

Textgegenüberstellung**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung****Artikel 1****Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (79. Novelle zum ASVG)****Ausnahmen von der Vollversicherung****Ausnahmen von der Vollversicherung****§ 5. (1) ...**

(2) Ein Beschäftigungsverhältnis gilt als geringfügig, wenn es
1. und 2. ...

Keine geringfügige Beschäftigung liegt hingegen vor, wenn das im Kalendermonat gebührende Entgelt den in Z 2 genannten Betrag nur deshalb nicht übersteigt, weil

- infolge Arbeitsmangels im Betrieb die sonst übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht erreicht wird (Kurzarbeit) oder
- die Beschäftigung im Laufe des betreffenden Kalendermonates begonnen oder geendet hat oder unterbrochen wurde.

Auch gilt eine Beschäftigung als Hausbesorger nach dem Hausbesorgergesetz, BGBl. Nr. 16/1970, nicht als geringfügig, außer während der Zeit

- eines Beschäftigungsverbotes gemäß den §§ 3 und 5 des Mutterschutzgesetzes (MSchG), BGBl. Nr. 221/1979, oder
- eines Karenzurlaubes gemäß den §§ 15, 15a, 15b und 15d MSchG und den §§ 2, 5 und 9 des Eltern- Karenzurlaubsgesetzes (EKUG), BGBl. Nr. 651/1989, bei Anspruch auf Wochengeld bzw. auf Karenzgeld nach dem Karenzurlaubsgesetz (KUG), BGBl. I Nr. 47/1997.

Auf Beschäftigungsverhältnisse, die mit Dienstleistungsscheck entlohnt werden, ist ausschließlich die monatliche Geringfügigkeitsgrenze (Z 2) anzuwenden. An die Stelle der im ersten Satz genannten Beträge treten ab Beginn jedes Beitragsjahres (§ 242 Abs. 10) die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachten Beträge.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (5a) ...

§ 5. (1) ...

(2) Ein Beschäftigungsverhältnis gilt als geringfügig, wenn es
1. und 2. ...

Keine geringfügige Beschäftigung liegt hingegen vor, wenn das im Kalendermonat gebührende Entgelt den in Z 2 genannten Betrag nur deshalb nicht übersteigt, weil

- infolge Arbeitsmangels im Betrieb die sonst übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht erreicht wird (Kurzarbeit) oder
- die Beschäftigung im Laufe des betreffenden Kalendermonates begonnen oder geendet hat oder unterbrochen wurde.

Auch gilt eine Beschäftigung als Hausbesorger nach dem Hausbesorgergesetz, BGBl. Nr. 16/1970, nicht als geringfügig, außer während der Zeit

- eines Beschäftigungsverbotes gemäß den §§ 3 und 5 des Mutterschutzgesetzes (MSchG), BGBl. Nr. 221/1979, oder
- einer Karenz nach dem Mutterschutzgesetz 1979 – MSchG, BGBl. Nr. 221, oder dem Väter-Karenzgesetz – VKG, BGBl. Nr. 651/1989 oder bei Anspruch auf Wochengeld.

Auf Beschäftigungsverhältnisse, die mit Dienstleistungsscheck entlohnt werden, ist ausschließlich die monatliche Geringfügigkeitsgrenze (Z 2) anzuwenden. An die Stelle der im ersten Satz genannten Beträge treten ab Beginn jedes Beitragsjahres (§ 242 Abs. 10) die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachten Beträge.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (5a) ...

Geltende Fassung

(6) Die vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien und im Rahmen seines gesetzlichen Wirkungsbereiches gefassten Beschlüsse sind für die im Hauptverband zusammengefassten Versicherungsträger verbindlich; jedoch gelten die gemäß Abs. 5 Z 12 aufgestellten Richtlinien nicht für die Träger der nach den Vorschriften über die Gewerbliche Selbständigenkrankenversicherung und über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter geregelten Krankenversicherung.

(7) bis (13) ...

Krankenscheinersatz

§ 31c. (1) ...

(2) Für die e-card ist von der anspruchsberechtigten Person ein Service-Entgelt von 10 Euro pro Kalenderjahr für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Das Service-Entgelt ist nicht zu zahlen von

1. bis 7. ...

8. Versicherten nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. c,

9. als Angehörige geltenden Kindern (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6) und von Angehörigen der Personen nach Z 1 bis 4, 7 und 8.

(3) Das Service-Entgelt für ein Kalenderjahr ist jeweils am 15. November des vorangegangenen Jahres, erstmals am 15. November 2005, fällig und vom Versicherten/von der Versicherten für sich und seine/ihre Angehörigen einzuheben durch

1. bis 4. ...

(4) und (5) ...

Verwendung der Mittel

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

Vorgeschlagene Fassung

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

(7) bis (13) ...

Service-Entgelt

§ 31c. (1) ...

(2) Für die e-card ist von der anspruchsberechtigten Person ein Service-Entgelt von 10 Euro pro Kalenderjahr für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals mit 1. Jänner 2013, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Der vervielfachte Betrag ist auf fünf Cent zu runden. Das Service-Entgelt ist nicht zu zahlen von

1. bis 7. ...

8. Versicherten nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. c.

(3) Das Service-Entgelt für ein Kalenderjahr ist jeweils am 15. November des vorangegangenen Jahres, erstmals am 15. November 2005, fällig und vom Versicherten/von der Versicherten einzuheben durch

1. bis 4. ...

(4) und (5) ...

Verwendung der Mittel

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

Geltende Fassung

kenversicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) bis (3) ...

Zusammentreffen eines Anspruches auf Versehrtenrente mit einem Anspruch auf Krankengeld

§ 90a. (1) Trifft der Bezug von Krankengeld mit einem Anspruch auf Versehrtenrente aus der Unfallversicherung zusammen, so ruht, wenn die Arbeitsunfähigkeit Folge des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit ist, die Versehrtenrente für die weitere Dauer des Krankengeldbezuges mit dem Betrag des Krankengeldes; hiebei sind der Bezug von Versehrtengeld dem Anspruch auf Versehrtenrente und die Zeit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, sowie ein ruhender Anspruch auf Krankengeld dem Bezug des Krankengeldes gleichzuhalten.

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

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

§ 107. (1) Der Versicherungsträger hat zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie Aufwendungen für Heilbehelfe und Anstaltspflege und an Stelle von Sachleistungen erbrachte Kostenersätze beziehungsweise bare Leistungen (§§ 131, 131a, 132 und 150) zurückzufordern, wenn der Zahlungsempfänger (§ 106) beziehungsweise der Leistungsempfänger den Bezug durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften (§ 40) herbeigeführt hat oder wenn der Zahlungsempfänger (§ 106) beziehungsweise der Leistungsempfänger erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte. Geldleistungen sind ferner zurückzufordern, wenn und soweit sich wegen eines nachträglich festgestellten Anspruches auf Weiterleistung der Geld- und Sachbezüge herausstellt, daß sie zu Unrecht erbracht wurden.

Vorgeschlagene Fassung

kenversicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren. Die jährliche Information kann auch im elektronischen Weg unter Beachtung des DSG 2000 erfolgen, solange sich der jeweilige Versicherte nicht dagegen ausspricht.

(2) bis (3) ...

