. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung. Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem AIVG, KGG oder KBGG sowie bei Versicherten nach § 43 Abs. 2 KGG in jenem Zeitpunkt und für jenen

Vorgeschlagene Fassung

2. unverändert.
3. wenn und solange der (die) Angehörige Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze hat.

(4) unverändert.

Anpassung der Renten aus der Unfallversicherung

§ 108g. (1) bis (5) unverändert.

- (6) Bei der Anwendung des Abs. 5 und der §§ 207 Abs. 1, 210 Abs. 2, 213 Abs. 2 und 220 sowie in Fällen des § 183, die mit einer Änderung der Bemessungsgrundlage gemäß § 181 Abs. 2 in Verbindung stehen, tritt an die Stelle der Bemessungsgrundlage der mit dem Anpassungsfaktor vervielfachte Betrag der Bemessungsgrundlage. Diese Vervielfachung ist ab 1. Jänner eines jeden Jahres in der Weise vorzunehmen, daß der Vervielfachung der für das vorangegangene Jahr ermittelte Betrag zugrunde zu legen ist.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 120. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;
2. im Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit mit dem Beginn der durch eine Krankheit im Sinne der Z. 1 herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit;
3. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung. Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem AIVG, KGG oder KBGG sowie bei Versicherten nach § 43 Abs. 2 KGG in jenem Zeitpunkt und für jenen

Geltende Fassung

Zeitraum als eingetreten, in dem im Einzelfall bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 2 auf Grund eines arbeitsinspektions- oder amtsärztlichen, bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 4 auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses nachgewiesen wird, dass das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.

Der Versicherungsfall der Mutterschaft gilt auch mit Beginn eines Beschäftigungsverbotens nach § 13a Abs. 5 Tabakgesetz als eingetreten.

(2) Einer Krankheit im Sinne des Abs. 1 Z. 1 ist gleichzuhalten, wenn ein Versicherter (Angehöriger) in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet. Der Versicherungsfall der Krankheit gilt mit dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die erste ärztliche Maßnahme gesetzt wird, die der späteren Entnahme des Körperteiles voranzugehen hat.

Vorgeschlagene Fassung

Zeitraum als eingetreten, in dem im Einzelfall bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 2 auf Grund eines arbeitsinspektions- oder amtsärztlichen, bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 4 auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses nachgewiesen wird, dass das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.

Der Versicherungsfall der Mutterschaft gilt auch mit Beginn eines Beschäftigungsverbotens nach § 13a Abs. 5 Tabakgesetz als eingetreten.

Organspende

§ 120a. (1) Einer Krankheit im Sinne des § 120 Z 1 ist gleichzuhalten, wenn ein Versicherter/eine Versicherte (Angehöriger/Angehörige) in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines/ihrer Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet. Der Versicherungsfall der Krankheit gilt mit dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die erste ärztliche Maßnahme gesetzt wird, die der späteren Entnahme des Körperteiles voranzugehen hat.

(2) In grenzüberschreitenden Fällen, in denen weder nach dem Gemeinschaftsrecht oder einem von Österreich geschlossenen Abkommen noch nach den jeweiligen ausländischen Rechtsvorschriften eine Erstattung der Kosten der Spende durch den ausländischen Träger vorgesehen ist, hat der Träger der Krankenversicherung der Empfängerin/des Empfängers die mit der Spende notwendig verbundenen Sachleistungen für die Spenderin/den Spender wie für eine/n eigene/n Versicherte/n zu erbringen.

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

§ 122. (1) bis (3) unverändert.

(3a) Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als

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

§ 122. (1) bis (3) unverändert.

(3a) Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit sowie Leistungen der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung zu gewähren, wenn Versicherungsschutz

Geltende Fassung

Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

(4) Erwerbslosigkeit im Sinne des Abs. 2 Z 2 liegt auch vor, wenn bei einem mehrfach Versicherten (§ 128) ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis endet und das Entgelt aus den weiterbestehenden Beschäftigungs(Lehr)verhältnissen den Betrag von 355,01 € monatlich nicht übersteigt; das gleiche gilt, wenn der aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedene eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt, aus der er ein 355,01 € monatlich nicht übersteigendes Einkommen erzielt. An die Stelle des Betrages von 355,01 € tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachte Betrag. In sonstigen Fällen werden Leistungen nach Abs. 2 Z 2 sowie nach Abs. 3 nicht gewährt, sobald die betreffende Person auf Grund dieses Bundesgesetzes oder auf Grund anderer gesetzlicher Vorschrift in der Krankenversicherung versichert ist oder wenn sie sich ins Ausland begibt. Die Selbstversicherung in der Krankenversicherung (§ 16), die Krankenversicherung wegen Bezuges einer Pension aus der Sozialversicherung oder eines Ruhe- bzw. Versorgungsbezuges aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, ferner die Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957 und die Krankenversicherung der Hinterbliebenen nach dem Heeresversorgungsgesetz lassen den Anspruch auf Leistungen nach Abs. 2 Z 2 sowie nach Abs. 3 unberührt.

(5) unverändert.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 123. (1) bis (7) unverändert.

(7a) Als Angehörige/r gilt auch eine mit dem/der Versicherten nicht verwandte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm/ihr in Hausgemeinschaft lebt und ihm/ihr seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn ein/eine im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegatte/Ehegattin nicht vorhanden ist, wenn

Vorgeschlagene Fassung

aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

(4) Erwerbslosigkeit im Sinne des Abs. 2 Z 2 liegt auch vor, wenn bei einem mehrfach Versicherten (§ 128) ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis endet und das Entgelt aus den weiterbestehenden Beschäftigungs(Lehr)verhältnissen den Betrag von 355,01 € monatlich nicht übersteigt; das gleiche gilt, wenn der aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedene eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt, aus der er ein 355,01 € monatlich nicht übersteigendes Einkommen erzielt. An die Stelle des Betrages von 355,01 € tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachte Betrag. In sonstigen Fällen werden Leistungen nach Abs. 2 Z 2 sowie nach Abs. 3 und 3a nicht gewährt, sobald die betreffende Person auf Grund dieses Bundesgesetzes oder auf Grund anderer gesetzlicher Vorschrift in der Krankenversicherung versichert ist oder wenn sie sich ins Ausland begibt. Die Selbstversicherung in der Krankenversicherung (§ 16), die Krankenversicherung wegen Bezuges einer Pension aus der Sozialversicherung oder eines Ruhe- bzw. Versorgungsbezuges aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, ferner die Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957 und die Krankenversicherung der Hinterbliebenen nach dem Heeresversorgungsgesetz lassen den Anspruch auf Leistungen nach Abs. 2 Z 2 sowie nach Abs. 3 unberührt.

(5) unverändert.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 123. (1) bis (7) unverändert.

(7a) Als Angehörige/r gilt auch eine mit der/dem Versicherten nicht verwandte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm/ihr in Hausgemeinschaft lebt und ihm/ihr seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn eine/ein im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegattin/Ehegatte nicht vorhanden ist. Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige/r geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen. Angehörige/r aus diesem Grund (Abs. 7 und 7a) kann nur eine einzige Person sein.

Geltende Fassung

- a) sie sich der Erziehung eines oder mehrerer im gemeinsamen Haushalt lebender Kinder nach Abs. 4 erster Satz widmet oder sich durch mindestens vier Jahre hindurch der Kindererziehung gewidmet hat oder
- b) sie den Versicherten/die Versicherte mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze pflegt.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige/r geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen, sich der Kindererziehung (lit. a) zu widmen oder den Versicherten/die Versicherte (lit. b) zu pflegen.

