

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 1991

Ausgegeben am 27. Dezember 1991

243. Stück

- 676. Bundesgesetz:** 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (NR: GP XVIII RV 284 AB 311 S. 47. BR: 4139 AB 4156 S. 547.)
- 677. Bundesgesetz:** 18. Novelle zum Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (NR: GP XVIII RV 285 AB 312 S. 47. BR: 4140 AB 4157 S. 547.)
- 678. Bundesgesetz:** 16. Novelle zum Bauern-Sozialversicherungsgesetz und 5. Novelle zum Betriebshilfegesetz (NR: GP XVIII RV 286 AB 313 S. 47. BR: 4141 AB 4158 S. 547.)
- 679. Bundesgesetz:** 21. Novelle zum Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (NR: GP XVIII RV 287 AB 314 S. 47. BR: 4142 AB 4159 S. 547.)
- 680. Bundesgesetz:** 7. Novelle zum Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz — FSVG (NR: GP XVIII RV 288 AB 315 S. 47. BR: AB 4160 S. 547.)
- 681. Bundesgesetz:** Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977, des Arbeitsmarktförderungsgesetzes sowie des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (NR: GP XVIII IA 243/A AB 319 S. 47. BR: 4144 AB 4164 S. 547.)
- 682. Bundesgesetz:** Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 und des Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetzes (NR: GP XVIII IA 245/A AB 321 S. 47. BR: 4146 AB 4166 S. 547.)

676. Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 234/1991, wird in seinem Ersten Teil wie folgt geändert:

1. Im § 5 Abs. 1 Z 3 lit. a wird der Ausdruck „der Zentralsparkasse und Kommerzbank Wien“ durch den Ausdruck „der Z-Länderbank Bank Austria Aktiengesellschaft, der Anteilsverwaltung-Zentralsparkasse“ ersetzt.

1 a. Nach § 16 wird folgender § 16 a eingefügt:

„Selbstversicherung in der Pensionsversicherung

§ 16 a. (1) Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und nicht in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflicht- oder weiterversichert oder die nicht im § 2 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger, BGBl. Nr. 624/1978, angeführt sind, können sich, solange ihr Wohnsitz im Inland

gelegen ist, in der Pensionsversicherung selbstversichern.

(2) Von der Selbstversicherung sind Personen für die Zeit ausgeschlossen, während der sie

1. zu einer Weiterversicherung in der Pensionsversicherung berechtigt sind oder gemäß § 17 Abs. 1 Z 1 berechtigt wären,
2. einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine monatlich wiederkehrende Geldleistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung oder nach einem Sozialhilfegesetz der Länder haben oder
3. in einem öffentlich-rechtlichen oder unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder zu von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen und Fonds stehen, wenn ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenuß zusteht oder die auf Grund eines solchen Dienstverhältnisses einen Ruhe(Versorgungsgenuß) beziehen, der den Leistungen der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz gleichwertig ist (§ 6).

(3) Die Selbstversicherung beginnt, unbeschadet der Bestimmungen des § 225 Abs. 1 Z 3, mit dem Zeitpunkt, den der Versicherte wählt, spätestens jedoch mit dem Monatsersten, der auf die Antragstellung folgt. War der Antragsteller in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz

1. bereits versichert, so ist der Antrag bei dem Träger der Pensionsversicherung einzubringen, bei dem er zuletzt versichert war; war er zuletzt in mehreren Pensionsversicherungen nach diesem Bundesgesetz versichert, steht es ihm frei, für welche der in Betracht kommenden Pensionsversicherungen er sich entscheidet;
2. nicht versichert oder in der Pensionsversicherung nach einem anderen Bundesgesetz versichert, so ist der Antrag bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten einzubringen.

(4) Der Träger der Pensionsversicherung, bei dem nach Abs. 3 der Antrag auf Selbstversicherung in der Pensionsversicherung einzubringen ist, ist zur Durchführung dieser Versicherung zuständig.

(5) Die Selbstversicherung endet, außer mit dem Wegfall der Voraussetzungen, mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der (die) Versicherte seinen (ihren) Austritt erklärt hat.“

2. § 17 Abs. 1 lautet:

„(1) Personen, die

1. a) aus der Pflichtversicherung oder der Selbstversicherung gemäß § 16 a nach diesem Bundesgesetz oder aus einer nach früherer gesetzlicher Regelung ihr entsprechenden Pensions(Renten)versicherung oder aus der Pensionsversicherung für das Notariat ausgeschieden sind oder ausscheiden und die
- b) in den letzten 24 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens zwölf oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden jährlich mindestens drei Versicherungsmonate in einer oder mehreren gesetzlichen Pensionsversicherungen erworben haben,
2. aus einer Versicherung nach Z 1 lit. a einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung, ausgenommen auf eine Hinterbliebenenpension, hatten,

können sich in der Pensionsversicherung weiterversichern, solange sie nicht in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflichtversichert sind oder einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung haben.“

3. § 17 Abs. 4 lautet:

„(4) Das Recht auf Weiterversicherung ist geltend zu machen:

1. in den Fällen des Abs. 1 Z 1 bis zum Ende des sechsten auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung oder der Selbstversicherung gemäß § 16 a folgenden Monats,
2. in den Fällen des Abs. 1 Z 2 bis zum Ende des sechsten auf das Ende des Anspruches auf die laufende Leistung folgenden Monats.

In den Fällen, in denen gemäß § 410 Abs. 1 Z 1 oder 2 ein Bescheid zu erlassen ist, beginnt diese Frist mit dem rechtskräftigen Abschluß des Verfahrens.“

4. § 17 Abs. 5 Einleitung lautet:

„Der im Abs. 1 genannte Zeitraum, in dem mindestens zwölf Versicherungsmonate erworben sein müssen, der im Abs. 3 genannte Zeitraum von 60 Monaten und die im Abs. 4 genannte Frist von sechs Monaten verlängern sich“

5. Im § 17 Abs. 6 erster Satz wird der Ausdruck „120 Versicherungsmonate“ durch den Ausdruck „60 Versicherungsmonate — ausgenommen Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 16 a —“ ersetzt.

6. Im § 18 Abs. 7 wird der Ausdruck „§ 17 Abs. 1 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 17 Abs. 1 Z 1 lit. a“ ersetzt.

7. Im § 18 a Abs. 7 wird der Ausdruck „§ 17 Abs. 1 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 17 Abs. 1 Z 1 lit. a“ ersetzt.

8. § 31 Abs. 2 lautet:

„(2) Dem Hauptverband obliegt

1. die Wahrnehmung der allgemeinen Interessen der Sozialversicherung und die Vertretung der Sozialversicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten,
2. die Forschung auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit.“

9. Im § 31 Abs. 3 wird der Punkt am Ende der Z 22 durch einen Strichpunkt ersetzt.

10. Dem § 31 Abs. 3 wird nach der Z 22 eine Z 23 mit folgendem Wortlaut angefügt:

„23. unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2 Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung aufzustellen. In diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner (§§ 338 ff) verbindlich sind, sind jene Behandlungsmethoden anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (zB für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung des Versicherungsträgers anzuwenden sind. Durch diese Richtlinien darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden.“

11. § 31 Abs. 5 zweiter und dritter Satz lauten:

„Die gemäß Abs. 3 Z 3, 4, 10, 11 lit. a, 13, 15, 16, 21 und 23 aufgestellten Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales, die gemäß Abs. 3 Z 18 aufgestellten Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz. Die gemäß Abs. 3 Z 3, 11 lit. a, 15,

17, 21 und 23 aufgestellten Richtlinien sowie das gemäß Abs. 3 Z 11 lit. b herausgegebene Heilmittelverzeichnis sind in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren.“

12. Im § 31 Abs. 8 vierter Satz wird der Ausdruck „Gerichten und anderen Stellen“ durch den Ausdruck „Gerichten, Universitäten und anderen Stellen“ ersetzt.

15. Dem § 33 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Abweichend von Abs. 1 sind für die nach § 25 Abs. 1 und 4 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1969, pflichtversicherten Bezieher einer Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes die An- und Abmeldung durch Verordnung gemäß § 25 c Abs. 3 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes zu regeln.“

16. § 40 lautet:

„Meldung der Zahlungsempfänger (Leistungswerber)

§ 40. (1) Die Zahlungsempfänger (§ 106) sind verpflichtet, jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung ihres Wohnsitzes bzw. des Wohnsitzes des Anspruchsberechtigten, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, binnen zwei Wochen dem zuständigen Versicherungsträger anzuzeigen. Personen, die Anspruch haben

1. auf Geldleistungen aus den Versicherungsfällen der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der Mutterschaft,
2. auf Pensionen aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der Ansprüche auf Knappschaftspensionen und Knappschaftssold sowie Waisenpensionen,

haben während des Leistungsbezuges jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sowie die Höhe des Erwerbseinkommens und jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens binnen sieben Tagen zu melden, soweit dies für den Fortbestand und das Ausmaß der Bezugsberechtigung maßgebend ist. Einkommensänderungen, die auf Grund der alljährlichen Rentenanpassung in der Kriegsoffer- und Heeresversorgung bewirkt werden, unterliegen nicht der Anzeigeverpflichtung.

(2) Abs. 1 gilt auch für Personen, die eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters beantragt haben, wenn sie vom Versicherungsträger nachweislich über den Umfang ihrer Meldeverpflichtung belehrt wurden.“

17. Im § 41 Abs. 1 erster Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „auch ohne Vordruck schriftlich“ durch den Ausdruck „auch ohne Vordruck schriftlich oder mittels elektronischer Datenträger“ ersetzt.

18. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a wird der Ausdruck „5 vH“ durch den Ausdruck „5,5 vH“ ersetzt.

19. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. b wird der Ausdruck „6,3 vH“ durch den Ausdruck „6,6 vH“ ersetzt.

20. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. c wird der Ausdruck „6,3 vH“ durch den Ausdruck „6,6 vH“ ersetzt.

21. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. d wird der Ausdruck „7,5 vH“ durch den Ausdruck „7,8 vH“ ersetzt.

22. Nach § 51 a wird folgender § 51 b eingefügt:

„Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung

§ 51 b. (1) Für in der Krankenversicherung versicherte Personen ist ein Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der (allgemeinen) Beitragsgrundlage zu leisten. Von diesem Zusatzbeitrag entfallen

1. auf den Pflichtversicherten 0,25 vH,
 2. auf dessen Dienstgeber 0,25 vH
- der allgemeinen Beitragsgrundlage.

(2) Alle für die Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung geltenden Rechtsvorschriften sind, soweit nichts anderes bestimmt wird, auf den Zusatzbeitrag nach Abs. 1 anzuwenden.“

22 a. Im § 54 Abs. 5 wird der Ausdruck „nach § 51 a“ durch den Ausdruck „nach § 51 a und § 51 b“ ersetzt.