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

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

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

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

§ 107. (1) Der Versicherungsträger hat zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie Aufwendungen für Heilbehelfe und Anstaltspflege und an Stelle von Sachleistungen erbrachte Kostenersätze beziehungsweise bare Leistungen (§§ 131, 131a, 132 und 150) zurückzufordern, wenn der Zahlungsempfänger (§ 106) beziehungsweise der Leistungsempfänger den Bezug durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften (§ 40) herbeigeführt hat oder wenn der Zahlungsempfänger (§ 106) beziehungsweise der Leistungsempfänger erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte. Geldleistungen sind ferner zurückzufordern, wenn und soweit nachträglich Tatsachen hervorkommen, deren Kenntnis zu keiner oder zu einer geringeren Leistung geführt hätte.

Geltende Fassung

(2) bis (5) ...

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 123. (1) bis (8) ...

(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 d) ...

e) der Versicherungspflicht gemäß § 3 des Notarversicherungsgesetzes 1972 unterliegt oder eine Pension nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 bezieht.

(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) ...

Dauer des Krankengeldanspruches

§ 139. (1) Krankengeldanspruch besteht für ein und denselben Versicherungsfall bis zur Dauer von 26 Wochen, auch wenn während dieser Zeit zu der Krankheit, die die Arbeitsunfähigkeit zuerst verursachte, eine neue Krankheit hinzugetreten ist. Wenn der (die) Anspruchsberechtigte innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens sechs Monate in der Krankenversicherung versichert war, verlängert sich für diese Personen, ausgenommen für die nach § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 Anspruchsberechtigten, die Dauer auf bis zu 52 Wochen.

(2) bis (5) ...

Vorgeschlagene Fassung

(2) bis (5) ...

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 123. (1) bis (8) ...

(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 d) ...

e) der Versicherungspflicht gemäß § 3 des Notarversicherungsgesetzes 1972 unterliegt oder eine Pension nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 bezieht oder

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

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

(11) ...

Dauer des Krankengeldanspruches

§ 139. (1) Krankengeldanspruch besteht für ein und denselben Versicherungsfall bis zur Dauer von 26 Wochen, auch wenn während dieser Zeit zu der Krankheit, die die Arbeitsunfähigkeit zuerst verursachte, eine neue Krankheit hinzugetreten ist. Wenn der (die) Anspruchsberechtigte innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens sechs Monate in der Krankenversicherung versichert war, verlängert sich für diese Personen, ausgenommen für die nach § 122 Abs. 2 Z 2 und 3 Anspruchsberechtigten, die Dauer auf bis zu 52 Wochen.

(2) bis (5) ...

Geltende Fassung**Zahnbehandlung und Zahnersatz****§ 153. (1) und (2) ...**

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1), Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Wahldentisten/Wahldentistinnen (§ 131 Abs. 1), in eigens hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) oder in Vertragseinrichtungen gewährt. Für die Zahnbehandlung gilt hiebei § 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 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) ...

Arbeitsunfall**§ 175. (1) ...**

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

1. bis 9. ...
10. auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte (Z 1) zu einem Kindergarten (Kindertagesstätte, fremde Obhut) oder zu einer Schule, um das Kind (§ 252 Abs. 1) oder

Vorgeschlagene Fassung**Zahnbehandlung und Zahnersatz****§ 153. (1) und (2) ...**

(3) Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der dazugehörigen Gewebe werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1), Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Wahldentisten/Wahldentistinnen (§ 131 Abs. 1), in eigens hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsträger oder in Vertragseinrichtungen gewährt. § 135 Abs. 2 erster und zweiter Satz gelten entsprechend. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen und Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. Werden in Ambulatorien Leistungen erbracht, die zwar nicht Gegenstand des Gesamtvertrages aber in der Satzung vorgesehen sind, so sind kostendeckende Kostenbeiträge der Versicherten vorzusehen.

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

(4) bis (5) ...

Arbeitsunfall**§ 175. (1) ...**

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

1. bis 9. ...
10. auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte (Z 1) mit dem Zweck, ein Kind (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6) zu einer Kinderbetreuungseinrichtung, zur Tagesbetreuung, in fremde

Geltende Fassung

den Schüler (die Schülerin) (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h) eines (einer) Versicherten dorthin zu bringen oder von dort abzuholen, wenn dem (der) Versicherten die gesetzliche Aufsicht obliegt.

(3) bis (6) ...

Arbeitsunfällen gleichgestellte Unfälle

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

1. ...
2. bei der Rettung eines Menschen aus tatsächlicher oder vermuteter Lebensgefahr oder dem Versuch einer solchen Rettung, bei Herbeiholung eines Arztes oder eines Sanitäters im Sinne des Sanitätergesetzes oder einer Hebamme zu einer dringenden Hilfeleistung, bei der Suche nach vermißten Personen, bei der Hilfeleistung in sonstigen Unglücksfällen oder allgemeiner Gefahr oder Not, bei der Herbeiholung eines Seelsorgers zu einem in Lebensgefahr befindlichen Erkrankten oder Verunglückten, bei der Heranziehung zu Blutspenden oder bei angemessener Unterstützung der Amtshandlung eines Sicherheitsorganes, in allen diesen Fällen jedoch nur, wenn keine besondere rechtliche Verpflichtung zu diesen Leistungen besteht;

3. bis 13. ...

(2) bis (5) ...

Vorgeschlagene Fassung

Obhut oder zu einer Schule zu bringen oder von dort abzuholen, sofern für das Kind eine Aufsichtspflicht besteht.

(3) bis (6) ...

Arbeitsunfällen gleichgestellte Unfälle

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

1. ...
2. bei der Rettung eines Menschen aus tatsächlicher oder vermuteter Lebensgefahr oder dem Versuch einer solchen Rettung, bei Herbeiholung eines Arztes oder eines Sanitäters im Sinne des Sanitätergesetzes oder einer Hebamme zu einer dringenden Hilfeleistung, bei der Suche nach vermißten Personen, bei der Hilfeleistung in sonstigen Unglücksfällen oder allgemeiner Gefahr oder Not, bei der Herbeiholung eines Seelsorgers zu einem in Lebensgefahr befindlichen Erkrankten oder Verunglückten, bei der Heranziehung zu Blutspenden oder bei angemessener Unterstützung der Amtshandlung eines Sicherheitsorganes, in allen diesen Fällen jedoch nur, wenn nicht nach anderen unfallversicherungs- oder unfallfürsorgerechtlichen Bestimmungen ein Leistungsanspruch besteht;

3. bis 13. ...

(2) bis (5) ...

Ersatzanspruch der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

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

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

Geltende Fassung**Gesamtvertrag über den Tätigkeitsumfang der Zahnambulatorien und über Richttarife für den feststehenden Zahnersatz**

§ 343c. (1) Zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Zahnärztekammer ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der

1. den Tätigkeitsumfang der Zahnambulatorien, soweit dieser über den in den Satzungen und Verträgen (§ 341) festgesetzten Tätigkeitsumfang hinausgeht, eingrenzt und
2. Richttarife festsetzt, die dem Versicherten von Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen (Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Vertrags-Gruppenpraxen) für Leistungen des feststehenden Zahnersatzes in Rechnung gestellt werden dürfen.

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

Schlußbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 138/1998 (55. Novelle)

§ 575. (1) bis (16) ...