(8) unverändert.

(9) Eine im Abs. 2 Z 1 sowie Abs. 7, 7a und 8 genannte Person gilt nur als Angehöriger, soweit es sich nicht um eine Person handelt, die

a) bis e) unverändert.

(10) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3 sowie Abs. 7, 7a 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.

(11) unverändert.

Sonderregelungen für Selbstversicherte und Pensionisten

§ 124. (1) Bei den Selbstversicherten in der Krankenversicherung ist die

Vorgeschlagene Fassung

(7b) Als Angehörige gelten auch Personen, die eine/n Versicherte/n mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer Arbeitskraft nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegen. Als Angehörige gelten die/der Ehegattin/Ehegatte und Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in gerader Linie oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind, ferner Wahl-, Stief- und Pflegekinder, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern sowie Angehörige nach Abs. 7a.

(8) unverändert.

(9) Eine im Abs. 2 Z 1 sowie Abs. 7, 7a, 7b und 8 genannte Person gilt nur als Angehöriger, soweit es sich nicht um eine Person handelt, die

a) bis e) unverändert.

(10) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3 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.

(11) unverändert.

Sonderregelungen für Selbstversicherte und Pensionisten

§ 124. (1) Bei den Selbstversicherten in der Krankenversicherung ist die

Geltende Fassung

Leistungspflicht allgemein, soweit nicht für einzelne Leistungen eine längere Wartezeit vorgesehen ist, von der Erfüllung einer Wartezeit von drei Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig. Dies gilt nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz berechnet werden. Durch die Satzung kann die Wartezeit auf sechs Monate unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles erweitert werden. Die Satzung kann ferner für Selbstversicherte auch den Kreis der Angehörigen, mit Ausnahme der Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4), einschränken.

(2) und (3) unverändert.

Dauer der Krankenbehandlung

§ 134. (1) und (2) unverändert.

(3) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung eintreten, sind die Leistungen der Krankenbehandlung an die im § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 und Abs. 3a bezeichneten Personen, auch für deren Familienangehörige, längstens durch 26 Wochen zu gewähren.

5. UNTERABSCHNITT**Zahnbehandlung und Zahnersatz; Hilfe bei körperlichen Gebrechen****Zahnbehandlung und Zahnersatz**

§ 153. (1) und (2) unverändert.

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1), Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Wahlidentisten/Wahlidentistinnen (§ 131 Abs. 1), in eigens hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) oder in Vertragseinrichtungen gewährt. Für die Zahnbehandlung gilt hierbei § 135 Abs. 2 entsprechend. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen und Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht

Vorgeschlagene Fassung

Leistungspflicht allgemein, soweit nicht für einzelne Leistungen eine längere Wartezeit vorgesehen ist, von der Erfüllung einer Wartezeit von drei Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig. Dies gilt nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz berechnet werden. Durch die Satzung kann die Wartezeit auf sechs Monate unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles erweitert werden. Die Satzung kann ferner für Selbstversicherte auch den Kreis der Angehörigen, mit Ausnahme der Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4) und der EhegattInnen, einschränken.

(2) und (3) unverändert.

Dauer der Krankenbehandlung

§ 134. (1) und (2) unverändert.

(3) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung eintreten, sind die Leistungen der Krankenbehandlung sowie der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung an die im § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 und Abs. 3a bezeichneten Personen, auch für deren Familienangehörige, längstens durch 26 Wochen zu gewähren.

5. UNTERABSCHNITT**Zahnbehandlung und Zahnersatz; Hilfe bei körperlichen Gebrechen****Zahnbehandlung und Zahnersatz**

§ 153. (1) und (2) unverändert.

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1), Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Wahlidentisten/Wahlidentistinnen (§ 131 Abs. 1), in eigens hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) oder in Vertragseinrichtungen gewährt. Für die Zahnbehandlung gilt hierbei § 135 Abs. 2 entsprechend. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen und Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht

Geltende Fassung

werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 sind oder waren.

(4) bis (5) unverändert.

Wochengeld

§ 162. (1) bis (4) unverändert.

(5) Vom Anspruch auf Wochengeld sind ausgeschlossen:

1. und 2. unverändert.
3. Teilversicherte nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. f, wenn sie nicht schon auf Grund der dem Kinderbetreuungsgeld-Bezug zugrunde liegenden Entbindung Anspruch auf Wochengeld hatten.

Arbeitsunfällen gleichgestellte Unfälle

§ 176. (1) und (2) unverändert.

- (3) Den im Sinne des Abs. 1 Z 2, 3, 6 bis 8, 10 und 13 tätig werdenden Personen werden die Leistungen der Unfallversicherung aus einem bei dieser Tätigkeit eingetretenen Unfall auch gewährt, wenn sie nicht unfallversichert sind.

(4) und (5) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 sind oder waren sowie Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der dazugehörigen Gewebe. Für derartige vorbeugende Maßnahmen sind in der Satzung des Versicherungsträgers kostendeckende Kostenbeiträge der/des Versicherten vorzusehen.

(4) bis (5) unverändert.

Wochengeld

§ 162. (1) bis (4) unverändert.

(5) Vom Anspruch auf Wochengeld sind ausgeschlossen:

1. und 2. unverändert.
3. Teilversicherte nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. f außer jene, die aufgrund der dem Kinderbetreuungsgeld-Bezug zugrundeliegenden Entbindung Anspruch auf Wochengeld hatten oder deren Kinderbetreuungsgeld-Bezug eine Inpflegenahme oder Adoption zu Grunde liegt und denen Wochengeld gebührt hätte, wenn an Stelle der Inpflegenahme oder Adoption eine Entbindung stattgefunden hätte.

Arbeitsunfällen gleichgestellte Unfälle

§ 176. (1) und (2) unverändert.

- (3) Den im Sinne des Abs. 1 Z 2, 3, 6 bis 8, 10 und 13 tätig werdenden Personen werden die Leistungen der Unfallversicherung aus einem bei dieser Tätigkeit eingetretenen Unfall auch gewährt, wenn sie nicht unfallversichert sind. Dies gilt auch bei Unfällen im Zusammenhang mit dem Besuch beruflicher Schulungs(Fortbildungskurse im Sinne des Abs. 1 Z 5 während einer Karenz nach dem MSchG oder nach dem Väter-Karenzgesetz, BGBl. Nr. 651/1989, soweit nicht Anspruch nach § 7 Abs. 3 B-KUVG besteht.

(4) und (5) unverändert.

Geltende Fassung

SECHSTER TEIL

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Angehörigen des ärztlichen und zahnärztlichen Berufs, des Dentisten-, Hebammen-, und Apothekerberufs sowie zu den Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen

ABSCHNITT I

Gemeinsame Bestimmungen

Regelung durch Verträge

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen nach den §§ 52a und 52b des Arztegesetzes 1998 und § 26 des Zahnärztegesetzes, BGBl. I Nr. 126/2005, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Heilmassagisten/Heilmassagistinnen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form.

(2) bis (4) unverändert.

Bestimmung des Inhaltes eines Gesamtvertrages durch die**Bundesschiedskommission**

§ 348. (1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer oder des Hauptverbandes setzt die Bundesschiedskommission den Inhalt eines aufgekündigten Gesamtvertrages für höchstens drei Monate - gerechnet vom Tage der Entscheidung - fest. Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrages ein neuer Gesamtvertrag nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrages noch nicht abgelaufen ist.