23. § 56 a Abs. 2 lautet:

„(2) Der Bund hat an den Versicherungsträger

1. einen Pauschalbetrag in der Höhe von 449 S sowie
2. einen Zusatzbeitrag in der Höhe von 37 S monatlich für jeden Familienangehörigen gemäß § 123 des im ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst stehenden Versicherten (§ 8 Abs. 1 Z 1 lit. c) zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab Beginn eines jeden Beitragsjahres (§ 242 Abs. 6 erster Halbsatz) die unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachten Beträge. Der dreißigste Teil des monatlichen Pauschalbetrages (Zusatzbeitrages) gilt als auf den Tag entfallender Pauschalbetrag (Zusatzbeitrag), der siebenfache Tagespauschalbetrag (Zusatzbeitrag) gilt als auf die Woche entfallender Pauschalbetrag (Zusatzbeitrag).“

23 a. Nach § 63 a wird folgender § 63 b eingefügt:

„Abfuhr der Zusatzbeiträge an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

§ 63 b. Die Träger der Krankenversicherung haben die in einem Kalendermonat bei ihnen eingezahlten Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung bis zum 20. des folgenden Kalendermonates an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447 f) abzuführen. Auf die Abfuhr dieser Zusatzbeiträge ist im übrigen § 63 anzuwenden.“

24. § 68 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt bei Beitragsschuldern und Beitragsmithaftenden binnen drei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge.“

25. § 69 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Das Recht auf Rückforderung verjährt nach Ablauf von fünf Jahren nach deren Zahlung.“

26. Im § 73 Abs. 4 wird der dritte Satz durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Hauptverband teilt die einlangenden Beiträge auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung nach einem Schlüssel auf, der vom Bundesminister für Arbeit und Soziales unter Berücksichtigung des Verhältnisses, in welchem der Pensionsaufwand aller nach Abs. 1 beitragspflichtigen Träger der Pensionsversicherung auf die bei den einzelnen Trägern der Krankenversicherung gemäß

§ 8 Abs. 1 Z 1 lit. a oder d krankenversicherten Personen entfällt, innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden Kalenderjahres mit Verordnung festzusetzen ist. Der Hauptverband hat die vorschußweise einlangenden Beiträge nach dem 20. eines jeden Kalendermonates vorläufig nach einem Schlüssel aufzuteilen und an die zuständigen Träger der Krankenversicherung zu überweisen, der jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr nach den gleichen Grundsätzen wie der endgültige Schlüssel nach den jeweils aktuellsten Daten festzusetzen ist. Der Ausgleich ist innerhalb von drei Monaten nach dem Inkrafttreten der jeweiligen Verordnung vorzunehmen.“

27. Dem § 73 wird folgender Abs. 9 angefügt:

„(9) Abweichend von § 73 Abs. 4 wird die Aufteilung der Beiträge in der Krankenversicherung der Pensionisten (Rentner) auf die Krankenversicherungsträger für die Kalenderjahre 1985 bis 1990 wie folgt festgesetzt:

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1985	1986	1987
Wiener			
Gebietskrankenkasse	31,93417	31,44863	30,84390
Niederösterreichische			
Gebietskrankenkasse	16,64272	16,76266	16,92323
Burgenländische			
Gebietskrankenkasse	2,52712	2,57598	2,64660
Oberösterreichische			
Gebietskrankenkasse	14,95248	15,08610	15,29008
Steiermärkische			
Gebietskrankenkasse	12,10927	12,11266	12,15748
Kärntner			
Gebietskrankenkasse	5,66937	5,74931	5,80497
Salzburger			
Gebietskrankenkasse	4,89322	4,92737	4,94872
Tiroler			
Gebietskrankenkasse	5,52247	5,57068	5,60872
Vorarlberger			
Gebietskrankenkasse	3,04539	3,08146	3,09725

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1988	1989	1990
Wiener			
Gebietskrankenkasse	30,21413	29,68775	29,18969
Niederösterreichische			
Gebietskrankenkasse	17,09285	17,26208	17,41738
Burgenländische			
Gebietskrankenkasse	2,69619	2,74948	2,81013
Oberösterreichische			
Gebietskrankenkasse	15,51708	15,64787	15,76186
Steiermärkische			
Gebietskrankenkasse	12,20956	12,24122	12,26364
Kärntner			
Gebietskrankenkasse	5,87081	5,89547	5,93241

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1988	1989	1990
Salzburger			
Gebietskrankenkasse	4,96794	5,00253	5,03334
Tiroler			
Gebietskrankenkasse	5,62416	5,65178	5,68153
Vorarlberger			
Gebietskrankenkasse	3,11713	3,13799	3,15929

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1985	1986	1987
Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,06918	0,06840	0,06779
Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke	0,24986	0,24445	0,24501
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,01939	0,01907	0,01862
Betriebskrankenkasse der Semperit-AG	0,54328	0,55500	0,56047
Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG für Papierfabrikation	0,08142	0,08139	0,08217
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke — Alpine Stahl Donawitz Ges.m.b.H.	0,55402	0,53250	0,52162
Betriebskrankenkasse Zeltweg der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke — Alpine Maschinen- bau Ges.m.b.H.	0,10335	0,10422	0,10540
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke — Alpine Stahlrohr-Kindberg Ges.m.b.H.	0,09475	0,09862	0,09806
Betriebskrankenkasse Böhler Kapfenberg	0,49054	0,48416	0,48650
Betriebskrankenkasse der Firma Johann Pengg	0,05786	0,05780	0,05843

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1988	1989	1990
Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,06714	0,06712	0,06641
Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke	0,24291	0,24195	0,24049
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,01868	0,01813	0,01721
Betriebskrankenkasse der Semperit-AG	0,56443	0,56915	0,56943
Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG für Papierfabrikation	0,08216	0,08394	0,08576
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke — Alpine Stahl Donawitz Ges.m.b.H.	0,51967	0,52879	0,53797
Betriebskrankenkasse Zeltweg der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke — Alpine Maschinen- bau Ges.m.b.H.	0,10832	0,11219	0,11569

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1988	1989	1990
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke — Alpine Stahlrohr-Kindberg Ges.m.b.H.	0,09770	0,10048	0,10190
Betriebskrankenkasse Böhler Kapfenberg	0,49389	0,50259	0,51306
Betriebskrankenkasse der Firma Johann Pengg	0,05953	0,06138	0,06288

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1985	1986	1987
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	0,01098	0,00958	0,00889
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen	0,42916	0,42996	0,42609

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1988	1989	1990
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	0,00818	0,00725	0,00640
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen	0,42754	0,43086	0,43353

Der Ausgleich ist zusammen mit dem Ausgleich für das Geschäftsjahr 1991 (§ 73 Abs. 4 letzter Satz) vorzunehmen.“

28. § 76 Abs. 1 Z 2 lautet:

„2. im § 16 Abs. 2 bezeichneten Selbstversicherten der Tageswert der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in die der gemäß § 76 a Abs. 3 genannte, jeweils geltende Betrag fällt; an die Stelle dieser Beitragsgrundlage tritt jedoch die Beitragsgrundlage nach Z 1, wenn der Selbstversicherte

- a) ein Einkommen bezieht, das das im § 4 Abs. 4 des Studienförderungsgesetzes 1983 bezeichnete Höchstmaß jährlich überschreitet oder
- b) eine Studiendauer im Sinne des § 2 Abs. 3 des Studienförderungsgesetzes 1983 ohne wichtige Gründe um mehr als vier Semester überschritten hat oder
- c) vor dem gegenwärtigen Studium schon ein Hochschulstudium im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. d des Studienförderungsgesetzes 1983 absolviert hat;

lit. c ist nicht anzuwenden für Hörer (Lehrgangsteilnehmer) der Diplomatischen Akademie sowie für Selbstversicherte, sofern sie während des Hochschulstudiums keine selbstständige oder unselbstständige Erwerbstätigkeit ausüben; eine Erwerbstätigkeit, auf Grund

derer ein Erwerbseinkommen bezogen wird, das das nach § 5 Abs. 2 lit. c jeweils in Betracht kommende Monatseinkommen nicht übersteigt, bleibt hiebei unberücksichtigt.“

29. § 76 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Abs. 2 und 3 gelten nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz berechnet werden.“

30. § 76 a Abs. 1 vierter Satz lautet:

„Hat der (die) Versicherte vor der Weiterversicherung Beitragszeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a erworben, gilt als Beitragsgrundlage für die Weiterversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 76 b Abs. 5; hat der (die) Versicherte vor der Weiterversicherung Beitragszeiten einer Selbstversicherung nach § 18 erworben, gilt als Beitragsgrundlage für die Weiterversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 76 b Abs. 3; hat der (die) Versicherte vor der Weiterversicherung Beitragszeiten einer Selbstversicherung nach § 18 a erworben, gilt als Beitragsgrundlage für die Weiterversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 76 b Abs. 4.“

31. § 76 b Abs. 5 lautet:

„(5) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist für in der Pensionsversicherung gemäß § 16 a Selbstversicherte die um ein Sechstel ihres Betrages

erhöhte halbe Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1). Geht der Selbstversicherung gemäß § 16 a eine Pflichtversicherung voran, so ist die Beitragsgrundlage für den Kalendertag gemäß § 76 a Abs. 1 zu ermitteln. § 76 a Abs. 4 und 5 ist anzuwenden.“

32. § 76 b Abs. 5 (alt) erhält die Bezeichnung 6.

33. § 77 Abs. 1 lautet:

„(1) In der Krankenversicherung ist für Selbstversicherte, ausgenommen für Selbstversicherte nach § 19 a, als Beitragssatz der gleiche Hundertsatz der Beitragsgrundlage wie im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a heranzuziehen. Zahlungen, die für Gruppen von Selbstversicherten von einer Einrichtung zur wirtschaftlichen Selbsthilfe auf Grund einer Vereinbarung mit dem den Beitrag einziehenden Versicherungsträger geleistet werden, sind auf den Beitrag anzurechnen. Für die nach § 19 a Selbstversicherten ist als Beitragssatz ein Hundertsatz der Beitragsgrundlage wie im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bzw. lit. d heranzuziehen, je nachdem, ob sie der Pensionsversicherung der Arbeiter oder einer anderen Pensionsversicherung zugehören (§ 19 a Abs. 5).“

34. § 77 Abs. 2 erster Satz lautet:

„In der Pensionsversicherung beträgt der Beitragssatz

1. für die Weiterversicherung von Personen im Sinne des § 18 Abs. 2, solange die Voraussetzungen nach § 18 Abs. 1 erster und zweiter Satz zutreffen, sowie für die Selbstversicherung gemäß § 18 10,25 vH,
 2. für alle übrigen Weiter- und Selbstversicherten einschließlich der Selbstversicherten gemäß den §§ 16 a und 18 a 22,8 vH
- der Beitragsgrundlage.“

36. Nach § 80 wird folgender § 80 a eingefügt:

„§ 80 a. (1) Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat an den Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger (§ 447 g) 1,5 Milliarden Schilling am 20. November 1992 zu überweisen.