(16a) Besteht am 1. Jänner 1999 kein Gesamtvertrag gemäß § 343c Abs. 1 Z 1 und 2, so dürfen die Zahnambulatorien ab diesem Zeitpunkt Leistungen des feststehenden Zahnersatzes so lange erbringen, als kein solcher Gesamtvertrag besteht. Die Krankenversicherungsträger haben sich bei der Leistungserbringung des feststehenden Zahnersatzes auf ständige Ambulatoriumspatienten, auf Patienten mit besonderen medizinischen Indikationen sowie auf Patienten in geringen Einkommens- bzw. Vermögensverhältnissen zu konzentrieren. Die Krankenversicherungsträger dürfen in den Zahnambulatorien im Bereich des feststehenden Zahnersatzes keine kosmetischen Luxusleistungen, ebenso keine umfangreichen feststehenden Zahnersatzkonstruktionen erbringen, die als Gesamtarbeit wegen ihrer Größe ein außergewöhnliches Risiko darstellen.

(17) ...

Vorgeschlagene Fassung

(3) Der Aufwendersatz hat quartalsmäßig jeweils bis zum Ende des Folge-monats nach entsprechender Rechnungslegung nach § 182b GSVG zu erfolgen.

Gesamtvertrag über den Tätigkeitsumfang der Zahnambulatorien und über Richttarife für den feststehenden Zahnersatz

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

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

Schlußbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 138/1998 (55. Novelle)

§ 575. (1) bis (16) ...

(17) ...

Geltende Fassung		Vorgeschlagene Fassung	
Anlage 1		Anlage 1	
Liste der Berufskrankheiten (§ 177)		Liste der Berufskrankheiten (§ 177)	
20	Erkrankungen durch Erschütterung der Arbeit mit Preßluftwerkzeugen Unternehmen und gleichartig wirkenden Werkzeugen und Maschinen (wie Z B. Motorsägen) sowie durch Arbeit an Anklöpfmaschinen	20	Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen sowie andere Erkrankungen durch Erschütterung der Arbeit mit Preßluftwerkzeugen Unternehmen und gleichartig wirkenden Werkzeugen und Maschinen (wie Z B. Motorsägen) sowie durch Arbeit an Anklöpfmaschinen
	Alle Unternehmen		Alle Unternehmen
22	Drucklähmungen der Nerven	22	Druckschädigung der Nerven
	Alle Unternehmen		Alle Unternehmen
23	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel der Knie- oder Ellbogengelenke durch ständigen Druck oder ständige Erschütterung	23	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel, der Sehnenscheiden und des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- und Muskelansätze durch ständigen Druck oder ständige Erschütterung
	Alle Unternehmen		Alle Unternehmen
26	a) Staublungenerkrankungen (Silikose oder Silikato- tose) mit objektiv feststellbarer Leistungsminde- rung von Atmung oder Kreislauf b) Staublungenerkrankung in Verbindung mit aktiv- fortschreitender Lungentuberkulose (Siliko- Tuberkulose)	26	a) Staublungenerkrankungen (Silikose oder Silika- tose) mit objektiv feststellbarer Leistungsminde- rung von Atmung oder Kreislauf b) Staublungenerkrankung in Verbindung mit aktiv- fortschreitender Lungentuberkulose (Siliko- Tuberkulose) c) Bösartige Neubildungen der Lunge durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid bei Silikose
	Alle Unternehmen		Alle Unternehmen
30	Durch allergisierende Stoffe verursachte Erkrankun- gen an Asthma bronchiale, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender Tätigkeiten zwingen	30	Durch allergisierende Stoffe verursachte Erkrankun- gen an Asthma bronchiale (einschließlich Rhino- pathie), wenn und solange sie zur Aufgabe schädigen- der Tätigkeiten zwingen
	Alle Unternehmen		Alle Unternehmen

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012
(79. Novelle)**

§ 670. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2013 die §§ 5 Abs. 2, die Überschrift zu § 31c, 31c Abs. 2 und Abs. 3, 81 Abs. 1, 90a, 107 Abs. 1, 123 Abs. 9 und 10, 153 Abs. 3 und 3a, 175 Abs. 2 Z 10, 176 Abs. 1 Z 2, 319b, 343c Abs. 1 und 2 sowie die Nr. 20, 22, 23, 26 und 30 der Anlage 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012;

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

2. rückwirkend mit 1. Jänner 2011 § 139 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2004 § 31 Abs. 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012.

(2) Leidet der (die) Versicherte am 1. Jänner 2013 an einer Krankheit, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2012 als Berufskrankheit gilt, oder ist er (sie) vor dem 1. Jänner 2013 an einer solchen Krankheit gestorben, so sind an ihn (sie) oder an seine (ihre) Hinterbliebenen die Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist; die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 2013 zu erbringen, wenn der Antrag bis zum Ablauf des 31. Dezember 2014 gestellt wird; wird der Antrag nach dem 31. Dezember 2014 gestellt, so gebühren die Leistungen frühestens ab dem Tag der Antragstellung.

(3) Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hat gemeinsam mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt zum 31. März 2016 eine Evaluierung der Aufwendungen, die durch die Einführung der Unterstützungsleistungen bei lang andauernder Krankheit nach § 104a bis zum 31. Dezember 2015 entstanden sind, vorzunehmen. Der Evaluierungsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.

Artikel 2**Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (41. Novelle zum GSVG)****Ausnahmen von der Pflichtversicherung****§ 4. (1) ...**

(2) Von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung sind überdies ausgenommen:

1. Personen, die nach § 2 Abs. 1 Z 4 pflichtversichert sind, für die Dauer einer Selbstversicherung nach § 16 ASVG; diese Ausnahme besteht längstens bis zum Beginn des Leistungsanspruches nach § 54;

2. ...

(3) ...

(4) Personen, die die Voraussetzungen für eine Ausnahme von der Pflichtversicherung nach Abs. 2 wegen einer Pflichtversicherung in einer anderen ge-

Ausnahmen von der Pflichtversicherung**§ 4. (1) ...**

(2) Von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung sind überdies ausgenommen:

2. ...

(3) ...

Geltende Fassung

setzlichen Krankenversicherung oder wegen einer Mitgliedschaft zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers erfüllen, können die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz über Antrag aufrechterhalten bzw. begründen. Der Antrag ist innerhalb von zwei Monaten nach Verständigung des Versicherten vom Eintritt des Ausnahmegrundes beim Versicherungsträger einzubringen. Auf eine solche Versicherung, die im Falle einer vorangegangenen Pflichtversicherung an diese zeitlich anschließt und solange dauert, wie die für den Bestand der beendeten bzw. nicht entstandenen Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz maßgeblichen Voraussetzungen weiterhin zutreffen, sind die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung anzuwenden

(5) War die Pflichtversicherung in einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung bzw. die Mitgliedschaft zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers nicht länger als sechs Monate unterbrochen oder waren die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz nicht länger als sechs Monate weggefallen, so lebt die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz im Sinne des Abs. 4 wieder auf.

Zusatzversicherung

§ 9. (1) Die gemäß § 2 Abs. 1 Pflichtversicherten können bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres für ihre Person eine Zusatzversicherung auf Kranken- und Taggeld abschließen. (6.Nov., BGBl. Nr. 359/1982, Art. II Z 1) - 1.7.1982.

(2) ...