Vorgeschlagene Fassung

SECHSTER TEIL

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Angehörigen des ärztlichen und zahnärztlichen Berufs, des Dentisten-, Hebammen-, und Apothekerberufs sowie zu den Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen

ABSCHNITT I

Gemeinsame Bestimmungen

Regelung durch Verträge

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen nach den §§ 52a und 52b des Arztegesetzes 1998 und § 26 des Zahnärztegesetzes, BGBl. I Nr. 126/2005, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Heilmassagisten/Heilmassagistinnen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form. Die Verträge sowie allfällige Änderungen und Zusatzvereinbarungen sind vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen.

(2) bis (4) unverändert.

Bestimmung des Inhaltes eines Gesamtvertrages durch die**Bundesschiedskommission**

§ 348. (1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer oder des Hauptverbandes setzt die Bundesschiedskommission den Inhalt eines aufgekündigten Gesamtvertrages für höchstens drei Monate - gerechnet vom Tage der Entscheidung - fest. Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrages ein neuer Gesamtvertrag nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrages noch nicht abgelaufen ist. Der Inhalt des festgesetzten Gesamtvertrages ist vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen.

Geltende Fassung

(2) und (3) unverändert.

§ 447f. (1) und (2) unverändert.

(3) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die Landesgesundheitsfonds der Länder

1. bis 3. unverändert.

4. die Mittel nach § 447a Abs. 8 Z 1 nach Maßgabe des Einlangens und nach Maßgabe der Abs. 5, 16 und 17.

(4) bis (6) unverändert.

(7) Ausgenommen im ambulanten Bereich hat der (die) Versicherte bei Anstaltspflege eines Angehörigen nach diesem Bundesgesetz und nach dem BSVG und bei Anstaltspflege eines Versicherten nach dem BSVG an den Landesgesundheitsfonds einen Kostenbeitrag zu leisten. Dieser beträgt für jeden Verpflegstag 10 % der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührensätze, vervielfacht mit dem Prozentsatz für das Jahr 1997 nach § 28 KAG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995. Diese Beträge sind jährlich anzupassen, wobei die Prozentsätze nach Abs. 1 zweiter und dritter Satz anzuwenden sind. Solange keine endgültigen Prozentsätze vorliegen, sind die vorläufigen Prozentsätze heranzuziehen. Die angepassten Beträge sind auf volle 10 Cent zu runden. Vom Kostenbeitrag ist abzusehen:

1. bis 2. unverändert.

3. für Leistungen nach § 120 Abs. 2 dieses Bundesgesetzes und nach § 76 Abs. 2 BSVG (Organspenden) sowie nach § 80 Abs. 3 lit. b, d und g BSVG.

(8) unverändert.

(9) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe der Abs. 1 bis 6 und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Allfällige Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nach § 447a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss. Weiters ist zum

Vorgeschlagene Fassung

(2) und (3) unverändert.

§ 447f. (1) und (2) unverändert.

(3) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die Landesgesundheitsfonds der Länder

1. bis 3. unverändert.

4. die Mittel nach § 447a Abs. 11 Z 1 nach Maßgabe des Einlangens und nach Maßgabe der Abs. 5, 16 und 17.

(4) bis (6) unverändert.

(7) Ausgenommen im ambulanten Bereich hat der (die) Versicherte bei Anstaltspflege eines Angehörigen nach diesem Bundesgesetz und nach dem BSVG und bei Anstaltspflege eines Versicherten nach dem BSVG an den Landesgesundheitsfonds einen Kostenbeitrag zu leisten. Dieser beträgt für jeden Verpflegstag 10 % der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührensätze, vervielfacht mit dem Prozentsatz für das Jahr 1997 nach § 28 KAG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995. Diese Beträge sind jährlich anzupassen, wobei die Prozentsätze nach Abs. 1 zweiter und dritter Satz anzuwenden sind. Solange keine endgültigen Prozentsätze vorliegen, sind die vorläufigen Prozentsätze heranzuziehen. Die angepassten Beträge sind auf volle 10 Cent zu runden. Vom Kostenbeitrag ist abzusehen:

1. bis 2. unverändert.

3. für Leistungen nach § 120a dieses Bundesgesetzes und nach § 76a BSVG (Organspenden) sowie nach § 80 Abs. 3 lit. b, d und g BSVG.

(8) unverändert.

(9) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe der Abs. 1 bis 6 und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Allfällige Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen nach § 447a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss. Weiters ist zum

Geltende Fassung

Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vorzulegen.

(10) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 1 werden durch Überweisungen der Sozialversicherungsträger nach folgendem Schlüssel aufgebracht:

Wiener Gebietskrankenkasse	17,44201 %
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,83115 %
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,94019 %
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	15,08098 %
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	10,25023 %
Kärntner Gebietskrankenkasse	5,42866 %
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,71656 %
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,63745 %
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,66966 %
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09170 %
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,31496 %
Betriebskrankenkasse Mondri Business Paper	0,03778 %
Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,28442 %
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,06885 %
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,20124 %
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (als Träger der Krankenversicherung)	5,20082 %
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	7,70689 %
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	5,22166 %
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)	4,58485 %
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Unfallversicherung)	0,01253 %
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Unfallversicherung)	0,00686 %
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	0,00275 %
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Unfallversicherung)	0,16929 %

Vorgeschlagene Fassung

Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vorzulegen.

(10) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 1 werden durch Überweisungen der Sozialversicherungsträger nach folgendem Schlüssel aufgebracht:

Wiener Gebietskrankenkasse	17,44201 %
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,83115 %
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,94019 %
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	15,08098 %
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	10,25023 %
Kärntner Gebietskrankenkasse	5,42866 %
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,71656 %
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,63745 %
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,66966 %
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09170 %
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,31496 %
Betriebskrankenkasse Mondri	0,03778 %
Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,28442 %
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,06885 %
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,20124 %
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (als Träger der Krankenversicherung)	5,20082 %
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	7,70689 %
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	5,22166 %
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)	4,58485 %
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Unfallversicherung)	0,01253 %
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Unfallversicherung)	0,00686 %
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	0,00275 %
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Unfallversicherung)	0,16929 %

Geltende Fassung

Pensionsversicherungsanstalt
 Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (als Träger
 der Pensionsversicherung)
 Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der
 Pensionsversicherung)
 Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sind durch Beschluss der
 Trägerkonferenz festzulegen.

(11) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 2
 werden aufgebracht

1. unverändert.

2. soweit die Zusatzbeiträge nach Z 1 nicht ausreichen, durch
 Überweisungen der Krankenversicherungsträger (§ 31 Abs. 1) nach
 folgendem Schlüssel:

Wiener Gebietskrankenkasse	23,14400 %
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,14579 %
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,27077 %
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	13,49732 %
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	8,13567 %
Kärntner Gebietskrankenkasse	3,58838 %
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,98860 %
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,27556 %
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,39621 %
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09185 %
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,34935 %
Betriebskrankenkasse Mond Business Paper	0,06630 %
Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,21829 %
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,08442 %
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,16313 %
versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Abteilung A (als Träger der Krankenversicherung)	1,12820 %
versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Abteilung B (als Träger der Krankenversicherung)	2,11171 %
versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	11,25569 %
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	8,06567 %

Vorgeschlagene Fassung

Pensionsversicherungsanstalt
 Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (als Träger
 der Pensionsversicherung)
 Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der
 Pensionsversicherung)
 Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sind durch Beschluss der
 Trägerkonferenz festzulegen.

(11) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 2
 werden aufgebracht

1. unverändert.