(2) Abweichend von § 80 Abs. 1 leistet der Bund für das Geschäftsjahr 1992 einen Beitrag, der sich gegenüber dem nach § 80 Abs. 1 zu ermittelnden Betrag vermindert:

1. für die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter um 1 050 Millionen Schilling,
2. für die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen um 250 Millionen Schilling,
3. für die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten um 950 Millionen Schilling,
4. für die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues um 350 Millionen Schilling.“

37. Dem § 82 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Soweit der Hauptverband an der Durchführung der der Arbeitsmarktverwaltung bzw. der Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen

Aufgaben durch Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Daten (§ 31 Abs. 3 Z 15) auf automationsunterstütztem Weg mitwirkt, erhält er zur Abgeltung der ihm daraus erwachsenden Kosten eine Vergütung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung bzw. der Arbeitsmarktförderung. Diese ist durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales unter Zugrundelegung der Ergebnisse der Kostenrechnung festzulegen.“

38. Nach § 86 Abs. 4 erster Satz wird folgender Satz eingefügt:

„Wird eine Unfallsanzeige innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles erstattet, so gilt der Zeitpunkt des Einlangens der Unfallsanzeige beim Unfallversicherungsträger als Tag der Einleitung des Verfahrens, wenn dem Versicherten zum Zeitpunkt der späteren Antragstellung oder Einleitung des Verfahrens noch ein Anspruch auf Rentenleistungen zusteht.“

39. Im § 90 Abs. 1 erster Satz entfallen die Worte „sowie für die Dauer des Ruhens des Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z 2“.

40. Im § 90 Abs. 1 zweiter Satz entfallen die Worte „des Ruhens (§ 143 Abs. 1 Z 2)“,“.

41. § 108 a Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist gemäß Abs. 2, 3 und 4 zu errechnen.“

42. § 108 a Abs. 1 dritter Satz entfällt.

43. Im § 108 a Abs. 3 erster Satz entfällt der Ausdruck „des Vergleichsjahres“.

44. § 108 a Abs. 3 zweiter Satz entfällt.

45. § 108 a Abs. 4 wird aufgehoben.

46. § 108 a Abs. 5 (alt) erhält die Bezeichnung 4.

47. Im § 108 a Abs. 4 (neu) erster Satz entfällt der Ausdruck „aus der Summe der unter Bedachtnahme auf die Sonderregelungen für die unterste und oberste Lohnstufe nach Abs. 4 errechneten Beträge für alle Lohnstufen“.

48. § 108 b Abs. 2 erster Satz lautet:

„Für das Kalenderjahr 1992 beträgt der Meßbetrag 1 050,17 S.“

49. Im § 108 c Abs. 1 wird der Ausdruck „der Aufwertungszahl“ durch den Ausdruck „dem Richtwert“ und der Ausdruck „die Aufwertungszahl“ durch den Ausdruck „der Richtwert“ ersetzt.

50. § 108 d lautet:

„Richtwert für die Festsetzung des Anpassungsfaktors

§ 108 d. (1) Für jedes Kalenderjahr ist ein Richtwert zu ermitteln, welcher durch Teilung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des zweitvor-

angegangenen Kalenderjahres (Ausgangsjahr) durch die durchschnittliche Beitragsgrundlage des drittvorangegangenen Kalenderjahres (Vergleichsjahr) gebildet wird. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Vergleichsjahres ist gemäß Abs. 2, 3 und 5 zu errechnen. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Ausgangsjahres ist gemäß Abs. 2, 4 und 5 zu errechnen. Der Richtwert ist auf drei Dezimalstellen zu runden. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat den Richtwert für jedes Kalenderjahr, gleichzeitig mit der Verlautbarung des Gutachtens des Beirates für die Renten- und Pensionsanpassung (§ 108 e), kundzumachen.

(2) Zur Ermittlung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage eines Jahres sind alle Versicherungstage von Pflichtversicherten eines Jahres, für die eine Tagesbeitragsgrundlage vorgesehen ist, in die Lohnstufen (§ 46 Abs. 2 bis 5) einzureihen.

(3) Zur Feststellung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des Vergleichsjahres (Abs. 1) ist die Zahl der in jeder Lohnstufe eingereichten Versicherungstage mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen. Dabei bleiben jeweils die Lohnstufen außer Betracht, in die Versicherungstage eingereicht wurden, deren mit 30 vervielfachte Tagesbeitragsgrundlage den Betrag des im Vergleichsjahr in Geltung gestandenen Richtsatzes für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung (§ 293 Abs. 1 lit. a bb) nicht übersteigt.

(4) Zur Feststellung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des Ausgangsjahres (Abs. 1) ist für das Ausgangsjahr ein unterer und ein oberer Grenzbetrag zu bilden. Unterer Grenzbetrag für das Ausgangsjahr ist die mit der um 0,5 erhöhten halben Aufwertungszahl des Ausgangsjahres vervielfachte untere Grenze der niedrigsten im Vergleichsjahr nach Abs. 3 heranzuziehenden Lohnstufe. Der untere Grenzbetrag ist auf Groschen zu runden. Oberer Grenzbetrag für das Ausgangsjahr ist der mit der um 0,5 erhöhten halben Aufwertungszahl des Ausgangsjahres vervielfachte Meßbetrag (§ 108 b Abs. 2) des Vergleichsjahres. Der obere Grenzbetrag ist auf Groschen zu runden. Die Zahl der in jeder Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen. Dabei ist als unterste Lohnstufe der Bereich zwischen dem unteren Grenzbetrag und der nächsthöheren Lohnstufengrenze anzunehmen und der Mittelwert aus dem unteren Grenzbetrag und der nächsthöheren Lohnstufengrenze zu bilden. Der Mittelwert ist auf Groschen zu runden. Die Zahl der in die unterste Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist entsprechend der Verkürzung des Lohnstufenbereiches zu vermindern und die so verminderte Zahl mit dem Mittelwert anstelle des Tageswertes der Lohnstufe zu vervielfachen. Als oberste Lohnstufe gilt die Lohnstufe, in die der obere Grenzbetrag fällt. Die

Zahl aller in diese oder in eine höhere Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist für die Bildung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage mit dem oberen Grenzbetrag zu vervielfachen.

(5) Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Vergleichs- bzw. Ausgangsjahres ist der Betrag, der sich aus der Summe der nach Abs. 3 errechneten Beträge für alle Lohnstufen im Vergleichsjahr bzw. aus der Summe der unter Bedachtnahme auf die Sonderregelungen für die unterste und oberste Lohnstufe nach Abs. 4 errechneten Beträge für alle Lohnstufen im Ausgangsjahr, geteilt durch die Summe der im Vergleichsjahr bzw. im Ausgangsjahr in diese Lohnstufen eingereichten Versicherungstage ergibt. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist auf Groschen zu runden.“

51. § 108 e Abs. 10 vorletzter Satz lautet:

„Dabei hat der Beirat auf den Richtwert (§ 108 d), die volkswirtschaftliche Lage sowie die Änderungen des Verhältnisses der Zahl der in der Pensionsversicherung Pflichtversicherten zur Zahl der aus dieser Versicherung Leistungsberechtigten und deren längerfristige Entwicklungen und für die Anpassung bedeutsame aktuelle Entwicklungen sowie auf eine Änderung der Beitragssätze in der Pflichtversicherung im Bereich der Sozialversicherung oder der Arbeitslosenversicherung Bedacht zu nehmen.“

52. § 108 l lautet:

„§ 108 l. (1) Die Aufwertungszahl (§ 108 a) beträgt für das Jahr 1992 1,055.

(2) Der Richtwert (§ 108 d) beträgt für das Jahr 1992 1,045.

(3) Die Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 b Abs. 1) beträgt für das Jahr 1992 1 060 S für den Kalendertag.“

Artikel II

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz in der im Einleitungssatz des Art. I bezeichneten Fassung wird in seinem Zweiten Teil wie folgt geändert:

1. § 116 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;“

2. § 116 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;“

3. Dem § 116 Abs. 1 wird folgende Z 5 angefügt:

„5. für die Gesundheitsförderung.“

4. § 116 Abs. 2 lautet:

„(2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung

1. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 155) und
2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 156) gewährt werden.“

5. § 116 Abs. 3 und 4 lauten:

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

(4) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Erforschung von Krankheits- bzw. Unfallursachen (ausgenommen Arbeitsunfälle) verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.“

6. § 116 Abs. 4 (alt) erhält die Bezeichnung 5.

7. § 117 Z 1 bis 3 lauten:

- „1. Zur Früherkennung von Krankheiten: Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 132 a und 132 b);
2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137), erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 151) oder Anstaltspflege (§§ 144 bis 150);
3. aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit: Krankengeld (§§ 138 bis 143);“

8. Dem § 120 Abs. 1 Z 3 wird folgender Satz angefügt:

„Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 in jenem Zeitpunkt und für jenen Zeitraum als eingetreten, in dem diese auf Grund besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund des Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht beschäftigt werden dürfen, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.“

9. Im § 122 Abs. 2 Z 2 lit. c wird der Ausdruck „gemäß § 10 AIVG“ durch den Ausdruck „gemäß §§ 10 bzw. 11 AIVG“ ersetzt.

10. § 122 Abs. 3 erster und zweiter Satz lauten:

„Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutter-

schaft auch zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem Ende der Pflichtversicherung eintritt und der Beginn der 32. Woche vor dem Eintritt des Versicherungsfalles in den Zeitraum des Bestandes der beendeten Pflichtversicherung, die mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate ununterbrochen gedauert haben muß, fällt; fallen in diesen Zeitraum auch Zeiten der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Zeiten eines Leistungsbezuges aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, so gelten solche Zeiten bei der Anwendung dieser Bestimmung als Zeiten der Pflichtversicherung. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer einvernehmlichen Lösung des Dienstverhältnisses, einer Kündigung durch die Dienstnehmerin, eines unberechtigten vorzeitigen Austrittes oder einer verschuldeten Entlassung der Dienstnehmerin geendet hat oder wenn die Dienstnehmerin aus einem dieser Gründe unmittelbar im Anschluß an einen Zeitraum des Bezuges eines Karenzurlaubsgeldes nach den Bestimmungen des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 ihre vorherige Beschäftigung nicht wieder aufgenommen hat.“

11. § 123 Abs. 5 lautet:

„(5) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs. 4 Z 1 auch dann als Angehörige, wenn sie sich im Ausland in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden; dies gilt auch bei nur vorübergehendem Aufenthalt im Inland.“

12. § 124 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Dies gilt nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz berechnet werden.“

13. Im § 125 Abs. 1 erster Halbsatz wird der Ausdruck „in dem dem Versicherungsfall zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum“ durch den Ausdruck „in dem dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum“ ersetzt.