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

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

in allen Fällen jedoch spätestens mit dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung gemäß § 7 Abs. 1 Z 1 bis 5 und 7.

Selbstversicherung in der Krankenversicherung

§ 14a. (1) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruf-

Vorgeschlagene Fassung**Zusatzversicherung**

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

(2) ...

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

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

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

Selbstversicherung in der Krankenversicherung

§ 14a. (1) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruf-

Geltende Fassung

lichen Vertretung gemäß § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung

1. ...
2. ausgenommen waren und auf Grund einer freiberuflichen Erwerbstätigkeit eine nicht die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Pension nach diesem Bundesgesetz, dem FSVG oder dem NVG 1972 und/oder eine Alters(Todes)versorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beziehen, können sich auf Antrag in der Krankenversicherung selbstversichern. Dies gilt auch für Bezieher einer Hinterbliebenenpension bzw. einer Hinterbliebenenversorgungsleistung.

(2) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung gemäß § 5 von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung ausgenommen und auf Grund einer freiberuflichen Erwerbstätigkeit gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 pflichtversichert waren, können sich auf Antrag in der Krankenversicherung selbstversichern, wenn sie eine Alters(Todes)versorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer (vormaligen) gesetzlichen beruflichen Vertretung beziehen. Dies gilt auch für Bezieher einer Hinterbliebenenversorgungsleistung.

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

Vorgeschlagene Fassung

lichen Vertretung gemäß § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung

1. ...
2. ausgenommen waren und auf Grund einer freiberuflichen Erwerbstätigkeit eine nicht die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Pension nach diesem Bundesgesetz, dem FSVG oder dem NVG 1972 und/oder eine Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beziehen, können sich auf Antrag in der Krankenversicherung selbstversichern. Dies gilt auch für Bezieher einer Hinterbliebenenpension bzw. einer Hinterbliebenenversorgungsleistung.

(2) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung gemäß § 5 von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung ausgenommen und auf Grund einer freiberuflichen Erwerbstätigkeit gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 pflichtversichert waren, können sich auf Antrag in der Krankenversicherung selbstversichern, wenn sie eine Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer (vormaligen) gesetzlichen beruflichen Vertretung beziehen. Dies gilt auch für Bezieher einer Hinterbliebenenversorgungsleistung.

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

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

(5) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen

Geltende Fassung

Pflichtversicherung in der Krankenversicherung trotz Ausnahme für die Berufsgruppen gemäß § 5

§ 14b. (1) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung gemäß § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen sind, unterliegen dann auf Grund ihrer freiberuflichen Erwerbstätigkeit in der Krankenversicherung der Pflichtversicherung, wenn sie

1. eine andere Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründet, ausüben oder
2. eine die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Pension nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz beziehen

und sie nicht einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beigetreten sind. Dies gilt auch für Bezieher einer Hinterbliebenenpension bzw. einer Hinterbliebenenversorgungsleistung.

(2) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung gemäß § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen waren und auf Grund einer freiberuflichen Erwerbstätigkeit eine nicht die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Pension nach diesem Bundesgesetz, dem FSVG oder dem NVG 1972 und/oder eine Alters(Todes)versorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beziehen, sind dann auf Grund dieser Pension und/oder Alters(Todes)versorgungsleistung in der Krankenversicherung pflichtversichert,

Vorgeschlagene Fassung

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

Pflichtversicherung in der Krankenversicherung trotz Ausnahme für die Berufsgruppen gemäß § 5

§ 14b. (1) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung nach § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen sind, unterliegen dann auf Grund ihrer freiberuflichen Erwerbstätigkeit in der Krankenversicherung der Pflichtversicherung, wenn sie

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

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

(2) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung gemäß § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen waren und auf Grund einer freiberuflichen Erwerbstätigkeit eine nicht die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Pension nach diesem Bundesgesetz, dem FSVG oder dem NVG 1972 und/oder eine Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beziehen, sind dann auf Grund dieser Pension und/oder Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung in

Geltende Fassung

wenn sie eine Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründet, ausüben und sie nicht einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung unterliegen. Dies gilt auch für Bezieher einer Hinterbliebenenpension bzw. einer Hinterbliebenenversorgungsleistung.

(3) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung gemäß § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen waren, sind dann in der Krankenversicherung pflichtversichert, wenn sie auf Grund ihrer freiberuflichen Erwerbstätigkeit eine Alters(Todes)versorgungsleistung beziehen, nicht aber einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung unterliegen und sie auf Grund einer anderen Erwerbstätigkeit eine Pension beziehen, die die Krankenversicherung der Pensionisten begründet. Dies gilt auch für Bezieher einer Hinterbliebenenpension bzw. einer Hinterbliebenenversorgungsleistung.

Beginn und Ende der Selbstversicherung

§ 14c. (1) Die Selbstversicherung nach § 14a beginnt mit dem Zeitpunkt, den der Versicherte wählt. Im Falle des § 14a Abs. 3 beginnt sie im Anschluss an eine Pflichtversicherung nach § 14b Abs. 1 Z 1.

(2) Die Selbstversicherung endet

- 1 im Falle des § 14a Abs. 1 Z 1 und Abs. 3 mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Kammermitgliedschaft endet; im Falle des § 14a Abs. 3 auch mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem der/die Versicherte einer Krankenvorsorgeeinrichtung seiner gesetzlichen beruflichen Vertretung beigetreten ist.
2. im Falle des § 14a Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 mit dem Wegfall der Pension bzw. der Altersversorgungsleistung oder mit dem Tod des Pensions-

Vorgeschlagene Fassung

der Krankenversicherung pflichtversichert, wenn sie eine Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründet, ausüben und sie nicht einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung unterliegen. Dies gilt auch für Bezieher einer Hinterbliebenenpension bzw. einer Hinterbliebenenversorgungsleistung.

(3) Personen, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung gemäß § 5 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen waren, sind dann in der Krankenversicherung pflichtversichert, wenn sie auf Grund ihrer freiberuflichen Erwerbstätigkeit eine Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung beziehen, nicht aber einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung unterliegen und sie auf Grund einer anderen Erwerbstätigkeit eine Pensions(Ruhegenuss)leistung beziehen, die die Krankenversicherung der Pensionisten/innen begründet. Dies gilt auch für Bezieher einer Hinterbliebenenpension bzw. einer Hinterbliebenenversorgungsleistung.

Beginn und Ende der Selbstversicherung

§ 14c. (1) Die Selbstversicherung nach § 14a beginnt

1. mit dem Zeitpunkt, den der Versicherte wählt;
2. im Falle des § 14a Abs. 3 im Anschluss an eine Pflichtversicherung nach § 14b Abs. 1 Z 1 oder Z 3;
3. im Falle des § 14a Abs. 4 im Anschluss an eine Selbstversicherung nach § 16 ASVG;
4. im Falle des § 14a Abs. 5 im Anschluss an eine Pflichtversicherung nach § 14b Abs. 2.

(2) Die Selbstversicherung endet

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

Geltende Fassung

bzw. Versorgungsleistungsbeziehers;

3. ...

Beginn und Ende der Pflichtversicherung

§ 14d. (1) Die Pflichtversicherung gemäß § 14b beginnt mit der Aufnahme der Erwerbstätigkeit bzw. mit dem Anfall der Pension oder der Alters(Todes)versorgungsleistung.