2. soweit die Zusatzbeiträge nach Z 1 nicht ausreichen, durch
 Überweisungen der Krankenversicherungsträger (§ 31 Abs. 1) nach
 folgendem Schlüssel:

Wiener Gebietskrankenkasse	23,14400 %
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,14579 %
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,27077 %
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	13,49732 %
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	8,13567 %
Kärntner Gebietskrankenkasse	3,58838 %
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,98860 %
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,27556 %
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,39621 %
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09185 %
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,34935 %
Betriebskrankenkasse Mond	0,06630 %
Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,21829 %
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,08442 %
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,16313 %
versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Abteilung A (als Träger der Krankenversicherung)	1,12820 %
versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Abteilung B (als Träger der Krankenversicherung)	2,11171 %
versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	11,25569 %
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	8,06567 %

Geltende Fassung

Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)

2,02309 %
Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 2005, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger von diesem Geschäftsjahr zum Geschäftsjahr 2003, in weiterer Folge vom laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen Geschäftsjahr vom Hauptverband neu festzusetzen. Hierbei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte und für Arbeitslose heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) bis (17) unverändert.

Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung

§ 447h. (1) unverändert.

(2) Die Mittel des Fonds werden aufgebracht durch:

1. die Überweisungen nach § 447a Abs. 8 Z 2;
2. unverändert.
- (3) unverändert.

(4) Der Hauptverband hat bis zum 30. Juni über das jeweils vorangegangene Jahr, erstmalig bis zum 30. Juni 2006 und letztmalig bis zum 30. Juni 2009, dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen sowie dem Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und die Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorzulegen. Dieser Bericht hat insbesondere zu beinhalten:

1. bis 5. unverändert.

ABSCHNITT VII**Satzung, Krankenordnung und Geschäftsordnungen****Satzung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes)**

§ 453. (1) und (2) unverändert.

(3) Änderungen der Mustersatzung (§ 455 Abs. 2 und 3), der Satzung des Hauptverbandes (§ 454) oder der Satzungen der Versicherungsträger, die durch Änderungen der Gesetzeslage oder der Vertragslage (§ 338 Abs. 1) erforderlich

Vorgeschlagene Fassung

Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)

2,02309 %
Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 2005, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger von diesem Geschäftsjahr zum Geschäftsjahr 2003, in weiterer Folge vom laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen Geschäftsjahr vom Hauptverband neu festzusetzen. Hierbei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte und für Arbeitslose heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) bis (17) unverändert.

Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung

§ 447h. (1) unverändert.

(2) Die Mittel des Fonds werden aufgebracht durch:

1. die Überweisungen nach § 447a Abs. 11 Z 2;
2. unverändert.
- (3) unverändert.

(4) Der Hauptverband hat bis zum 30. Juni über das jeweils vorangegangene Jahr dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und die Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorzulegen. Dieser Bericht hat insbesondere zu beinhalten:

1. bis 5. unverändert.

ABSCHNITT VII**Satzung, Krankenordnung und Geschäftsordnungen****Satzung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes)**

§ 453. (1) und (2) unverändert.

(3) Änderungen der Mustersatzung (§ 455 Abs. 2 und 3), der Satzung des Hauptverbandes (§ 454) oder der Satzungen der Versicherungsträger, die durch Änderungen der Rechtslage oder der Vertragslage (§ 338 Abs. 1) erforderlich oder

Geltende Fassung

oder zulässig geworden sind, können rückwirkend mit jenem Zeitpunkt vorgenommen werden, mit dem sich die damit zusammenhängende Gesetzeslage oder Vertragslage (§ 338 Abs. 1) geändert hat.

Krankenordnung der Träger der Krankenversicherung

§ 456. (1) und (2) unverändert.

(3) Änderungen der Musterkrankenordnung oder der Krankenordnungen, die durch Änderungen der Rechtslage (§ 338 Abs. 1) erforderlich oder zulässig geworden sind, können rückwirkend mit jenem Zeitpunkt vorgenommen werden, mit dem sich die damit zusammenhängende Gesetzeslage oder Vertragslage (§ 338 Abs. 1) geändert hat.

Vorgeschlagene Fassung

zulässig geworden sind, können rückwirkend mit jenem Zeitpunkt vorgenommen werden, mit dem sich die damit zusammenhängende Rechtslage oder Vertragslage (§ 338 Abs. 1) geändert hat.

Krankenordnung der Träger der Krankenversicherung

§ 456. (1) und (2) unverändert.

(3) Änderungen der Musterkrankenordnung oder der Krankenordnungen, die durch Änderungen der Rechtslage oder der Vertragslage (§ 338 Abs. 1) erforderlich oder zulässig geworden sind, können rückwirkend mit jenem Zeitpunkt vorgenommen werden, mit dem sich die damit zusammenhängende Rechtslage oder Vertragslage (§ 338 Abs. 1) geändert hat.

Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009 (70. Novelle)

§ 645. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Juli 2009 die §§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. g und j, 51d Abs. 3 Z 1 und 3, 108g Abs. 6 erster Satz, 120 Abs. 1, 120a samt Überschrift, 122 Abs. 3a und 4 dritter Satz, 123 Abs. 7a, 7b, 9 und 10, 124 Abs. 1 letzter Satz, 134 Abs. 3, 153 Abs. 3, 162 Abs. 5 Z 3, 176 Abs. 3, 447f Abs. 7 Z 3, Abs. 10 und 11 Z 2, 447h Abs. 4 erster Satz, 453 Abs. 3 sowie 456 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009;
2. mit 1. Jänner 2010 § 49 Abs. 3 Z 15;
3. mit 1. Juli 2010 die §§ 338 Abs. 1 und 348 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009;
4. rückwirkend mit 1. September 2007 § 16 Abs. 2 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009;
5. rückwirkend mit 1. Juli 2006 die §§ 447f Abs. 3 Z 4 und Abs. 9 sowie 447h Abs. 2 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009.

(2) § 51d Abs. 3 Z 4 tritt mit Ablauf des 30. Juni 2009 außer Kraft.

(3) Der Hauptverband hat bis zum 1. Juli 2010 eine komplizierte Fassung aller zu diesem Zeitpunkt geltenden Gesamtverträge sowie allfälliger Änderungen und Zusatzvereinbarungen im Internet zu veröffentlichen.

(4) Der Ausschluss nach § 123 Abs. 10 aufgrund eines Pensionsbezuges gilt nicht für Personen, die am 30. Juni 2009 als Angehörige anspruchsberechtigt sind,

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung
solange sich der maßgebliche Sachverhalt nicht ändert.

Artikel 2**Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (35. Novelle zum GSVG)****Zusatzbeitrag für Angehörige**

§ 27c. (1) und (2) unverändert.

(3) Kein Zusatzbeitrag nach Abs. 1 ist einzuheben

1. für Personen nach § 83 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4;

2. unverändert.

3. wenn und solange der (die) Angehörige Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze hat;

4. wenn und solange der (die) Angehörige den Versicherten (die Versicherte) mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze pflegt.

(4) unverändert.

Leistungen

§ 79. (1) Als Leistungen der Krankenversicherung sind nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu gewähren:

1. bis 3. unverändert.

3a. Teilzeitbeihilfe (§§ 102b und 102c);

4. unverändert.

(2) und (3) unverändert.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 80. (1) Der Versicherungsfall gilt als eingetreten

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;

2. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 27c. (1) und (2) unverändert.

(3) Kein Zusatzbeitrag nach Abs. 1 ist einzuheben

1. für Personen nach § 83 Abs. 2 Z 2 bis 6 sowie Abs. 4 und 8a;

2. unverändert.

3. wenn und solange der (die) Angehörige Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegesetze hat.

(4) unverändert.