14. Dem § 125 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Lohn- und Gehaltserhöhungen auf Grund von Normen kollektiver Rechtsgestaltung sind zu berücksichtigen.“

15. Nach § 131 a wird folgender § 131 b eingefügt:

„Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

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

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

16. § 135 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche
 - a) physiotherapeutische,
 - b) logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder
 - c) ergotherapeutische
 Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiometrischen Dienstes bzw. des beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen (ergotherapeutischen) Dienstes berechtigt sind;
2. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen (einer klinischen Psychologin) gemäß § 12 Abs. 1 Z 2 des Psychologengesetzes, BGBl. Nr. 360/1990, der (die) zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes gemäß § 10 Abs. 1 des Psychologengesetzes berechtigt ist;
3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 1 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373) stattgefunden hat.“

17. Im § 140 Z 1 wird der Ausdruck „§ 143 Abs. 1 Z 1, 2, 3“ durch den Ausdruck „§ 143 Abs. 1 Z 1, 3“ ersetzt.

18. § 141 Abs. 3 lautet:

„(3) Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Krankengeld von einem durch die Satzung zu bestimmenden Zeitpunkt an erhöht werden, wenn der Versicherte Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2, 4, 7 oder 8 hat, die sich gewöhnlich im Inland aufhalten; eine Erhöhung gebührt nicht für einen Angehörigen, der aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus einem Lehr-

oder Ausbildungsverhältnis oder auf Grund des Bezuges von Geldleistungen aus der Sozialversicherung mit Ausnahme des Hilflosenzuschusses ein Einkommen von mehr als 3 319 S monatlich bezieht. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag.“

19. § 143 Abs. 1 Z 2 wird aufgehoben.

20. § 143 Abs. 3 wird aufgehoben.

21. Die Überschrift des Vierten Unterabschnittes im Zweiten Teil Abschnitt II nach § 143 lautet:

„Anstaltspflege, medizinische Hauskrankenpflege“

22. Die Überschrift des § 144 lautet:

„Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt oder der medizinischen Hauskrankenpflege“

23. Im § 144 Abs. 1 wird nach dem zweiten Satz folgender Satz eingefügt:

„Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 151).“

24. § 144 Abs. 1 letzter Satz lautet:

„Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.“

25. § 144 Abs. 3 lautet:

„(3) Ist die Anstaltspflege oder die medizinische Hauskrankenpflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt (Asylierung), so wird sie nicht gewährt.“

27. § 152 wird aufgehoben.

28. Im § 154 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „eine Leistungsverpflichtung aus der gesetzlichen Pensionsversicherung“ durch den Ausdruck „eine Leistungsverpflichtung“ ersetzt.

29. Nach § 154 werden folgende §§ 154 a und 154 b eingefügt:

„Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 154 a. (1) Die Krankenversicherungsträger gewähren, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluß an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 133 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, daß sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

- (2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen:
1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
 2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel;
 3. die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen, wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluß an eine oder im Zusammenhang mit einer der in Z 1 und 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind;
 4. die Übernahme der Reise- und Transportkosten, in den Fällen der Z 1 bis 3 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.

(3) Die in Abs. 2 angeführten Maßnahmen sind bei einem Pensionsversicherungsträger oder einem Unfallversicherungsträger zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit sie diese Maßnahmen nicht selbst gemäß den §§ 302 Abs. 2, 307 d Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 189 Abs. 2 gewähren bzw. zu gewähren haben oder ihre Gewährung gemäß § 302 Abs. 2 oder gemäß § 191 Abs. 2 an sich ziehen.

(4) Der Krankenversicherungsträger kann die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation einem Pensionsversicherungsträger mit dessen Zustimmung übertragen. Er hat dem Pensionsversicherungsträger in einem solchen Fall die Kosten zu ersetzen. Die beteiligten Versicherungsträger können jedoch zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Anzahl der in Betracht kommenden Fälle und die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die Zahlung jährlicher Pauschalbeträge vereinbaren.

(5) Die Krankenversicherungsträger haben die von ihnen jeweils zu treffenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen im Sinne des § 307 c zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

(6) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 155 und 307 d) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

Gesundheitsförderung

§ 154 b. (1) Die Krankenversicherungsträger haben allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen — ausgenommen Arbeitsunfälle — aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle — ausgenommen Arbeitsunfälle — verhütet werden können.

(2) Fallen Maßnahmen gemäß Abs. 1 auch in den sachlichen oder örtlichen Aufgabenbereich anderer Einrichtungen (Behörden, Versicherungsträger, gemeinnützige Einrichtungen und dergleichen), so kann mit diesen eine Vereinbarung über ein planmäßiges Zusammenwirken und eine Beteiligung an den Kosten getroffen werden.

(3) Der Krankenversicherungsträger kann die im Abs. 1 bezeichneten Maßnahmen auch dadurch treffen, daß er sich an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, die den gleichen Zwecken dienen, beteiligt. Abs. 2 ist anzuwenden.“

30. § 155 Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Die Krankenversicherungsträger können unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Betracht:

1. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten;
2. Unterbringung in Genesungs- und Erholungsheimen;
3. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung
 - a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,
 - b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit;
4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.“

31. § 155 Abs. 5 wird aufgehoben.

32. § 156 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.“

33. § 157 erster Halbsatz lautet:

„Der Versicherungsfall der Mutterschaft umfaßt den nach seinem Eintritt (§ 120 Abs. 1 Z 3) liegenden Zeitraum der Schwangerschaft.“

34. § 158 Abs. 3 zweiter Satz entfällt.

35. Dem § 159 wird folgender Satz angefügt:

„Hat die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihr Kostenersatz gemäß § 131.“

36. § 162 Abs. 1 dritter Satz lautet:

„Über die vorstehenden Fristen vor und nach der Entbindung hinaus gebührt das Wochengeld ferner für jenen Zeitraum, während dessen Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 auf Grund besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund des Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht beschäftigt werden dürfen, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.“

37. Im § 162 Abs. 3 wird der erste Satz durch folgende Sätze ersetzt:

„Das Wochengeld gebührt den nach § 4 Abs. 3 den Dienstnehmern Gleichgestellten und den nach § 8 Abs. 1 Z 4 lit. a bis c teilversicherten Personen in der Höhe des täglichen Krankengeldes, anderen Versicherten in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden Teiles des durchschnittlichen in den letzten 13 Wochen (bei Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, in den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft gebührenden Arbeitsverdienstes, vermindert um die gesetzlichen Abzüge; die auf diesen Zeitraum entfallenden Sonderzahlungen sind nach Maßgabe des Abs. 4 zu berücksichtigen. Wurde von Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, lediglich im Kalendermonat des Eintrittes des Versicherungsfalles der Mutterschaft ein Arbeitsverdienst erzielt, so gilt dieser für die Ermittlung des durchschnittlichen in den letzten drei Kalendermonaten gebührenden Arbeitsverdienstes als im letzten vollen Kalendermonat vor dem Eintritt des Versicherungsfalles erzielt. Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum auch Zeiten des Bezuges einer Leistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, so gilt für diese Zeiten als Arbeitsverdienst jenes Wochengeld, das auf Grund des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 beim Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft während des Leistungsbezuges gebührt hätte.“

38. § 162 Abs. 3 letzter Satz lautet:

„In den Fällen des § 122 Abs. 3 erster Satz sind, wenn dies für die Versicherte günstiger ist, für die Ermittlung der Höhe des Wochengeldes nicht die letzten 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate vor

dem Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft heranzuziehen, sondern die letzten 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate vor dem Ende der Pflichtversicherung oder vor dem Ende des Dienstverhältnisses.“

39. Im § 162 Abs. 5 wird der Ausdruck „§ 138 Abs. 2“ durch den Ausdruck „§ 138 Abs. 2 lit. a bis d“ ersetzt.

40. § 166 Abs. 1 Z 1 wird aufgehoben.

41. § 166 Abs. 3 wird aufgehoben.

Artikel III

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz in der im Einleitungssatz des Art. I bezeichneten Fassung wird in seinem Dritten Teil wie folgt geändert:

1. § 175 Abs. 2 Z 2 lautet:

„2. auf einem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder der Wohnung zu einer Untersuchungs- oder Behandlungsstelle (wie freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenanstalt) zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), Zahnbehandlung (§ 153) oder der Durchführung einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 132 b) und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung, sofern dem Dienstgeber die Stätte der Untersuchung bzw. Behandlung bekanntgegeben wurde, ferner auf dem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder von der Wohnung zu einer Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung auf Grund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung des Versicherungsträgers oder des Dienstgebers unterziehen muß und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung;“

2. Im § 175 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 9 durch einen Strichpunkt ersetzt. Folgende Z 10 wird angefügt:

„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 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. Im § 183 Abs. 2 zweiter Satz wird der Ausdruck „eine neue Heilbehandlung“ durch den Ausdruck „eine Heilbehandlung“ ersetzt.

4. § 195 Abs. 6 lautet:

„(6) Trifft der Bezug von Krankengeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Anspruch auf Familiengeld bzw. Taggeld zusammen, so ruht dieser Anspruch in der Höhe des Bezuges von Krankengeld aus der Krankenversicherung; hiebei ist einem solchen Bezug die Zeit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, sowie die Zeit, für die ein Anspruch auf Krankengeld ruht, gleichzuhalten.“

5. § 199 Abs. 3 erster Satz lautet:

„Auf das Übergangsgeld sind ein dem Versehrten gebührendes Erwerbseinkommen, eine sonst gebührende Geldleistung aus der Unfallversicherung, eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. eine Barleistung nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz anzurechnen.“

Artikel IV

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz in der im Einleitungssatz des Art. I bezeichneten Fassung wird in seinem Vierten Teil wie folgt geändert:

1. § 225 Abs. 1 Z 3 lit. b lautet:

„b) Zeiten einer sonstigen freiwilligen Versicherung, wenn die Beiträge innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Beitragszeitraumes, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 230) entrichtet worden sind.“

2. Im § 225 Abs. 1 wird der Strichpunkt am Ende der Z 5 durch einen Beistrich ersetzt; folgender Satzteil wird angefügt:

„sowie Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist;“

3. Dem § 226 Abs. 2 lit. c wird folgender Satzteil angefügt:

„sowie Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist,“

4. Im § 227 Abs. 1 Z 6 entfallen die Worte „oder der Anspruch darauf ausschließlich gemäß § 143 Abs. 1 Z 2 ruhte“.

5. Im § 227 Abs. 3 erster Satz wird der Ausdruck „20,5 vH“ durch den Ausdruck „22,8 vH“ ersetzt.

6. § 227 Abs. 5 lautet

„(5) Abs. 2 gilt nicht für Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienst-

geber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist.“

7. § 227 Abs. 5 (alt) erhält die Bezeichnung 6.