(2) Die Pflichtversicherung endet

1. im Falle des § 14b Abs. 1 Z 1 und Abs. 2 mit Aufgabe der die Pflichtversicherung begründenden Erwerbstätigkeit;
2. im Falle des § 14b Abs. 1 Z 2 und Abs. 3 mit dem Wegfall der Pension bzw. der Altersversorgungsleistung oder mit dem Tod des Pensions- bzw. Versorgungsleistungsbeziehers.

Beitragsgrundlage

§ 14e. Hinsichtlich der Beitragsgrundlage für Versicherte gemäß den §§ 14a und 14b sind die für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Z 4 maßgeblichen Bestimmungen der §§ 25ff. anzuwenden, wobei als Beitragsgrundlage gilt:

1. ...
2. bei ausschließlichem Bezug einer Alters(Todes)versorgungsleistung aus einer Einrichtung einer gesetzlichen beruflichen Vertretung, diese Leistung, jedoch höchstens in der Höhe von 80 % der höchstmöglichen gesetzlichen Pensionsbemessungsgrundlage;
3. in allen übrigen Fällen jene Einkünfte (§ 25) und/oder jene Pensionsleistungen und/oder jene Alters(Todes)versorgungsleistungen, welche auf

Vorgeschlagene Fassung

sorgungsleistung;

3. ...

Beginn und Ende der Pflichtversicherung

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

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

(2) Die Pflichtversicherung endet

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

Beitragsgrundlage

§ 14e. Hinsichtlich der Beitragsgrundlage für Versicherte gemäß den §§ 14a und 14b sind die für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Z 4 maßgeblichen Bestimmungen der §§ 25ff. anzuwenden, wobei als Beitragsgrundlage gilt:

1. ...
2. bei ausschließlichem Bezug einer Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung aus einer Einrichtung einer gesetzlichen beruflichen Vertretung, diese Leistung, jedoch höchstens in der Höhe von 80 % der höchstmöglichen gesetzlichen Pensionsbemessungsgrundlage;
3. in allen übrigen Fällen jene Einkünfte (§ 25) und/oder jene Pensionsleistungen und/oder jene Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversor-

Geltende Fassung

Grund einer Tätigkeit bezogen werden, die auf Grund einer Ausnahme gemäß § 5 nicht die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründet; bei Bezug einer Pensionsleistung und einer Alters(Todes)versorgungsleistung jedoch höchstens in der Höhe von 80 % der höchstmöglichen gesetzlichen Pensionsbemessungsgrundlage.

Beitragssatz

§ 14f. (1) Für die Dauer der Versicherung in der Krankenversicherung haben die Versicherten

1. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 1 und Abs. 3 sowie 14b Abs. 1 und Abs. 3 als Beitrag 7,05 %,
 2. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 2 und 14b Abs. 2, sofern sie auf Grund ihrer freiberuflichen Erwerbstätigkeit auch von der Pensionsversicherung gemäß § 5 ausgenommen waren, als Beitrag 7,05 %, in allen übrigen Fällen 6,4 % und
 3. ...
- (2) ...

Beiträge zur Zusatzversicherung in der Krankenversicherung

§ 31. (1) ...

(2) Der Beitrag gemäß Abs. 1 ist durch die Satzung festzusetzen. Er darf höchstens 100% des Beitrages der Versicherten zur Pflichtversicherung auf Grund der vorläufigen Beitragsgrundlage (§ 25a) betragen. Die Beiträge sind so festzusetzen, daß mit dem sich hieraus ergebenden Beitragsaufkommen der laufende Aufwand der Zusatzversicherung gedeckt und weiters die Ansammlung bzw. die Erhaltung einer gesonderten Barreserve in der Höhe des dreifachen durchschnittlichen Monatsaufwandes der Zusatzversicherung der letzten zwei Geschäftsjahre sichergestellt erscheint.

Verwendung der Mittel

§ 43. (1) Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorge-

Vorgeschlagene Fassung

gungsleistungen, welche auf Grund einer Tätigkeit bezogen werden, die auf Grund einer Ausnahme gemäß § 5 nicht die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründet; bei Bezug einer Pensionsleistung und einer Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung jedoch höchstens in der Höhe von 80 % der höchstmöglichen gesetzlichen Pensionsbemessungsgrundlage.

Beitragssatz

§ 14f. (1) Für die Dauer der Versicherung in der Krankenversicherung haben die Versicherten

1. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 1, Abs. 3 und 4 sowie 14b Abs. 1 und Abs. 3 als Beitrag 7,05 %,
 2. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 2, 14a Abs. 5 und 14b Abs. 2, sofern sie auf Grund ihrer freiberuflichen Erwerbstätigkeit auch von der Pensionsversicherung gemäß § 5 ausgenommen waren, als Beitrag 7,05 %, in allen übrigen Fällen 6,4 % und
 3. ...
- (2) ...

Beiträge zur Zusatzversicherung in der Krankenversicherung

§ 31. (1) ...

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

Verwendung der Mittel

§ 43. (1) Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorge-

Geltende Fassung

schriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat der Versicherungsträger ein Mal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) ...

Aufgaben

§ 78. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. ...
 2. für die Versicherungsfälle der Krankheit und der Mutterschaft;
 3. bis 5. ...
- (2) bis (5) ...

Leistungen

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

1. und 2.
 3. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft: Mutterschaftsleistungen (§§ 102, 102a und 102d);
 4. ...
- (2) Bei Bestand einer Zusatzversicherung (§ 9) sind Leistungen nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 105 bis 108 zu gewähren.
- (3) ...

Vorgeschlagene Fassung

schriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat der Versicherungsträger ein Mal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren. Die jährliche Information kann auch im elektronischen Weg unter Beachtung des DSG 2000 erfolgen, solange sich der jeweilige Versicherte nicht dagegen ausspricht.

(2) ...

Aufgaben

§ 78. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. ...
 2. für die Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und der Mutterschaft;
 3. bis 5. ...
- (2) bis (5) ...

Leistungen

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

1. und 2.
 3. aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit: Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit (§ 104a);
 - 3a. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft: Mutterschaftsleistungen (§§ 102, 102a und 102d);
 4. ...
- (2) Bei Bestand einer Zusatzversicherung (§ 9) sind Leistungen nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 105 bis 107 zu gewähren.
- (3) ...

Geltende Fassung
Eintritt des Versicherungsfalles

§ 80. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten

1. ...

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.

Anspruchsberechtigung

§ 82. (1) bis (4) ...

(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) ...

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 83. (1) bis (5) ...

(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 d) ...

- e) der Versicherungspflicht gemäß § 3 des Notarversicherungsgesetzes 1972 unterliegt oder eine Pension nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 bezieht.

Vorgeschlagene Fassung
Eintritt des Versicherungsfalles

§ 80. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten

1. ...

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.

Anspruchsberechtigung

§ 82. (1) bis (4) ...

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

(6) ...

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 83. (1) bis (5) ...

(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 d) ...

- e) der Versicherungspflicht gemäß § 3 des Notarversicherungsgesetzes 1972 unterliegt oder eine Pension nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 bezieht oder

Geltende Fassung

(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) bis (10) ...

Optionsmöglichkeit für Sach- bzw. Geldleistungsberechtigte

§ 85a. (1) ...