Leistungen

§ 79. (1) Als Leistungen der Krankenversicherung sind nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu gewähren:

1. bis 3. unverändert.

4. unverändert.

(2) und (3) unverändert.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 80. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;

2. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor

Geltende Fassung

diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung.

3. Aufgehoben.

(2) Einer Krankheit im Sinne des Abs. 1 Z. 1 ist gleichzuhalten, wenn ein Versicherter (Angehöriger) in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet. Der Versicherungsfall der Krankheit gilt mit dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die erste ärztliche Maßnahme gesetzt wird, die der späteren Entnahme des Körperteiles voranzugehen hat.

Vorgeschlagene Fassung

diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung.

3. Aufgehoben.

Organspende

§ 80a. (1) Einer Krankheit im Sinne des § 120 Z 1 ist gleichzuhalten, wenn ein Versicherter/eine Versicherte (Angehöriger/Angehörige) in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines/ihrer Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet. Der Versicherungsfall der Krankheit gilt mit dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die erste ärztliche Maßnahme gesetzt wird, die der späteren Entnahme des Körperteiles voranzugehen hat.

(2) In grenzüberschreitenden Fällen, in denen weder nach dem Gemeinschaftsrecht oder einem von Österreich geschlossenen Abkommen noch nach den jeweiligen ausländischen Rechtsvorschriften eine Erstattung der Kosten der Spende durch den ausländischen Träger vorgesehen ist, hat der Träger der Krankenversicherung der Empfängerin/des Empfängers die mit der Spende notwendig verbundenen Sachleistungen für die Spenderin/den Spender wie für eine/n eigene/n Versicherte/n zu erbringen.

Anspruchsberechtigung

§ 82. (1) unverändert.

(2) Auf Pflichtleistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht auch dann ein Rechtsanspruch, wenn die Krankheit im Zeitpunkt des Entstehens der Anspruchsberechtigung bestanden hat. Das gleiche gilt für Pflichtleistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft und bei Bezug von Teilzeitbeihilfe, wenn dieser bereits zu einem Zeitpunkt der vor dem Entstehen der Anspruchsberechtigung liegt, eingetreten ist und keine Anspruchsberechtigung gegenüber einem anderen gesetzlichen Krankenversicherungsträger besteht.

(3) und (4) unverändert.

Anspruchsberechtigung

§ 82. (1) unverändert.

(2) Auf Pflichtleistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht auch dann ein Rechtsanspruch, wenn die Krankheit im Zeitpunkt des Entstehens der Anspruchsberechtigung bestanden hat. Das gleiche gilt für Pflichtleistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, wenn dieser bereits zu einem Zeitpunkt der vor dem Entstehen der Anspruchsberechtigung liegt, eingetreten ist und keine Anspruchsberechtigung gegenüber einem anderen gesetzlichen Krankenversicherungsträger besteht.

(3) und (4) unverändert.

Geltende Fassung

(5) Für Pflichtversicherte (§§ 2 und 3 Abs. 1 und 2), für deren mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 83) besteht über das Ende der Versicherung hinaus ein Anspruch auf Pflichtleistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft und bei Bezug von Teilzeitbeihilfe bis zur vorgesehenen Höchstdauer, längstens jedoch durch 13 Wochen, wenn der Versicherungsfall vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, sofern kein anderweitiger Anspruch auf gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

(6) Über die Bestimmungen des Abs. 5 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 83. (1) bis (5) unverändert.

(6) Eine im Abs. 2 Z 1 sowie Abs. 8 genannte Person gilt nur als Angehöriger, soweit es sich nicht um eine Person handelt, die

a) bis e) unverändert.

(7) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3 sowie Abs. 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.

(8) Als Angehörige/r gilt auch eine mit dem/der Versicherten nicht verwandte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm/ihr in Hausgemeinschaft lebt und ihm/ihr seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn ein/eine im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegatte/Ehegattin nicht

Vorgeschlagene Fassung

(5) Für Pflichtversicherte (§§ 2 und 3 Abs. 1 und 2), für deren mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 83) besteht über das Ende der Versicherung hinaus ein Anspruch auf Pflichtleistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft sowie auf Leistungen der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung bis zur vorgesehenen Höchstdauer, längstens jedoch durch 13 Wochen, wenn der Versicherungsfall vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

(6) Über die Bestimmungen des Abs. 5 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit sowie Leistungen der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung längstens jedoch durch 13 Wochen zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 83. (1) bis (5) unverändert.

(6) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 8 und 8a genannte Person gilt nur als Angehöriger, soweit es sich nicht um eine Person handelt, die

a) bis e) unverändert.

(7) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3, 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.

(8) Als Angehörige/r gilt auch eine mit dem/der Versicherten nicht verwandte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm/ihr in Hausgemeinschaft lebt und ihm/ihr seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn eine/ein im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegattin/Ehegatte nicht

Geltende Fassung

vorhanden ist, wenn

- a) sie sich der Erziehung eines oder mehrerer im gemeinsamen Haushalt lebender Kinder nach Abs. 4 erster Satz widmet oder sich durch mindestens vier Jahre hindurch der Kindererziehung gewidmet hat oder
 - b) sie den Versicherten/die Versicherte mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach den Bestimmungen der Landespflegegesetze pflegt.
- Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige/r geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen, sich der Kindererziehung (lit. a) zu widmen oder den Versicherten/die Versicherte (lit. b) zu pflegen.

Vorgeschlagene Fassung

vorhanden ist. Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige/r geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen. Angehörige/r aus diesem Grund kann nur eine einzige Person sein.

(8a) Als Angehörige gelten auch Personen, die eine/n Versicherte/n mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegesetze unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer Arbeitskraft nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegen. Als Angehörige gelten die/der Ehegattin/Ehegatte und Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in gerader Linie oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind, ferner Wahl-, Stief- und Pflegekinder, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern sowie Angehörige nach Abs. 8.

(9) und (10) unverändert.

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) und (2) unverändert.

- (3) Sachleistungen sind Leistungen, die vom Versicherungsträger durch einen Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der vertragsmäßigen Kosten oder durch eine eigene Einrichtung erbracht werden. Der Versicherungsträger kann in seiner Satzung bestimmen, daß für Versicherte anstelle der Sachleistungen bare Leistungen gewährt werden, wenn
1. unverändert.
 2. ihre Pension nach diesem Bundesgesetz oder die Summe aus Pension und dem in Z 1 bezeichneten Betrag den in der Satzung festzusetzenden Betrag erreicht oder übersteigt.

(9) und (10) unverändert.

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) und (2) unverändert.

- (3) Sachleistungen sind Leistungen, die vom Versicherungsträger durch einen Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der vertragsmäßigen Kosten oder durch eine eigene Einrichtung erbracht werden. Der Versicherungsträger kann in seiner Satzung bestimmen, daß für Versicherte anstelle der Sachleistungen bare Leistungen gewährt werden, wenn
1. unverändert.
 2. sie in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz weiterversichert sind und Beiträge nach § 30 Abs. 1 entrichten oder

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

3. ihre Pension nach diesem Bundesgesetz oder die Summe aus Pension und dem in Z 1 bezeichneten Betrag den in der Satzung festzusetzenden Betrag erreicht oder übersteigt.

Die Höhe der baren Leistungen darf 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht überschreiten. Durch die Feststellung der Beitragsgrundlage gemäß § 25 bleibt der Anspruch auf Sach- bzw. Geldleistungen unberührt.