8. Dem § 228 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für Personen, die am 13. März 1938 die österreichische Staatsbürgerschaft besessen haben, ist Abs. 1 Z 1 mit der Maßgabe anzuwenden, daß das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft entfällt.“

9. § 235 Abs. 2 lautet:

„(2) Für die Wartezeit sind die Versicherungsmonate aller Zweige der Pensionsversicherung, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a, bei der Knappschaftspension und dem Knappschaftssold jedoch nur die Versicherungsmonate der knappschaftlichen Pensionsversicherung zu berücksichtigen.“

10. § 235 Abs. 3 lit. b lautet:

„b) der Stichtag (§ 223 Abs. 2) vor dem vollendeten 27. Lebensjahr des (der) Versicherten liegt und der (die) Versicherte mindestens sechs Versicherungsmonate, die nicht auf einer Selbstversicherung gemäß § 16 a beruhen, erworben hat;“

11. § 236 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Wartezeit — ausgenommen für den Knappschaftssold — ist auch erfüllt, wenn bis zum Stichtag mindestens 180 Beitragsmonate, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a, erworben sind.“

12. Im § 238 Abs. 4 Z 1 erster Halbsatz entfallen die Worte „oder während welcher der Anspruch auf Krankengeld ausschließlich nach § 143 Abs. 1 Z 2 ruhte“.

13. Im § 238 Abs. 4 wird der Punkt am Ende der Z 2 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 3 wird angefügt:

„3. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die Zeiten nach den §§ 225 Abs. 1 Z 5 zweiter Halbsatz bzw. 226 Abs. 2 lit. c zweiter Halbsatz enthalten.“

14. Im § 242 Abs. 2 Z 5 wird der Ausdruck „§ 243 Z 3“ durch den Ausdruck „§ 243 Abs. 1 Z 3“ ersetzt.

15. Im § 242 Abs. 3 lit. a wird der Ausdruck „§ 243 Z 3 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 243 Abs. 1 Z 3 lit. a“ ersetzt.

16. Im § 242 Abs. 3 lit. b wird der Ausdruck „§ 243 Z 2 lit. b“ durch den Ausdruck „§ 243 Abs. 1 Z 2 lit. b“ ersetzt.

17. Der bisherige Wortlaut des § 243 erhält die Bezeichnung Abs. 1; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Für Beitragszeiten nach den §§ 225 Abs. 1 Z 5 zweiter Halbsatz und 226 Abs. 2 lit. c zweiter Halbsatz ist eine Beitragsgrundlage nicht festzustellen.“

18. Im § 244 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „§ 243 Z 2 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 243 Abs. 1 Z 2 lit. a“ ersetzt.

19. Im § 250 Abs. 3 wird der Ausdruck „§ 243 Z 2 lit. b“ durch den Ausdruck „§ 243 Abs. 1 Z 2 lit. b“ ersetzt.

20. § 253 a Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsentschädigung, Urlaubsentschädigung oder Urlaubsabfindung gebührt,“.

21. § 261 Abs. 5 dritter Satz lautet:

„Der ab dem Bemessungszeitpunkt der weggefallenen Leistung maßgebliche Hundertsatz des Steigerungsbetrages ergibt sich aus der Verminderung des zum Stichtag der neu anfallenden Leistung festgestellten Hundertsatzes des Steigerungsbetrages um den Hundertsatz des Steigerungsbetrages der weggefallenen Leistung.“

22. § 276 Abs. 3 Einleitung lautet:

„Anspruch auf Knappschaftsalterspension hat ferner der männliche Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, wenn die Wartezeit (§ 236) für den Knappschaftssold erfüllt ist und“.

23. § 276 a Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsentschädigung, Urlaubsentschädigung oder Urlaubsabfindung gebührt,“.

24. § 293 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Richtsatz beträgt unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2

- | | |
|--|----------|
| a) für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung, | |
| aa) wenn sie mit dem Ehegatten (der Ehegattin) im gemeinsamen Haushalt leben | 9 317 S, |
| bb) wenn die Voraussetzungen nach aa) nicht zutreffen | 6 500 S, |
| b) für Pensionsberechtigte auf Witwen(Witwer)pension | 6 500 S, |
| c) für Pensionsberechtigte auf Waisenspension: | |
| aa) bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres | 2 427 S, |
| falls beide Elternteile verstorben sind | 3 646 S, |
| bb) nach Vollendung des 24. Lebensjahres | 4 312 S, |

falls beide Elternteile verstorben sind 6 500 S.

Der Richtsatz nach lit. a erhöht sich um 693 S für jedes Kind (§ 252), dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.“

25. Im § 293 Abs. 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 1992“ durch den Ausdruck „1. Jänner 1993“ ersetzt.

26. § 302 Abs. 2 erster und zweiter Satz lauten:

„Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Pensionsversicherungsträger gewährt, wenn und soweit sie nicht aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden. Der Pensionsversicherungsträger kann die Gewährung der von einem Krankenversicherungsträger nach Maßgabe des § 154 a zu erbringenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation jederzeit an sich ziehen.“

27. Im § 306 Abs. 4 wird der Ausdruck „Erwerbseinkommen“ durch den Ausdruck „Erwerbseinkommen bzw.“ ersetzt.

28. Im § 307 d Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 4 durch einen Strichpunkt ersetzt.

29. Dem § 307 d Abs. 2 wird nach der Z 4 folgende Z 5 angefügt:

„5. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 4 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Beachtung auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.“

30. § 307 e Abs. 2 lautet:

„(2) Die Höhe des Familiengeldes bzw. des Taggeldes ist gemäß § 195 Abs. 2 bis 5 entsprechend zu ermitteln. Bei in der Pensionsversicherung Weiterversicherten sowie bei Personen, die aus der Weiterversicherung gemäß § 17 ausgeschieden sind, bzw. bei gemäß den §§ 16 a, 18, 18 a Selbstversicherten ist hiebei das Dreißigfache der Beitragsgrundlage (§ 76 a Abs. 1 bzw. Abs. 5) als Bemessungsgrundlage heranzuziehen, jedoch höchstens im Ausmaß des Dreißigfachen des Tageswertes der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in welche die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1) fällt.“

31. § 313 lautet:

„Wirkung der Zahlung der Überweisungsbeträge und der Rückzahlung der erstatteten Beiträge

§ 313. Die in den an einen Versicherungsträger nach § 311 dieses Bundesgesetzes, nach § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes bzw. nach § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes geleisteten bzw. zurückgezählten Überweisungsbeträgen und Beiträgen sowie die in den aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie

Dienstverhältnis vom Dienstnehmer geleisteten besonderen Pensionsbeiträgen berücksichtigten vollen Monate gelten als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes, sofern diese Monate in dem Überweisungsbetrag bzw. bei der Erstattung der Beiträge als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren.“

Artikel V

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz in der im Einleitungssatz des Art. I bezeichneten Fassung wird in seinem Fünften bis Zehnten Teil wie folgt geändert:

1. Im § 324 Abs. 3 wird nach dem dritten Satz folgender Satz eingefügt:

„Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich in dem Maß, als der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Pension (Rente) zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens (§ 292 Abs. 3) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb nicht erreicht.“

2. Im § 338 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „Apothekern und anderen Vertragspartnern“ durch den Ausdruck „Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern“ ersetzt.

4. § 342 Abs. 1 Z 6 lautet:

„6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst unter Zugrundelegung der Richtlinien gemäß § 31 Abs. 3 Z 11 und 23;“

5. § 349 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch je einen Gesamtvertrag mit beruflichen Interessenvertretungen der klinischen Psychologen, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychologenbeirates (§ 20 Abs. 1 Z 8 des Psychologengesetzes), sowie beruflichen Interessenvertretungen der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychotherapiebeirates (§ 21 Abs. 1 Z 9 des Psychotherapiegesetzes) vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz mit Bescheid festgestellt worden ist, geregelt. Hiebei finden die §§ 341, 342 und 343 Abs. 1 bis 3 mit der Maßgabe

sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt. Stehen keine Gesamtverträge in Geltung, können für die Träger der Krankenversicherung vom Hauptverband Einzelverträge mit freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. mit freiberuflich tätigen Psychotherapeuten nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Diese Einzelverträge bedürfen der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den sie abgeschlossen werden.“

6. § 349 Abs. 2 und 3 (alt) erhalten die Bezeichnung 3 und 4.

7. § 349 Abs. 3 (neu) erster Satz lautet:

„Die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden.“

8. Im § 349 Abs. 4 (neu) wird der Ausdruck „Abs. 2“ durch den Ausdruck „Abs. 3“ ersetzt.

9. § 350 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. freie Verschreibbarkeit nach dem vom Hauptverband herausgegebenen Heilmittelverzeichnis (§ 31 Abs. 3 Z 11 lit. b) bzw. nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise (§ 31 Abs. 3 Z 11 lit. a) oder bei Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung.“

10. Im § 352 entfällt die Wortfolge „von Bediensteten von Privatbahnunternehmungen“.

11. Dem § 367 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Über einen Antrag auf Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit ist, sofern die Wartezeit (§ 236) erfüllt ist, über das Vorliegen der Invalidity, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit im Bescheid gesondert zu entscheiden.“

12. § 412 lautet:

„Einspruch gegen Bescheide der Versicherungsträger

§ 412. (1) Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen können binnen einem Monat nach der Zustellung durch Einspruch an den zuständigen Landeshauptmann angefochten werden. Der Einspruch hat den Bescheid zu bezeichnen, gegen den er sich richtet, und einen begründeten Entscheidungsantrag zu enthalten. Der Einspruch ist beim Versicherungsträger, der den Bescheid erlassen hat, einzubringen. Ein beim Landeshauptmann eingebrachter Einspruch gilt als beim Versicherungsträger eingebracht und ist an diesen unverzüglich weiterzuleiten.

(2) Der Versicherungsträger kann auf Grund des Einspruches und allfälliger weiterer Ermittlungen binnen zwei Monaten nach Einbringung (Einlangen) des Einspruches den Bescheid im Sinne des Einspruchsbegehrens abändern, ergänzen oder aufheben (Einspruchsvorentscheidung).

(3) Binnen zwei Wochen nach Zustellung der Einspruchsvorentscheidung kann beim Versicherungsträger der Antrag gestellt werden, daß der Einspruch dem Landeshauptmann zur Entscheidung vorgelegt werden möge (Vorlageantrag). In der Einspruchsvorentscheidung ist auf die Möglichkeit eines solchen Vorlageantrages hinzuweisen. Mit dem Einlangen eines rechtzeitig eingebrachten Vorlageantrages tritt die Einspruchsvorentscheidung außer Kraft. Die Parteien sind über das Außerkrafttreten der Einspruchsvorentscheidung zu verständigen.

(4) Ergeht keine Einspruchsvorentscheidung, hat der Versicherungsträger den Einspruch ungesäumt, längstens jedoch binnen zwei Monaten nach Einbringung des Einspruchs, unter Anschluß der Akten und seiner Stellungnahme dem Landeshauptmann vorzulegen.