(2) Versicherte, für die auf Grund gesamtvertraglicher und satzungsmäßiger Regelungen anstelle der Sachleistungen bare Leistungen nach § 85 Abs. 3 zweiter Satz gewährt werden, sind, soweit die Satzung dies vorsieht, berechtigt, über Antrag gegen Entrichtung eines Zusatzbeitrages

1. Sachleistungen nach § 85 Abs. 3 erster Satz oder
2. Sachleistungen nach § 85 Abs. 3 erster Satz unter Beibehaltung der Geldleistungen nach § 96 Abs. 2

in Anspruch zu nehmen. Für die Höhe des jeweiligen Zusatzbeitrages gilt Abs. 1 zweiter Satz entsprechend. Für Beginn und Ende dieser Berechtigung gilt Abs. 1 dritter Satz entsprechend.

(3) ...

Vorgeschlagene Fassung

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

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

(8) bis (10) ...

Optionsmöglichkeit für Sach- bzw. Geldleistungsberechtigte

§ 85a. (1) ...

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

(3) ...

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung****3. Unterabschnitt****Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit****Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit**

§ 104a. (1) Versicherte nach §§ 2 Abs. 1 Z 1 bis 4, 3 Abs. 1 Z 2 sowie 14a und 14b haben nach Maßgabe der folgenden Absätze bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, wenn und solange der Versicherte infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr der Verschlechterung seines Zustandes oder der Erkrankung seiner bisherigen Erwerbstätigkeit nachgehen kann, ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf eine tägliche Unterstützungsleistung in der Höhe von 26,97 €. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2013, der unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 47) vervielfachte Betrag.

(2) Anspruch auf Unterstützungsleistung haben

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

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

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

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

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

(6) Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft die Daten zur Feststellung der Betriebsgröße nach Abs. 2 Z 1 elektronisch zur Verfügung zu stellen.

Ruhen des Anspruches auf Unterstützungsleistung

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

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

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

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

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

Geltende Fassung**3. Unterabschnitt****Leistungen bei Bestand einer Zusatzversicherung auf Kranken- und Taggeld****Umfang der Leistungen; Anspruchsberechtigung**

§ 105. (1) Die Leistungen bei Bestand einer Zusatzversicherung auf Kranken- und Taggeld (§ 9) umfassen

1. Krankengeld gemäß § 106;
2. Taggeld gemäß § 108.

(2) Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen gemäß Abs. 1 entsteht nach Ablauf von sechs Monaten ab Beginn der Zusatzversicherung. Das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt, wenn die Leistung gemäß Abs. 1 infolge eines Arbeitsunfalles, der nach dem Antrag auf Zusatzversicherung eingetreten ist, gebührt. Bei Feststellung der Anspruchsberechtigung hat eine Unterbrechung der Zusatzversicherung wegen einer Ausnahme von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung in der Dauer von weniger als 12 Monaten außer Betracht zu bleiben. Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Zusatzversicherung endet mit dem Ende der Zusatzversicherung.

Krankengeld

§ 106. (1) Bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gebührt vom vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit an ein tägliches Krankengeld.

(2) Die anspruchsberechtigten Versicherten haben den Beginn der ärztlicherseits festgestellten Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit dem Versicherungsträger innerhalb einer Woche zu melden.

Vorgeschlagene Fassung**4. Unterabschnitt****Leistungen bei Bestand einer Zusatzversicherung auf Krankengeld****Leistung, Anspruchsberechtigung**

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

(2) Die Anspruchsberechtigung auf Krankengeld nach Abs. 1 entsteht nach Ablauf von sechs Monaten ab Beginn der Zusatzversicherung. Das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt, wenn Krankengeld infolge eines Arbeitsunfalles, der nach dem Antrag auf Zusatzversicherung eingetreten ist, gebührt. Bei Feststellung der Anspruchsberechtigung hat eine Unterbrechung der Zusatzversicherung wegen einer Ausnahme von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung in der Dauer von weniger als 12 Monaten außer Betracht zu bleiben. Die Anspruchsberechtigung auf Krankengeld endet mit dem Ende der Zusatzversicherung.

Krankengeld

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

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

Geltende Fassung

(3) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn und solange der Anspruchsberechtigte infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr der Verschlechterung seines Zustandes oder der Erkrankung fähig ist, seiner bisherigen Beschäftigung nachzugehen.

(4) Krankengeld ist bis zur Höchstdauer von 26 Wochen für ein und dieselbe Krankheit, auch wenn während dieser Zeit zu der Krankheit, für die Krankengeld zuerst gewährt wurde, eine neue Krankheit hinzugetreten ist, zu gewähren. Werden anspruchsberechtigte Versicherte nach Beendigung des Krankengeldbezuges vor Ablauf der Höchstdauer neuerlich, und zwar innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, infolge der Krankheit, für die bereits Krankengeld gewährt wurde, arbeitsunfähig, so sind diese Zeiten zur Feststellung der Höchstdauer zusammenzurechnen.

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

(6) Die Satzung kann die im Abs. 4 vorgesehene Höchstdauer auf 52 Wochen verlängern.

(7) Das tägliche Krankengeld wird durch die Satzung festgesetzt und darf 80 v. H. der vorläufige Beitragsgrundlage (§ 25a), geteilt durch 30, nicht überschreiten.

Vorgeschlagene Fassung

Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherungsträger unverzüglich mitzuteilen.

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

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

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

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

Geltende Fassung**Ruhen des Anspruches auf Krankengeld**

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

1. solange die Arbeitsunfähigkeit dem Versicherungsträger nicht gemeldet ist;
2. solange der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers bzw. eines Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren einem Versicherungsträger gegenüber hat, für die Dauer dieses Aufenthaltes.

(2) Das Ruhen gemäß Abs. 1 Z 1 tritt nicht ein, wenn die Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach Beginn gemeldet wird. In Fällen, in denen die persönlichen Verhältnisse des Versicherten oder das Vorliegen besonderer Gründe für die nicht rechtzeitige Meldung der Arbeitsunfähigkeit es gerechtfertigt erscheinen lassen, kann die Satzung das Krankengeld bei nicht rechtzeitiger Meldung auch für die zurückliegende Zeit, für längstens vier Wochen vor der Meldung, vorsehen.

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

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

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

Vorgeschlagene Fassung**Ruhen des Anspruches auf Krankengeld**

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

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

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

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

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

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

Ermittlung des Aufwändersatzes für Unterstützungsleistungen nach § 104a

§ 182b. Zur Ermittlung des Aufwändersatzes nach § 319b ASVG für Unterstützungsleistungen nach § 104a hat der Versicherungsträger einen eigenen Re-

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

chenkreis und eine nach Einzelfällen aufgegliederte Dokumentation vorzusehen. Der Versicherungsträger hat weiters quartalsmäßig, erstmals zum Stichtag 31. März 2013, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt eine Aufstellung über die Entwicklung der Krankenstandstage, Krankheitsursachen und Leistungsauszahlungen (Fallmanagement) zu übermitteln. Der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt ist auf Verlangen Einsicht in die Unterlagen zu gewähren.

**Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012
(41. Novelle)**

§ 348. (1) Die §§ 9 Abs. 1 und 3, 14a Abs. 1 Z 2, Abs. 2 bis 5, 14b Abs. 1 bis 3, 14c Abs. 1, Abs. 2 Z 1 und Z 2, 14d, 14e Z 2 und 3, 14f Abs. 1 Z 1 und 2, 31 Abs. 2, 43 Abs. 1, 78 Abs. 1 Z 2, 79 Abs. 1 Z 3 und 3a und Abs. 2, 80 Abs. 1 Z 2 und 3, 82 Abs. 5, 83 Abs. 6 und 7, 85a Abs. 2, der 3. und 4. Unterabschnitt des Abschnittes II des Zweiten Teils sowie § 182b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012 treten mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

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

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

Artikel 3**Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (41. Novelle zum BSVG)****Verwendung der Mittel**

§ 41. (1) Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwe-

Verwendung der Mittel

§ 41. (1) Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwe-

Geltende Fassung

cken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat der Versicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) ...

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 78. (1) bis (5) ...

(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 d) ...

e) der Versicherungspflicht gemäß § 3 des Notarversicherungsgesetzes 1972 unterliegt oder eine Pension nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 bezieht.

(6a) bis (7) ...

(8) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3, Abs. 6a, 6b sowie 7 genannte Person gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet, oder eine Pension auf Grund dieser Erwerbstätigkeit bezieht; dies gilt entsprechend für eine Beschäftigung bei einer internationalen Organisation und den Bezug einer Pension auf Grund dieser Beschäftigung.

(9) und (10) ...

Vorgeschlagene Fassung

cken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat der Versicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren. Die jährliche Information kann auch im elektronischen Weg unter Beachtung des DSG 2000 erfolgen, solange sich der jeweilige Versicherte nicht dagegen ausspricht.

(2) ...

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 78. (1) bis (5) ...

(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 d) ...

e) der Versicherungspflicht gemäß § 3 des Notarversicherungsgesetzes 1972 unterliegt oder eine Pension nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 bezieht oder

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

(6a) bis (7) ...

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

(9) und (10) ...

Geltende Fassung
Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 95. (1) bis (3) ...

(4) Die Kostenerstattung und die Kostenzuschüsse müssen für die entsprechenden Leistungen in den eigenen Einrichtungen, den Vertragseinrichtungen, bei den 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.

(5) bis (7) ...

Arbeitsunfall

§ 148c. (1) ...

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

1. ...
2. auf einen mit einem Weg gemäß Z 1 zusammenhängenden Weg mit dem Zweck, ein Kind zu einem Kindergarten, einem Kinderhort oder einer Schule zu bringen oder von dort zu holen, sofern für das Kind eine Aufsichtspflicht besteht;

3. bis 16. ...

(3) ...

**Schlußbestimmungen zum Abschnitt I des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. 140/1998 (Abschnitt I der 22. Novelle)**

§ 265. (1) bis (10) ...

(11) Besteht am 1. Jänner 1999 kein Gesamtvertrag gemäß § 343c Abs. 1 Z 1 und 2 ASVG, so dürfen die Zahnambulatorien ab diesem Zeitpunkt Leistungen des feststehenden Zahnersatzes so lange erbringen, als kein solcher Gesamtvertrag besteht. Die Krankenversicherungsträger haben sich bei der Leistungserbringung des feststehenden Zahnersatzes auf ständige Ambulatoriumspatienten, auf Patienten mit besonderen medizinischen Indikatoren sowie auf Patienten in

Vorgeschlagene Fassung
Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 95. (1) bis (3) ...

(4) Die Kostenerstattung und die Kostenzuschüsse müssen für die entsprechenden Leistungen in den eigenen Einrichtungen, den Vertragseinrichtungen, bei den Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen und Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein.

(5) bis (7) ...

Arbeitsunfall

§ 148c. (1) ...

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

1. ...
2. auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Betriebs- oder Ausbildungsstätte (Z 1) mit dem Zweck, ein Kind (§ 78 Abs. 2 Z 2 bis 6) zu einer Kinderbetreuungseinrichtung, zur Tagesbetreuung, in fremde Obhut oder zu einer Schule zu bringen oder von dort abzuholen, sofern für das Kind eine Aufsichtspflicht besteht.

3. bis 16. ...

(3) ...

**Schlußbestimmungen zum Abschnitt I des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. 140/1998 (Abschnitt I der 22. Novelle)**

§ 265. (1) bis (10) ...

Geltende Fassung

geringen Einkommens- bzw. Vermögensverhältnissen zu konzentrieren. Die Krankenversicherungsträger dürfen in den Zahnambulatorien im Bereich des festsitzenden Zahnersatzes keine kosmetischen Luxusleistungen, ebenso keine umfangreichen festsitzenden Zahnersatzkonstruktionen erbringen, die als Gesamtarbeit wegen ihrer Größe ein außergewöhnliches Risiko darstellen.

Vorgeschlagene Fassung**Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012 (41. Novelle)**

§ 338. (1) Die §§ 41 Abs. 1 und 78 Abs. 6 und 8, 95 Abs. 4 sowie 148c Abs. 2 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012 treten mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

(2) § 265 Abs. 11 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2012 außer Kraft.

(3) Leidet der (die) Versicherte am 1. Jänner 2013 an einer Krankheit, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2012 als Berufskrankheit gilt, oder ist er (sie) vor dem 1. Jänner 2013 an einer solchen Krankheit gestorben, so sind an ihn (sie) oder an seine (ihre) Hinterbliebenen die Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist; die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 2013 zu erbringen, wenn der Antrag bis zum Ablauf des 31. Dezember 2014 gestellt wird; wird der Antrag nach dem 31. Dezember 2014 gestellt, so gebühren die Leistungen frühestens ab dem Tag der Antragstellung.

Artikel 4**Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (40. Novelle zum B-KUVG)****Ausnahmen von der Krankenversicherung**

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

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

Ausnahmen von der Krankenversicherung

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

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

Geltende Fassung

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

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien,
 Krankenfürsorge der Beamten der Stadtgemeinde Baden,
 Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz,
 Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeinden,
 Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte,
 O.ö. Lehrer-, Kranken- und Unfallfürsorge,
 Krankenfürsorgeanstalt für Beamte des Magistrates Steyr,
 Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels,
 Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz,
 Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadt Villach,
 Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbeamten der Landeshauptstadt Salzburg,
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer,
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten,
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten,
 Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Landeshauptstadt Bregenz,
 Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein;

3. bis 8. ...

(2) ...

Beitragsgrundlage

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

1. für die in § 1 Abs. 1 Z 1 bis 5 und 14 lit. a genannten Versicherten
 - a) ...
 - b) die Haushaltszulage sowie die Kinderzulage,
 - c) bis g) ...
2. bis 8. ...

Vorgeschlagene Fassung

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

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien,
 Krankenfürsorge der Beamten der Stadtgemeinde Baden,
 Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz,
 Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeinden,
 Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte,
 O.ö. Lehrer-, Kranken- und Unfallfürsorge,
 Krankenfürsorgeanstalt für Beamte des Magistrates Steyr,
 Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels,
 Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz,
 Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadt Villach,
 Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbediensteten der Landeshauptstadt Salzburg,
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer,
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten,
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten,

Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein;

3. bis 8. ...

(2) ...

Beitragsgrundlage

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

1. für die in § 1 Abs. 1 Z 1 bis 5 und 14 lit. a genannten Versicherten
 - a) ...
 - b) die Haushaltszulage sowie Kinderzulage und Kinderzuschuss,
 - c) bis g) ...
2. bis 8. ...