(4) bis (5) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009
(35. Novelle)**

§ 327. (1) Die §§ 27c Abs. 3 Z 1 und 3, 80 Abs. 1, 80a samt Überschrift, 82 Abs. 2, 5 und 6, 83 Abs. 6 bis 8a sowie 85 Abs. 3 Z 2 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009 treten mit 1. Juli 2009 in Kraft.

(2) Die §§ 27c Abs. 3 Z 4, 79 Abs. 1 Z 3a und 80 Abs. 2 treten mit Ablauf des 30. Juni 2009 außer Kraft.

(3) Im Falle von Personen, die gemäß Art. II Abs. 11 der 10. Novelle zum GSVG, BGBl. Nr. 112/1986, zum 30. Juni 2009 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG ausgenommen sind, endet die Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 ASVG weder bei Eintritt einer Pflichtversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz, Verlegung des Wohnsitzes in das Ausland, noch bei Zahlungsverzug (§ 16 Abs. 6 Z 2 ASVG); ein Austritt ist nicht möglich.

(4) Der Ausschluss nach § 83 Abs. 7 aufgrund eines Pensionsbezuges gilt nicht für Personen, die am 30. Juni 2009 als Angehörige anspruchsberechtigt sind, solange sich der maßgebliche Sachverhalt nicht ändert.

Artikel 3

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (35. Novelle zum BSVG)

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 24b. (1) und (2) unverändert.

(3) Kein Zusatzbeitrag nach Abs. 1 ist einzuheben

1. für Personen nach § 78 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4;

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 24b. (1) und (2) unverändert.

(3) Kein Zusatzbeitrag nach Abs. 1 ist einzuheben

1. für Personen nach § 78 Abs. 2 Z 2 bis 6 sowie Abs. 4 und 6b;

Geltende Fassung

2. wenn und solange sich der (die) Angehörige, mit Ausnahme solcher nach § 78 Abs. 7 Z 2, der Erziehung eines oder mehrerer im gemeinsamen Haushalt lebender Kinder nach § 78 Abs. 4 erster Satz widmet oder durch mindestens vier Jahre hindurch der Kindererziehung gewidmet hat;
3. wenn und solange der (die) Angehörige Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegesetze hat;
4. wenn und solange der (die) Angehörige den Versicherten (die Versicherte) mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach den Bestimmungen der Landespflegegesetze pflegt.

(4) unverändert.

Leistungen

§ 75. Als Leistungen der Krankenversicherung sind nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu gewähren:

1. bis 3. unverändert.
4. Teilzeitbeihilfe (§§ 99 und 99a).

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 76. (1) Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;
2. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung.
3. aufgehoben.

(2) Einer Krankheit im Sinne des Abs. 1 Z 1 ist gleichzuhalten, wenn ein Versicherter (Angehöriger) in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet. Der Versicherungsfall der Krankheit gilt mit dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die erste ärztliche Maßnahme gesetzt wird, die der späteren Entnahme des

Vorgeschlagene Fassung

2. wenn und solange sich der (die) Angehörige, mit Ausnahme solcher nach § 78 Abs. 7, der Erziehung eines oder mehrerer im gemeinsamen Haushalt lebender Kinder nach § 78 Abs. 4 erster Satz widmet oder durch mindestens vier Jahre hindurch der Kindererziehung gewidmet hat;
3. wenn und solange der (die) Angehörige Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegesetze hat.

(4) unverändert.

Leistungen

§ 75. Als Leistungen der Krankenversicherung sind nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu gewähren:

1. bis 3. unverändert.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 76. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;
2. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung.
3. aufgehoben.

Geltende Fassung

Körperteiles voranzugehen hat.

Vorgeschlagene Fassung**Organspende**

§ 76a. (1) Einer Krankheit im Sinne des § 120 Z 1 ist gleichzuhalten, wenn ein Versicherter/eine Versicherte (Angehöriger/Angehörige) in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines/ihrer Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet. Der Versicherungsfall der Krankheit gilt mit dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die erste ärztliche Maßnahme gesetzt wird, die der späteren Entnahme des Körperteiles voranzugehen hat.

(2) In grenzüberschreitenden Fällen, in denen weder nach dem Gemeinschaftsrecht oder einem von Österreich geschlossenen Abkommen noch nach den jeweiligen ausländischen Rechtsvorschriften eine Erstattung der Kosten der Spende durch den ausländischen Träger vorgesehen ist, hat der Träger der Krankenversicherung der Empfängerin/des Empfängers die mit der Spende notwendig verbundenen Sachleistungen für die Spenderin/den Spender wie für eine/n eigene/n Versicherte/n zu erbringen.

Anspruchsberechtigung

§ 77. (1) unverändert.

(2) Über die Bestimmungen des Abs. 1 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 78. (1) unverändert.

(2) Als Angehörige gelten:

1. der Ehegatte

a) unverändert.

b) eines gemäß § 4 Z 1 Pflichtversicherten und der Ehegatte eines gemäß § 8 Weiterversicherten unter der weiteren Voraussetzung des Abs. 6,

Anspruchsberechtigung

§ 77. (1) unverändert.

(2) Über die Bestimmungen des Abs. 1 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit sowie Leistungen der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 78. (1) unverändert.

(2) Als Angehörige gelten:

1. der Ehegatte

a) unverändert.

b) eines gemäß § 4 Z 1 bis 3 Pflichtversicherten und der Ehegatte eines gemäß § 8 Weiterversicherten unter der weiteren Voraussetzung des Abs. 6,

Geltende Fassung

2. bis 6. unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

(6) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 6a sowie Abs. 7 genannte Person gilt nur als Angehöriger, soweit es sich nicht um eine Person handelt, die

a) bis e) unverändert.

(6a) Als Angehörige/r gilt auch eine mit dem/der Versicherten nicht verwandte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm/ihr in Hausgemeinschaft lebt und ihm/ihr seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn ein/eine im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegatte/Ehegattin nicht vorhanden ist, wenn

a) sie sich der Erziehung eines oder mehrerer im gemeinsamen Haushalt lebender Kinder nach Abs. 4 erster Satz widmet oder sich durch mindestens vier Jahre hindurch der Kindererziehung gewidmet hat oder

b) sie den Versicherten/die Versicherte mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze pflegt.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige/r geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen, sich der Kindererziehung (lit. a) zu widmen oder den Versicherten/die Versicherte (lit. b) zu pflegen.

(7) unverändert.

(8) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3, Abs. 6a sowie im Abs. 7 genannte Person

Vorgeschlagene Fassung

2. bis 6. unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

(6) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 6a, 6b und 7 genannte Person gilt nur als Angehöriger, soweit es sich nicht um eine Person handelt, die

a) bis e) unverändert.

(6a) Als Angehörige/r gilt auch eine mit der/dem Versicherten nicht verwandte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm/ihr in Hausgemeinschaft lebt und ihm/ihr seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn eine/ein im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegattin/Ehegatte nicht vorhanden ist. Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige/r geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen. Angehörige/r aus diesem Grund kann nur eine einzige Person sein.

(6b) Als Angehörige gelten auch Personen, die eine/n Versicherte/n mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer Arbeitskraft nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegen. Als Angehörige gelten die/der Ehegattin/Ehegatte und Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in gerader Linie oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind, ferner Wahl-, Stief- und Pflegekinder, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern sowie Angehörige nach Abs. 6a.

(7) unverändert.

(8) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3, Abs. 6a, 6b sowie 7 genannte Person gilt

Geltende Fassung

gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet.

(9) und (10) unverändert.

Dauer der Krankenbehandlung

§ 84. (1) unverändert.