(5) Tritt eine Einspruchsvorentscheidung auf Grund eines rechtzeitig eingebrachten Vorlageantrages außer Kraft, hat der Versicherungsträger den Vorlageantrag ungesäumt, längstens jedoch binnen zwei Wochen, unter Anschluß der Akten und seiner Stellungnahme dem Landeshauptmann vorzulegen.

(6) Der Einspruch hat keine aufschiebende Wirkung; der Landeshauptmann kann dem Einspruch auf Antrag aufschiebende Wirkung zuerkennen, wenn durch die vorzeitige Vollstreckung des Bescheides ein nicht wiedergutzumachender Schaden einträte und nicht öffentliche Interessen die sofortige Vollstreckung gebieten. Der Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung des Einspruches ist innerhalb der für die Einbringung des Einspruches vorgesehenen Frist (Abs. 1) beim Versicherungsträger zu stellen. Der Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung des Einspruches gilt gleichzeitig als Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung bei Einbringung eines Vorlageantrages; dies gilt auch dann, wenn der Vorlageantrag nicht vom Einspruchswerber, sondern von einer anderen Partei gestellt wird.“

13. § 413 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. über die bei ihm eingebrachten Einsprüche und Vorlageanträge,“

14. § 422 lautet:

**„Ablehnung des Amtes und Recht zur
Amtsausübung**

§ 422. (1) Das Amt eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) darf nur aus wichtigen Gründen

abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Bestellung (§ 421) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 425 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.“

15. Die Überschrift zu § 424 lautet:

„Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter“

16. Im § 424 treten an die Stelle des ersten Satzes folgende Sätze:

„Die Mitglieder der Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes haben bei der Ausübung ihres Amtes die Gesetze der Republik Österreich, die Satzungen der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) und die darauf beruhenden sonstigen Rechtsvorschriften zu beachten. Sie sind zur Amtsverschwiegenheit sowie zur gewissenhaften und unparteiischen Ausübung ihres Amtes verpflichtet. Sie haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst.“

17. § 431 Abs. 5 lautet:

„(5) Die gewählten Vorsitzenden von Verwaltungskörpern und ihre Stellvertreter sind ab dem Zeitpunkt, für den sie gewählt wurden, zur Ausübung ihrer Funktionen berechtigt, sobald sie die Annahme ihrer Wahl dem zur Wahl berufenen Verwaltungskörper ausdrücklich erklärt haben.“

18. § 431 Abs. 5 und 6 (alt) erhalten die Bezeichnung 6 und 7.

19. § 432 lautet:

„Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 432. Die Obmänner der Versicherungsträger, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesstellenausschüsse und deren Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 424 hinzuweisen.“

20. Dem § 433 Abs. 6 wird folgender Satz angefügt:

„Die gewählten Versicherungsvertreter haben den Hauptverband von der Annahme ihrer Wahl nachweislich in Kenntnis zu setzen und sind ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Hauptverband zur Ausübung ihres Amtes berechtigt.“

21. Im § 434 Abs. 1 wird nach dem zweiten Satz folgender Satz eingefügt:

„Sie sind zur Ausübung ihrer Funktionen berechtigt, sobald sie die Annahme ihrer Ernennung gegenüber dem Bundesminister für Arbeit und Soziales ausdrücklich erklärt haben.“

22. § 434 Abs. 2 letzter Satz lautet:

„§ 431 Abs. 2 vorletzter und letzter Satz, Abs. 5 und Abs. 6 sind entsprechend anzuwenden.“

23. § 434 Abs. 3 lautet:

„(3) Der Präsident und die Vizepräsidenten, ferner der Vorsitzende des Überwachungsausschusses und die Vorsitzenden der Sektionsausschüsse samt deren Stellvertreter sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales, die übrigen Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern vom Präsidenten anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 424 hinzuweisen.“

24. § 446 a lautet:

„Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 446 a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß den §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2 und 25 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.“

25. Im § 451 Abs. 1 zweiter Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „432 Abs. 2“ durch den Ausdruck „432“ ersetzt.

26. Nach § 459 wird folgender § 459 a eingefügt:

„Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes

§ 459 a. (1) Die Abgabenbehörden des Bundes haben den Trägern der Pensionsversicherung nach Maßgabe des Abs. 3 folgende Daten von land(forst)wirtschaftlichem Vermögen (§ 29 des Bewertungsgesetzes) zu übermitteln:

1. Ordnungsbegriff und Lagebeschreibung der wirtschaftlichen Einheit,
2. Name (Familiename und Vorname) des Eigentümers der wirtschaftlichen Einheit mit Geburtsdatum und Anschrift sowie dessen Eigentumsanteil an der wirtschaftlichen Einheit,
3. Ausmaß des Einheitswertes und die im Bescheid ausgewiesenen Berechnungsgrundlagen,
4. Art und Rechtsgrundlage der Änderung des Einheitswertes, Stichtag der Rechtswirksamkeit sowie Ausfertigungsdatum des Bescheides,
5. Name und Anschrift eines allfälligen Zustellungsbevollmächtigten,
6. Berechnungsgrundlagen bei Gesamtflächenänderungen, die gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a

des Bewertungsgesetzes zu keiner Wertfortschreibung führen.

(2) Die übermittelten Daten dürfen nur zur Feststellung des Bestandes und des Umfanges von Leistungen nach diesem Bundesgesetz verwendet werden.

(3) Das Verfahren der Übermittlung und der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung von in Abs. 1 genannten Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Soziales nach Maßgabe der technisch-organisatorischen Möglichkeiten zu bestimmen.“

27. Im § 468 Abs. 2 wird der Ausdruck „Kranken- und Familiengeld werden“ durch den Ausdruck „Krankengeld wird“ ersetzt.

28. § 472 a Abs. 2 zweiter Satz lautet:

„Der Hundertsatz beträgt ab dem Jahre 1992 7,9.“

29. Dem § 472 a wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Abweichend von Abs. 2 zweiter und dritter Satz vermindert sich der Beitrag im Jahr 1992 in den Fällen, in denen der Beitrag vom Versicherten und vom Dienstgeber zu gleichen Teilen zu tragen ist, um je 0,7 Prozentpunkte; die Verminderung des Beitrages für den Versicherten im Jahr 1992 um 0,7 Prozentpunkte gilt nicht in den Fällen, in denen der Versicherte Anspruch auf eine Pensionsleistung hat. In den Fällen, in denen der Beitrag vom Versicherten bzw. Dienstgeber allein zu tragen ist, vermindert sich der Beitrag im Jahr 1992 um 1,4 Prozentpunkte.“

30. Im § 474 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „59 bis 61, 62 bis 70 a, 71, 72,“ durch den Ausdruck „59 bis 61, 61 b, 62 bis 70 a, 71,“ ersetzt.

31. § 474 Abs. 1 zweiter Satz erster Halbsatz lautet:

„Die Bestimmungen des § 51 Abs. 1 Z 1 sind auf die im ersten Satz genannten Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Beitragssatz ab dem Jahr 1992 6,0 vH beträgt;“

32. § 474 Abs. 1 dritter Satz lautet:

„Der Beitragssatz in der Krankenversicherung für Selbstversicherte mit Ausnahme der Selbstversicherten nach § 19 a beträgt ab dem Jahr 1992 6,0 vH der Beitragsgrundlage.“

33. Die Überschrift zu § 479 lautet:

„Zusätzliche Pensionsversicherung“

33 a. § 479 d Abs. 2 erster Satz lautet:

„Für die Berechnung der allgemeinen Beiträge und der Sonderbeiträge gilt der im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a,

für die Berechnung der Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung der im § 51 b Abs. 1 festgesetzte Hundertsatz.“

33 b. Im § 506 b Abs. 3 wird der Ausdruck „20 vH“ durch den Ausdruck „22,8 vH“ ersetzt.

34. § 544 lautet:

„§ 544. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt wird, in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.“

35. Der bisherige Inhalt des § 545 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 546.

36. Der bisherige Inhalt des § 546 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 545.

37. Dem § 545 (neu) werden folgende Abs. 3 und 4 angefügt:

„(3) Mit der Vollziehung des § 446 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 ist der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen betraut.

(4) Mit der Vollziehung des § 349 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 ist, soweit es sich um die Feststellung der Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung handelt, der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betraut.“

38. Nach § 546 (neu) wird folgender § 547 angefügt:

„§ 547. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1992 die §§ 5 Abs. 1 Z 3 lit. a, 16 a, 17 Abs. 1, 4, 5 und 6, 18 Abs. 7, 18 a Abs. 7, 31 Abs. 2, 3, 5 und 8, 33 Abs. 3, 40, 41 Abs. 1, 56 a Abs. 2, 63 b, 68 Abs. 1, 69 Abs. 1, 73 Abs. 4, 76 a Abs. 1, 76 b Abs. 5, 77 Abs. 1 und 2, 80 a, 82 Abs. 3, 86 Abs. 4, 90 Abs. 1, 108 a Abs. 1, 3, 4 und 5, 108 b Abs. 2, 108 c Abs. 1, 108 d, 108 e Abs. 10, 108 l, 116 Abs. 1 bis 5, 117 Z 1 bis 3, 120 Abs. 1, 122 Abs. 2 und 3, 123 Abs. 5, 125 Abs. 1, 131 b, 135 Abs. 1, 140 Z 1, 141 Abs. 3, 143 Abs. 1 und 3, 144 Abs. 1 und 3, 151, 152, 154 Abs. 1, 154 a, 154 b, 155 Abs. 1, 2 und 5, 156 Abs. 1, 157, 158 Abs. 3, 159, 162 Abs. 1, 3 und 5, 166 Abs. 1 und 3, 175 Abs. 2, 183 Abs. 2, 195 Abs. 6, 199 Abs. 3, 225 Abs. 1 Z 3, 227 Abs. 1 und 3, 235 Abs. 2 und 3, 236 Abs. 4, 238 Abs. 4 Z 1, 253 a Abs. 1, 261 Abs. 5, 276 a Abs. 1, 293 Abs. 1 und 2, 302 Abs. 2, 306 Abs. 4, 307 d Abs. 2, 307 e Abs. 2, 324 Abs. 3, 338 Abs. 1, 342 Abs. 1, 349 Abs. 2 bis 4, 350 Abs. 1, 352, 367 Abs. 1, 412, 413 Abs. 1, 422, 424, 431 Abs. 5 bis 7, 432, 433 Abs. 6, 434 Abs. 1 bis 3, 446 a, 451 Abs. 1, 459 a, 468 Abs. 2, 472 a Abs. 2 und 4, 474 Abs. 1, 506 b Abs. 3, 544 sowie in der

Anlage 1 die Nrn. 6, 10, 15, 25, 30, 45 und 46 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991;

2. rückwirkend mit 1. Jänner 1985 § 73 Abs. 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 1988 die §§ 225 Abs. 1 Z 5, 226 Abs. 2, 227 Abs. 5 und 6, 238 Abs. 4 Z 3, 242 Abs. 2 und 3, 243 Abs. 2, 244 Abs. 1, 250 Abs. 3 und 313 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 sowie § 311 Abs. 5 siebenter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 294/1990;
4. rückwirkend mit 3. September 1990 § 228 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991;
5. rückwirkend mit 1. April 1991 § 276 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991;
6. mit dem Beginn des Beitragszeitraumes Jänner 1992 die §§ 51 Abs. 1 Z 1, 51 b, 54 Abs. 5 und 479 d Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991;
7. mit 1. Oktober 1992 die §§ 76 Abs. 1 und 4 und 124 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991.