Geltende Fassung

(2) bis (8) ...

Verwendung der Mittel

§ 27. (1) Die Mittel der Kranken- und Unfallversicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit der Versicherungsanstalt auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat die Versicherungsanstalt einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) ...

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

§ 49. (1) Zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie der Aufwand für zu Unrecht erbrachte Sachleistungen sind von der Versicherungsanstalt zurückzufordern, wenn der Empfänger die Gewährung der Leistung durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften (§ 15) herbeigeführt hat oder wenn der Empfänger erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte.

(2) bis (5) ...

Anspruchsberechtigung der Angehörigen

§ 56. (1) bis (8) ...

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

a) bis d) ...

e) der Versicherungspflicht gemäß § 3 des Notarversicherungsgesetzes 1972 unterliegt oder eine Pension nach dem Notarversicherungsgesetz

Vorgeschlagene Fassung

(2) bis (8) ...

Verwendung der Mittel

§ 27. (1) Die Mittel der Kranken- und Unfallversicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit der Versicherungsanstalt auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat die Versicherungsanstalt einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren. Die jährliche Information kann auch im elektronischen Weg unter Beachtung des DSG 2000 erfolgen, solange sich der jeweilige Versicherte nicht dagegen ausspricht.

(2) ...

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

§ 49. (1) Zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie der Aufwand für zu Unrecht erbrachte Sachleistungen sind von der Versicherungsanstalt zurückzufordern, wenn der Empfänger die Gewährung der Leistung durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften (§ 15) herbeigeführt hat oder wenn der Empfänger erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte. Geldleistungen sind ferner zurückzufordern, wenn und soweit nachträglich Tatsachen hervorkommen, deren Kenntnis zu keiner oder zu einer geringeren Leistung geführt hätte.

(2) bis (5) ...

Anspruchsberechtigung der Angehörigen

§ 56. (1) bis (8) ...

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

a) bis d) ...

e) der Versicherungspflicht gemäß § 3 des Notarversicherungsgesetzes 1972 unterliegt oder eine Pension nach dem Notarversicherungsgesetz

Geltende Fassung

gesetz 1972 bezieht.

(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) ...

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 69. (1) und (2) ...

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen, Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Wahldentisten/Wahldentistinnen 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.

Vorgeschlagene Fassung

gesetz 1972 bezieht oder

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

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

(11) ...

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 69. (1) und (2) ...

(3) Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der dazugehörigen Gewebe werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen, Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Wahldentisten/Wahldentistinnen, in eigens hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsanstalt oder in Vertragseinrichtungen gewährt. § 63 Abs. 2 erster und zweiter Satz gelten 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. Werden in Ambulatorien Leistungen erbracht, die zwar nicht Gegenstand des Gesamtvertrages aber in der Satzung vorgesehen sind, so sind kostendeckende Kostenbeiträge der Versicherten vorzusehen.

Geltende Fassung

(4) bis (7) ...

Dienstunfall**§ 90.** (1) ...

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

1. bis 8. ...

9. auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Dienststätte (Z 1) zu einem Kindergarten (Kindertagesstätte, fremde Obhut) oder zu einer Schule, um das Kind (§ 105 Abs. 2) oder den Schüler (die Schülerin) (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) eines (einer) Versicherten dorthin zu bringen oder von dort abzuholen, wenn dem (der) Versicherten die gesetzliche Aufsicht obliegt.

(3) ...

Kinderzuschuß**§ 105.** (1) und (2) ...

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

1. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, die seine Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Kindeseigenschaft von Kindern, die eine im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992, BGBl. Nr. 305, genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn sie ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376, betreiben;

Vorgeschlagene Fassung

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

(4) bis (7) ...

Dienstunfall**§ 90.** (1) ...

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

1. bis 8. ...

9. auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Dienststätte (Z 1) mit dem Zweck, ein Kind (§ 56 Abs. 2 Z 2 bis 6) zu einer Kinderbetreuungseinrichtung, zur Tagesbetreuung, in fremde Obhut oder zu einer Schule zu bringen oder von dort abzuholen, sofern für das Kind eine Aufsichtspflicht besteht.

(3) ...

Kinderzuschuß**§ 105.** (1) und (2) ...

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

1. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, die seine Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Kindeseigenschaft von Kindern, die eine im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992 genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn für sie

- a) entweder Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 bezogen wird oder
- b) zwar keine Familienbeihilfe bezogen wird, sie jedoch ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 in der Fassung des Bundesge-

Geltende Fassung

2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z 1 genannten Zeitraumes infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig ist.

Schlußbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 142/1998 (26. Novelle)

§ 190. (1) bis (4) ...

(5) Besteht am 1. Jänner 1999 kein Gesamtvertrag gemäß § 343c Abs. 1 Z 1 und 2 ASVG, so dürfen die Zahnambulatorien ab diesem Zeitpunkt Leistungen des festsitzenden Zahnersatzes so lange erbringen, als kein solcher Gesamtvertrag besteht. Die Krankenversicherungsträger haben sich bei der Leistungserbringung des festsitzenden Zahnersatzes auf ständige Ambulatoriumspatienten, auf Patienten mit besonderen medizinischen Indikationen sowie auf Patienten in geringen Einkommens- bzw. Vermögensverhältnissen zu konzentrieren. Die Krankenversicherungsträger dürfen in den Zahnambulatorien im Bereich des festsitzenden Zahnersatzes keine kosmetischen Luxusleistungen, ebenso keine umfangreichen festsitzenden Zahnersatzkonstruktionen erbringen, die als Gesamtarbeit wegen ihrer Größe ein außergewöhnliches Risiko darstellen.

Vorgeschlagene Fassung

- setzes BGBl. Nr. 311/1992 betreiben;
2. als Teilnehmer/in des Freiwilligen Sozialjahres, des Freiwilligen Umweltschutzjahres, des Gedenkdienstes oder des Friedens- und Sozialdienstes im Ausland nach dem Freiwilligengesetz, BGBl. I Nr. 17/2012, tätig ist, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres;
 3. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z 1 oder des in Z 2 genannten Zeitraumes infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig ist.

Schlußbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 142/1998 (26. Novelle)

§ 190. (1) bis (4) ...

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012 (40. Novelle)

§ 232. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2013 die §§ 27 Abs. 1, 49 Abs. 1, 56 Abs. 9 und 10, 69 Abs. 3 und 3a sowie 90 Abs. 2 Z 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012;
2. rückwirkend mit 1. September 2012 § 2 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2012 § 19 Abs. 1 Z 1 lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012;
4. rückwirkend mit 1. Juni 2011 § 105 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2012.

(2) § 190 Abs. 5 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2012 außer Kraft.

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

(3) Leidet der (die) Versicherte am 1. Jänner 2013 an einer Krankheit, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2012 als Berufskrankheit gilt, oder ist er (sie) vor dem 1. Jänner 2013 an einer solchen Krankheit gestorben, so sind an ihn (sie) oder an seine (ihre) Hinterbliebenen die Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist; die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 2013 zu erbringen, wenn der Antrag bis zum Ablauf des 31. Dezember 2014 gestellt wird; wird der Antrag nach dem 31. Dezember 2014 gestellt, so gebühren die Leistungen frühestens ab dem Tag der Antragstellung.