(2) Besteht die Notwendigkeit der Krankenbehandlung für eine Erkrankung, die vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, über diesen Zeitpunkt hinaus, so wird für diese Erkrankung, solange es sich um ein und denselben Versicherungsfall handelt, die Krankenbehandlung ohne zeitliche Begrenzung gewährt. Für die Fälle des § 77 Abs. 2 sind die Leistungen der Krankenbehandlung längstens durch 26 Wochen zu gewähren.

(3) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

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.

(9) und (10) unverändert.

Dauer der Krankenbehandlung

§ 84. (1) unverändert.

(2) Besteht die Notwendigkeit der Krankenbehandlung für eine Erkrankung, die vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, über diesen Zeitpunkt hinaus, so wird für diese Erkrankung, solange es sich um ein und denselben Versicherungsfall handelt, die Krankenbehandlung ohne zeitliche Begrenzung gewährt. Für die Fälle des § 77 Abs. 2 sind die Leistungen der Krankenbehandlung sowie der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung längstens durch 26 Wochen zu gewähren.

(3) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009 (35. Novelle)

§ 318. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Juli 2009 die §§ 24b Abs. 3 Z 1 und 3, 76 Abs. 1, 76a samt Überschrift, 77 Abs. 2, 78 Abs. 2 Z 1 lit. b, Abs. 6 bis 6b und 8, sowie 84 Abs. 2 zweiter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009;

2. rückwirkend mit 1. Juli 2007 § 24b Abs. 3 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009.

(2) Die §§ 24b Abs. 3 Z 4, 75 Z 4 und 76 Abs. 2 treten mit Ablauf des 30. Juni 2009 außer Kraft.

(3) Der Ausschluss nach § 78 Abs. 8 aufgrund eines Pensionsbezuges gilt nicht für Personen, die am 30. Juni 2009 als Angehörige anspruchsberechtigt sind, solange sich der maßgebliche Sachverhalt nicht ändert.

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung****Artikel 4****Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (35. Novelle zum B-KUVG)
Meldung von Änderungen**

§ 12. (1) und (2) unverändert.

Meldung von Änderungen

§ 12. (1) und (2) unverändert.

(3) Der/Die Dienstgeber/in hat vor der Einzahlung der Beiträge mittels elektronischer Datenfernübertragung (§ 15a) die Gesamtsumme der im Beitragszeitraum anfallenden Beitragsgrundlagen und Beiträge zu melden (Beitragsnachweisung). Die Frist für die Vorlage der Beitragsnachweisung endet mit dem letzten Tag der Einzahlungsfrist.

(4) Der/Die Dienstgeber/in hat die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen sowie der Sonderzahlungen und die Adresse der Arbeitsstätte am 31. Dezember bzw. am letzten Beschäftigungstag des Jahres zu melden (Beitragsgrundlagennachweis). Die Meldung hat mittels elektronischer Datenfernübertragung bis Ende Februar des folgenden Kalenderjahres zu erfolgen. Wird das Dienstverhältnis beendet, so hat die Übermittlung des Beitragsgrundlagennachweises bis zum Ende des Folgemonates zu erfolgen.

Form der Meldungen

§ 15a. (1) Die Meldungen nach § 11 sowie nach § 12 Abs. 1 sind mittels elektronischer Datenfernübertragung zu erstatten. Sie gelten dann als ordnungsgemäß erstattet, wenn sie alle wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind.

(2) Das Einlangen der Meldungen ist mittels elektronischer Datenfernübertragung zu bestätigen.

(3) Meldungen dürfen nur dann außerhalb elektronischer Datenfernübertragung ordnungsgemäß erstattet werden, wenn die Meldung nachweisbar durch unverschuldeten Ausfall eines wesentlichen Teiles der Datenfernübertragungseinrichtung technisch ausgeschlossen war.

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 20b. (1) und (2) unverändert.

(3) Kein Zusatzbeitrag nach Abs. 1 ist einzuheben
1. für Personen nach § 56 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 3;

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 20b. (1) und (2) unverändert.

(3) Kein Zusatzbeitrag nach Abs. 1 ist einzuheben
1. für Personen nach § 56 Abs. 2 Z 2 bis 6 sowie Abs. 3 und 6b;

Geltende Fassung

2. unverändert.
3. wenn und solange der (die) Angehörige Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze hat;
4. wenn und solange der (die) Angehörige den Versicherten (die Versicherte) mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze pflegt.

(4) unverändert.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 53. (1) Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;
2. im Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (§ 84) mit dem Beginn der durch eine Krankheit im Sinne der Z. 1 herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit;

3. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung. Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem Karenzgesetz (KGG) sowie bei Versicherten gemäß § 43 Abs. 2 KGG in jenem Zeitpunkt und für jenen Zeitraum als eingetreten, in dem diese auf Grund besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund des Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht beschäftigt werden dürfen, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.

(2) Einer Krankheit im Sinne des Abs. 1 Z. 1 ist gleichzuhalten, wenn ein Versicherter (Angehöriger) in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet.

Vorgeschlagene Fassung

2. unverändert.
3. wenn und solange der (die) Angehörige Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze hat.

(4) unverändert.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 53. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;
2. im Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (§ 84) mit dem Beginn der durch eine Krankheit im Sinne der Z. 1 herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit;

3. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung. Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem Karenzgesetz (KGG) sowie bei Versicherten gemäß § 43 Abs. 2 KGG in jenem Zeitpunkt und für jenen Zeitraum als eingetreten, in dem diese auf Grund besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund des Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht beschäftigt werden dürfen, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.

Geltende Fassung

Der Versicherungsfall der Krankheit gilt mit dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die erste ärztliche Maßnahme gesetzt wird, die der späteren Entnahme des Körperteiles voranzugehen hat.

Vorgeschlagene Fassung

Organspende

§ 53a. (1) Einer Krankheit im Sinne des § 120 Z 1 ist gleichzuhalten, wenn ein Versicherter/eine Versicherte (Angehöriger/Angehörige) in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines/ihrer Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet. Der Versicherungsfall der Krankheit gilt mit dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die erste ärztliche Maßnahme gesetzt wird, die der späteren Entnahme des Körperteiles voranzugehen hat.

(2) In grenzüberschreitenden Fällen, in denen weder nach dem Gemeinschaftsrecht oder einem von Österreich geschlossenen Abkommen noch nach den jeweiligen ausländischen Rechtsvorschriften eine Erstattung der Kosten der Spende durch den ausländischen Träger vorgesehen ist, hat der Träger der Krankenversicherung der Empfängerin/des Empfängers die mit der Spende notwendig verbundenen Sachleistungen für die Spenderin/den Spender wie für eine/n eigene/n Versicherte/n zu erbringen.

Anspruchsberechtigung während der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung

§ 55. (1) unverändert.

(1a) Über die Bestimmungen des Abs. 1 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

(2) bis (4) unverändert.

Anspruchsberechtigung der Angehörigen

§ 56. (1) bis (6) unverändert.

(6a) Als Angehörige/r gilt auch eine mit dem/der Versicherten nicht verwandte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm/ihr in

Anspruchsberechtigung während der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung

§ 55. (1) unverändert.

(1a) Über die Bestimmungen des Abs. 1 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit sowie Leistungen der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

(2) bis (4) unverändert.

Anspruchsberechtigung der Angehörigen

§ 56. (1) bis (6) unverändert.