(2) Personen, die nach den am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Vorschriften des § 17 Abs. 1 lit. b zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz berechtigt waren, es aber nach den Bestimmungen des § 17 Abs. 1 Z 1 lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 nicht mehr gewesen wären, können das Recht auf freiwillige Weiterversicherung in der Pensionsversicherung noch bis zum 30. Juni 1992 geltend machen.

(3) Abweichend von den Bestimmungen des § 51 Abs. 1 Z 2 beträgt ab Beginn des Beitragszeitraumes Jänner 1993 bis zum Ende des Beitragszeitraumes Juni 1993 der Beitragssatz in der Unfallversicherung 1,3 vH der allgemeinen Beitragsgrundlage.

(4) § 86 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 gilt auch für Versicherungsfälle, die nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten sind. Die Rechtskraft bereits ergangener Entscheidungen steht dem nicht entgegen.

(5) Die §§ 162 Abs. 5 und 199 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 sind nur dann anzuwenden, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1991 eingetreten ist.

(6) Ist eine Person am 1. Dezember 1991 auf Grund der Folgen eines Unfalles, der erst gemäß § 175 Abs. 2 Z 2 bzw. Z 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 als Arbeitsunfall anerkannt wird, völlig erwerbsunfähig, so sind ihr die Leistungen aus der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem

31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(7) Im Falle des durch einen Unfall verursachten Todes des Versicherten, der erst gemäß § 175 Abs. 2 Z 2 bzw. 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 als Arbeitsunfall anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(8) Personen, die gemäß § 225 Abs. 1 Z 3 lit. b in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung Beiträge wirksam entrichten konnten, es aber nach den Bestimmungen des § 225 Abs. 1 Z 3 lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 nicht mehr können, können diese Beiträge bis 31. Dezember 1992 wirksam entrichten.

(9) Die §§ 227 Abs. 1 Z 6 und 238 Abs. 4 Z 1 in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung sind auf Versicherungsfälle weiterhin anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1991 liegt, wenn der Anspruch auf Krankengeld ausschließlich gemäß § 143 Abs. 1 Z 2 vor dem 1. Jänner 1992 ruhte.

(10) § 228 Abs. 2 letzter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 ist auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 2. September 1990 liegt.

(11) Die §§ 253 a Abs. 1 und 276 a Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 sind nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1991 liegt.

(12) Leidet ein Versicherter am 1. Dezember 1991 an einer Krankheit, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 als Berufskrankheit anerkannt wird, so sind ihm die Leistungen der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.

(13) Im Falle des durch eine Krankheit verursachten Todes des Versicherten, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 676/1991 als Berufskrankheit anerkannt wird, sind die Leistun-

gen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.“

39. In der Anlage 1 wird in der Nr. 6 der Ausdruck „Kadmium“ durch den Ausdruck „Cadmium“ ersetzt.

40. In der Anlage 1 wird in der Nr. 10 der Ausdruck „Amidverbindungen“ durch den Ausdruck „Aminverbindungen“ ersetzt.

41. In der Anlage 1 wird in der Nr. 15 der Ausdruck „Kohlenoxyd“ durch den Ausdruck „Kohlenmonoxid“ ersetzt.

42. In der Anlage 1 lautet die Nr. 25 wie folgt:

„25 Meniskusschäden bei Bergleuten nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit unter Tag und bei anderen Personen nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit in kniender oder hockender Stellung

Alle Unternehmen“

43. In der Anlage 1 lautet die Nr. 30 wie folgt:

„30 Durch allergisierende Stoffe verursachte Erkrankungen an Asthma bronchiale, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender Tätigkeiten zwingen

Alle Unternehmen“

44. In der Anlage 1 werden folgende Nrn. 45 und 46 angefügt:

„45 Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Staub von Buchen- oder Eichenholz

Holzbearbeitende und holzverarbeitende Betriebe

46 Durch Zeckenbiß übertragene Krankheiten (zB Frühsommermeningoencephalitis oder Borreliose)

Unternehmen der Land- und Forstwirtschaft sowie auf Tätigkeiten in Unternehmen, bei denen eine ähnliche Gefährdung besteht“

Waldheim
Vranitzky

677. Bundesgesetz, mit dem das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz geändert wird (18. Novelle zum Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz)

Der Nationalrat hat beschlossen:

ARTIKEL I

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 234/1991, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 3 Z 1 Einleitung lautet:
„die der Kammer der Wirtschaftstrehänder auf Grund einer Berufsbefugnis nach der Wirtschaftstrehänder-Berufsordnung, BGBl. Nr. 125/1955, angehörenden Mitglieder einschließlich der Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft, der persönlich haftenden Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft, der Gesellschafter einer offenen Erwerbsgesellschaft und der persönlich haftenden Gesellschafter einer Kommandit-Erwerbsgesellschaft, sofern“.
2. § 12 Abs. 1 lit. b lautet:
„b) in den letzten 24 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens zwölf oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden jährlich mindestens drei Versicherungsmonate in einer oder mehreren gesetzlichen Pensionsversicherungen erworben haben,“
3. § 12 Abs. 4 Einleitung lautet:
„Der im Abs. 1 genannte Zeitraum, in dem mindestens zwölf Versicherungsmonate erworben sein müssen und die im Abs. 3 genannte Frist von sechs Monaten verlängern sich“
4. Im § 12 Abs. 5 wird der Ausdruck „120 Versicherungsmonate“ durch den Ausdruck „60 Versicherungsmonate — ausgenommen Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes —“ ersetzt.
5. Die Überschrift zu § 20 lautet:
„Meldungen der Zahlungsempfänger (Leistungswerber)“
6. Im § 20 Abs. 1 (neu) zweiter Satz entfällt der Ausdruck „bzw. während des Ruhens des Pensionsanspruches“.
7. Der bisherige Inhalt des § 20 erhält die Bezeichnung Abs. 1. Folgender Abs. 2 wird angefügt:
„(2) Abs. 1 gilt auch für Personen, die eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters beantragt haben, wenn sie vom Versicherungsträger

nachweislich über den Umfang ihrer Meldepflichtung belehrt wurden.“

8. Im § 21 Abs. 1 erster Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „auch ohne Vordruck schriftlich“ durch den Ausdruck „auch ohne Vordruck schriftlich oder mittels elektronischer Datenträger“ ersetzt.

9. § 25 Abs. 2 zweiter Satz lautet:

„Eine Minderung der Beitragsgrundlage nach Z 2 tritt nur dann ein, wenn dies der Versicherte bis zum Ablauf des Beitragsjahres beantragt, bezüglich der Berücksichtigung von Veräußerungsgewinnen überdies nur soweit, als der auf derartige Gewinne entfallende Betrag dem Sachanlagevermögen eines Betriebes des Versicherten zugeführt worden ist.“

10. § 25 Abs. 2 dritter Satz lautet:

„Wird der für die Minderung der Beitragsgrundlage maßgebliche Einkommensteuerbescheid erst nach Ablauf des Beitragsjahres zugestellt, so verlängert sich die Antragsfrist bis zum Ablauf des sechsten auf den Eintritt der Rechtskraft des Bescheides folgenden Kalendermonates.“

11. § 25 Abs. 7 lautet:

„(7) Versicherte, deren Beitragsgrundlage mit einem Betrag festzusetzen ist, auf Grund dessen sie zufolge von Gesamtverträgen die ärztliche Hilfe als Sachleistung erhalten, sind berechtigt, über Antrag gegen Entrichtung eines erhöhten Beitrages ärztliche Hilfe und Heilmittel als Geldleistung gemäß § 85 Abs. 2 lit. c in Anspruch zu nehmen. Für Beginn und Ende dieser Berechtigung gilt § 9 Abs. 2 und 3 entsprechend mit der Maßgabe, daß eine Erklärung im Sinne des § 9 Abs. 3 Z 1 vom Versicherten frühestens zum Ende des auf den Beginn der Berechtigung folgenden Kalenderjahres und im übrigen jeweils zum Ende des Kalenderjahres wirksam abgegeben werden kann. Die Beitragserhöhung beträgt 700 S monatlich. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1993, der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag.“

12. § 25 Abs. 8 lautet:

„(8) Die Bestimmungen des Abs. 7 gelten für pflichtversicherte Pensionisten (§ 3 Abs. 1) mit der Maßgabe, daß von jener Beitragsgrundlage auszugehen ist, die sich unter Berücksichtigung der Pension ergäbe.“

13. § 26 a Abs. 1 letzter Satz lautet:

„Wird der für die Ermittlung der Beitragsgrundlage maßgebliche Einkommensteuerbescheid erst nach Ablauf des Beitragsjahres zugestellt, so verlängert sich die Antragsfrist bis zum Ablauf des sechsten auf den Eintritt der Rechtskraft des Bescheides folgenden Monates.“

14. § 27 Abs. 1 Z 1 lautet:
 „1. in der Krankenversicherung 8,0 vH,“

14 a. Nach § 27 wird folgender § 27 a eingefügt:

„Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung

§ 27 a. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben für die Dauer der Pflichtversicherung einen Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der Beitragsgrundlage (§ 25) zu leisten.

(2) Alle für die Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung geltenden Rechtsvorschriften sind auf den Zusatzbeitrag nach Abs. 1 anzuwenden.“

14 b. Nach § 27 a wird folgender § 27 b eingefügt:

„Abfuhr der Zusatzbeiträge an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

§ 27 b. Der Versicherungsträger hat die in einem Kalendervierteljahr bei ihm eingezahlten Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung bis zum 20. des dem jeweiligen Kalendervierteljahr folgenden Kalendermonates an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447 f des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) abzuführen. Auf die Abfuhr dieser Zusatzbeiträge ist im übrigen § 63 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden.“

14 c. Im § 28 Abs. 2 wird der Ausdruck „Pauschalbetrag“ durch den Ausdruck „Pauschalbetrag (Zusatzbeitrag)“ ersetzt.

15. § 29 Abs. 3 wird aufgehoben.