(6a) Als Angehörige/r gilt auch eine mit der/dem Versicherten nicht verwandte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm/ihr in

Geltende Fassung

Hausgemeinschaft lebt und ihm/ihr seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn ein/eine im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegatte/Ehegattin nicht vorhanden ist, wenn

- a) sie sich der Erziehung eines oder mehrerer im gemeinsamen Haushalt lebender Kinder nach Abs. 4 erster Satz widmet oder sich durch mindestens vier Jahre hindurch der Kindererziehung gewidmet hat oder
- b) sie den Versicherten/die Versicherte mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach den Bestimmungen der Landespflegegesetze pflegt.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige/r geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen, sich der Kindererziehung (lit. a) zu widmen oder den Versicherten/die Versicherte (lit. b) zu pflegen.

Vorgeschlagene Fassung

Hausgemeinschaft lebt und ihm/ihr seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn eine/ein im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegattin/Ehegatte nicht vorhanden ist. Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige/r geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen. Angehörige/r aus diesem Grund (Abs. 6 und 6a) kann nur eine einzige Person sein.

(6b) Als Angehörige gelten auch Personen, die eine/n Versicherte/n mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer Arbeitskraft nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegen. Als Angehörige gelten die/der Ehegattin/Ehegatte und Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in gerader Linie oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind, ferner Wahl-, Stief- und Pflegekinder, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern sowie Angehörige nach Abs. 6a.

(7) bis (9) unverändert.

(10) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 3 Z 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.

(11) unverändert.

(7) bis (9) unverändert.

(10) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 3 Z 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.

(11) unverändert.

Geltende Fassung

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 69. (1) und (2) unverändert.

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Vertragsdentisten/Wahlidentistinnen sowie in eigenen Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsanstalt und in Vertragseinrichtungen gewährt. § 63 Abs. 2 gilt hiebei entsprechend. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen und Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1 ASVG) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 ASVG sind oder waren.

(4) bis (7) unverändert.

Entsendung der Versicherungsvertreter

§ 133. (1) Die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstnehmer sind für Landesstellenausschüsse vom zuständigen Landeshauptmann, für die übrigen Verwaltungskörper vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu entsenden. Die entsendeberechtigten Stellen haben hierzu Vorschläge des Österreichischen Gewerkschaftsbundes einzuholen, welche dieser im Einvernehmen mit der in Betracht kommenden Gewerkschaft zu erstatten hat. Die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber sind für Landesstellenausschüsse vom zuständigen Landeshauptmann im Einvernehmen mit der zuständigen Finanzlandesbehörde, für die übrigen Verwaltungskörper vom Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu entsenden. Kommt ein Einvernehmen zwischen dem Landeshauptmann und der Finanzlandesbehörde nicht zustande, so entsendet auf Antrag einer dieser

Vorgeschlagene Fassung

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 69. (1) und (2) unverändert.

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Vertragsdentisten/Wahlidentistinnen sowie in eigenen Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsanstalt und in Vertragseinrichtungen gewährt. § 63 Abs. 2 gilt hiebei entsprechend. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen und Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1 ASVG) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 ASVG sind oder waren sowie Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der dazugehörigen Gewebe. Für derartige vorbeugende Maßnahmen sind in der Satzung des Versicherungsträgers kostendeckende Kostenbeiträge der/des Versicherten vorzusehen.

(4) bis (7) unverändert.

Entsendung der Versicherungsvertreter

§ 133. (1) Die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstnehmer sind für Landesstellenausschüsse vom zuständigen Landeshauptmann, für die übrigen Verwaltungskörper vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu entsenden. Die entsendeberechtigten Stellen haben hierzu Vorschläge des Österreichischen Gewerkschaftsbundes einzuholen, welche dieser im Einvernehmen mit der in Betracht kommenden Gewerkschaft zu erstatten hat. Die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber sind für Landesstellenausschüsse vom zuständigen Landeshauptmann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen, für die übrigen Verwaltungskörper vom Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu entsenden. Kommt ein Einvernehmen zwischen dem Landeshauptmann und dem Bundesminister für Finanzen nicht zustande, so entsendet auf Antrag einer dieser

Geltende Fassung

Stellen der Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen die Dienstgebervertreter. Bei der Entsendung ist auf die fachliche Eignung Bedacht zu nehmen. Die gleichzeitige Entsendung ein und derselben Person als Versicherungsvertreter sowohl in die Kontrollversammlung als auch in die Generalversammlung der Versicherungsanstalt ist unzulässig.

(2) bis (5) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

beiden Stellen der Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen die Dienstgebervertreter. Bei der Entsendung ist auf die fachliche Eignung und durch ein ausgewogenes Verhältnis an Versicherungsvertreterinnen und Versicherungsvertretern auf das Erreichen der Geschlechterparität in den Verwaltungskörpern Bedacht zu nehmen. Die gleichzeitige Entsendung ein und derselben Person als Versicherungsvertreter sowohl in die Kontrollversammlung als auch in die Generalversammlung der Versicherungsanstalt ist unzulässig.

(2) bis (5) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009 (36. Novelle)

§ 221. (1) Die §§ 12 Abs. 3 und 4, 15a samt Überschrift, 20b Abs. 3 Z 1 und 3, 53 Abs. 1, 53a samt Überschrift, 55 Abs. 1a, 56 Abs. 6a, 6b und 10, 69 Abs. 3 sowie 133 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009 treten mit 1. Juli 2009 in Kraft.

(2) Die §§ 20b Abs. 3 Z 4 und 53 Abs. 2 treten mit Ablauf des 30. Juni 2009 außer Kraft.

(3) Der Ausschluss nach § 56 Abs. 10 aufgrund eines Pensionsbezuges gilt nicht für Personen, die am 30. Juni 2009 als Angehörige anspruchsberechtigt sind, solange sich der maßgebliche Sachverhalt nicht ändert.

Artikel 5

Änderung des Dienstgeberabgabegesetzes

Zweckwidmung

§ 3. (1) 23,5 % der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Krankenversicherung der geringfügig beschäftigten Personen und sind vom einhebenden Krankenversicherungsträger an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (§ 447a ASVG) zu überweisen; ergibt sich gemäß § 26 Abs. 1 Z 4 ASVG die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau in der Krankenversicherung, so sind diese Erträge von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau direkt einzubehalten. 76,5 % der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Pensionsversicherung und sind vom einhebenden Krankenversicherungsträger an die Pensionsversicherungsanstalt zu überweisen; ergibt sich gemäß § 29 Z 2 lit. a ASVG die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau vom

Zweckwidmung

§ 3. (1) 23,5 % der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Krankenversicherung der geringfügig beschäftigten Personen und sind vom einhebenden Krankenversicherungsträger an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen (§ 447a ASVG) zu überweisen; ergibt sich in der Krankenversicherung gemäß § 26 Abs. 1 Z 3 ASVG die Zuständigkeit einer Betriebskrankenkasse oder gemäß § 26 Abs. 1 Z 4 ASVG die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, so sind diese Erträge von der jeweiligen Betriebskrankenkasse oder von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau direkt einzubehalten. 76,5 % der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Pensionsversicherung und sind vom einhebenden Krankenversicherungsträger an

Geltende Fassung
in der Pensionsversicherung, so sind diese Erträge für Eisenbahnen und Bergbau direkt einzubehalten.

(2) unverändert.

In-Kraft-Treten

§ 6. (1) bis (4) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

Pensionsversicherungsanstalt zu überweisen; ergibt sich gemäß § 29 Z 2 lit. a ASVG die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau in der Pensionsversicherung, so sind diese Erträge von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau direkt einzubehalten.

(2) unverändert.

In-Kraft-Treten

§ 6. (1) bis (4) unverändert.

(5) § 3 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2009 tritt mit 1. Juli 2009 in Kraft.