15 a. § 30 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Weiterversicherten haben für die Dauer der Versicherung einen Beitrag (Zusatzbeitrag) zu entrichten, der mit dem für Pflichtversicherte geltenden Beitragssatz (Zusatzbeitragssatz) zu bemessen ist.“

16. Im § 33 Abs. 6 wird der Ausdruck „24 vH“ durch den Ausdruck „22,8 vH“ ersetzt.

18. Nach § 34 wird folgender § 34 a eingefügt:

„§ 34 a. Abweichend von § 34 Abs. 2 leistet der Bund für das Geschäftsjahr 1992 einen Beitrag, der sich aus dem nach § 34 Abs. 2 zu ermittelnden Betrag vermindert um 300 Millionen Schilling ergibt.“

19. § 40 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen drei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge.“

20. § 41 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Das Recht auf Rückforderung verjährt nach Ablauf von fünf Jahren nach deren Zahlung.“

21. § 48 Abs. 2 erster Satz lautet:

„Für das Kalenderjahr 1992 beträgt der Meßbetrag 1 050,17 S.“

22. Nach § 49 wird folgender § 49 a eingefügt:

„§ 49 a. (1) Die Aufwertungszahl (§ 47) beträgt für das Kalenderjahr 1992 1,055.

(2) Die Höchstbeitragsgrundlage (§ 48 Abs. 3) beträgt für das Kalenderjahr 1992 37 100 Schilling.“

23. Im § 61 a Abs. 1 erster Satz entfallen die Worte „sowie für die Dauer des Ruhens des Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“.

24. Im § 61 a Abs. 1 zweiter Satz entfallen die Worte „des Ruhens (§ 143 Abs. 1 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes),“

25. § 78 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;“

26. § 78 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. für Zahnbehandlung und Zahnersatz;“

27. Dem § 78 Abs. 1 werden folgende Z 4 und 5 angefügt:

„4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;

5. für die Gesundheitsförderung.“

28. § 78 Abs. 2 lautet:

„(2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung

1. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 100) und

2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 101) gewährt werden.“

29. § 78 Abs. 3 und 4 lauten:

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

(4) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Erforschung von Krankheits- bzw. Unfallursachen (ausgenommen Arbeitsunfälle) verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.“

30. § 78 Abs. 4 (alt) erhält die Bezeichnung 5.

31. § 79 Abs. 1 Z 1 und 2 lauten:

- „1. Zur Früherkennung von Krankheiten: Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 88 und 89);
2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 90 bis 93), erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 99) oder Anstaltspflege (§§ 95, 96, 97 und 98);“
32. Dem § 83 wird folgender Abs. 9 angefügt:
- „(9) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs. 4 Z 1 auch dann als Angehörige, wenn sie sich im Ausland in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden; dies gilt auch bei nur vorübergehendem Aufenthalt im Inland.“
33. § 86 Abs. 5 lit. a lautet:
- „a) bei Sachleistungen gemäß den §§ 88, 89, 89 a, 99 a, 101 und 102 Abs. 2;“
34. § 90 Abs. 1 lit. b wird aufgehoben.
35. § 90 Abs. 1 lit. d lautet:
- „d) medizinische Hauskrankenpflege (§ 99).“
36. § 91 Abs. 1 zweiter Satz lautet:
- „Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 90 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:
1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche
 - a) physiotherapeutische,
 - b) logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder
 - c) ergotherapeutische
 Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiometrischen Dienstes bzw. des beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen (ergotherapeutischen) Dienstes berechtigt sind;
 2. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen (einer klinischen Psychologin) gemäß § 12 Abs. 1 Z 2 des Psychologengesetzes, BGBl. Nr. 360/1990, der (die) zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes gemäß § 10 Abs. 1 des Psychologengesetzes berechtigt ist;
 3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 1 Abs. 2 Z 1 des Ärztesgesetzes 1984, BGBl. Nr. 373) stattgefunden hat.“
37. § 93 Abs. 6 erster Satz lautet:
- „Hilfsmittel sind nicht zu gewähren, soweit auf diese ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Leistungsverpflichtung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder ein gleichartiger Anspruch nach dem Heeresversorgungsgesetz, nach dem Opferfürsorgegesetz, nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, nach dem Impfschadengesetz oder nach dem Strafvollzugsgesetz besteht.“
38. Dem § 94 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:
- „§ 90 Abs. 2 gilt entsprechend.“
39. Die Überschrift des § 95 lautet:
- „**Umfang und Dauer der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege**“
40. Dem § 95 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:
- „Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 99). Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.“
41. § 95 Abs. 3 lautet:
- „(3) Ist die Anstaltspflege oder die medizinische Hauskrankenpflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt (Asylierung), so wird sie nicht gewährt.“
42. § 96 Abs. 2 lit. a lautet:
- „a) Kostenersätze für die Pflegegebühren, die die Pflegegebührenersätze für die allgemeine Gebührenklasse übersteigen, und zwar bis zur Höhe der Pflegegebühren für Selbstzahler der allgemeinen Gebührenklasse der vom Versicherten gewählten Krankenanstalt oder, falls diese keine allgemeine Gebührenklasse führt, der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt, die eine solche Gebührenklasse führt, und“.
43. Dem § 96 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:
- „Bei Vorliegen einer Berechtigung im Sinne des § 25 Abs. 7 und 8 entsteht die Anspruchsberechtigung auf diese Leistungen nach Ablauf von sechs Monaten ab Beginn der Berechtigung; § 105 Abs. 2 gilt entsprechend; die Frist von sechs Monaten verkürzt sich um die Dauer eines unmittelbar vor dem Beginn dieser Berechtigung bestandenen

Anspruches auf Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c.“

44. § 99 lautet:

„Medizinische Hauskrankenpflege

§ 99. (1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren.

(2) Die medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch diplomierte Krankenschwestern bzw. diplomierte Krankenpfleger (§ 23 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961), die vom Versicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben.

(3) Die Tätigkeit der diplomierten Krankenschwester bzw. des diplomierten Krankenpflegers kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfaßt medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Zur medizinischen Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.

(4) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihm Kostenersatz gemäß § 85 Abs. 2 lit. b.

(5) Die medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Versicherungsfall für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt. Darüber hinaus wird sie nach Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung weitergewährt.

(6) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt, wenn der (die) Anspruchsberechtigte in einer der im § 95 Abs. 2 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.“

45. Nach § 99 werden folgende §§ 99 a und 99 b eingefügt:

„Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 99 a. (1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger gewährt, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluß an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 90 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den

Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, daß sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen:

1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel;
3. die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen, wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluß an eine oder im Zusammenhang mit einer der in Z 1 und 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind;
4. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 3 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.

(3) Die in Abs. 2 angeführten Maßnahmen sind beim Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger oder einem Unfallversicherungsträger zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger oder an einen anderen zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit sie diese Maßnahmen nicht selbst gemäß den §§ 160 Abs. 2, 169 Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 189 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gewähren bzw. zu gewähren haben oder ihre Gewährung gemäß § 160 Abs. 2 oder gemäß § 191 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes an sich ziehen.

(4) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger kann die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation dem Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger oder einem anderen Pensionsversicherungsträger mit dessen Zustimmung übertragen. Er hat dem Pensionsversicherungsträger in einem solchen Fall die Kosten zu ersetzen. Die beteiligten Versicherungsträger können jedoch zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Anzahl der in Betracht kommenden Fälle und die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die Zahlung jährlicher Pauschalbeiträge vereinbaren.

(5) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat die von ihm jeweils zu treffenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen im Sinne des § 169 zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

(6) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 100 und 169) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

Gesundheitsförderung

§ 99 b. (1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen — ausgenommen Arbeitsunfälle — aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle — ausgenommen Arbeitsunfälle — verhütet werden können.

(2) Fallen Maßnahmen gemäß Abs. 1 auch in den sachlichen oder örtlichen Aufgabenbereich anderer Einrichtungen (Behörden, Versicherungsträger, gemeinnützige Einrichtungen und dergleichen), so kann mit diesen eine Vereinbarung über ein planmäßiges Zusammenwirken und eine Beteiligung an den Kosten getroffen werden.

(3) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger kann die im Abs. 1 bezeichneten Maßnahmen auch dadurch treffen, daß er sich an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, die den gleichen Zwecken dienen, beteiligt. Abs. 2 ist anzuwenden.“

46. § 100 Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger kann unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Betracht:

1. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten;
2. Unterbringung in Genesungs- und Erholungsheimen;
3. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung
 - a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,
 - b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit;
4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen;

5. Übernahme von Kosten für Betriebshelfer bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten; durch die Satzung kann überdies bestimmt werden, daß die Leistung der Betriebshilfe durch eine Beteiligung des Versicherungsträgers an Einrichtungen, die Betriebshilfe durch Bereitstellung hierfür geeigneter Personen betreiben, erfolgt.“

47. § 101 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.“

48. § 115 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Zeiten einer Weiterversicherung gemäß § 12, wenn die Beiträge innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Kalendermonates, für den sie gelten sollen, wirksam entrichtet worden sind;“

49. § 116 Abs. 1 Z 2 lit. c entfällt; lit. d erhält die Bezeichnung c.

50. § 116 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Zeiten, in denen der Versicherte auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1990 ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst — ausgenommen Zeiten der Pflichtversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes — oder auf Grund der Bestimmungen des Zivildienstgesetzes ordentlichen oder außerordentlichen Zivildienst geleistet hat;“

51. § 116 Abs. 1 Z 3 bis 7 (alt) erhalten die Bezeichnung 4 bis 8.

52. Dem § 116 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für Personen, die am 13. März 1938 die österreichische Staatsbürgerschaft besessen haben, ist Abs. 1 Z 2 lit. a, b und c mit der Maßgabe anzuwenden, daß das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft am Stichtag entfällt.“

53. Im § 116 Abs. 9 erster Satz wird der Ausdruck „20,5 vH“ durch den Ausdruck „22,8 vH“ ersetzt.

54. § 120 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Anspruch auf jede der im § 112 Abs. 1 angeführten Leistungen ist, abgesehen von den im 2. Unterabschnitt festgesetzten besonderen Voraussetzungen, an die allgemeine Voraussetzung geknüpft, daß die Wartezeit durch Versicherungsmonate, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung gemäß § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, im Sinne des § 119 erfüllt ist.“

55. § 120 Abs. 2 lit. b lautet:

„b) wenn der Stichtag (§ 113 Abs. 2) vor dem

vollendeten 27. Lebensjahr des (der) Versicherten liegt und der (die) Versicherte mindestens sechs Versicherungsmonate, die nicht auf einer Selbstversicherung gemäß § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes beruhen, erworben hat, oder“

56. § 120 Abs. 6 lautet:

„(6) Die Wartezeit ist auch erfüllt, wenn bis zum Stichtag mindestens 180 Beitragsmonate, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, erworben sind.“

57. Im § 122 Abs. 2 treten an die Stelle des letzten Satzes folgende Sätze:

„Versicherungsmonate, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 31. Dezember 1950 liegen, bleiben unberücksichtigt, es sei denn, daß Versicherungsmonate nur in diesem Zeitraum vorliegen. Bemessungszeitpunkt ist der Stichtag.“

58. § 122 Abs. 4 Z 1 lautet:

„1. Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung, die auch Zeiten enthalten, während welcher Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Karenzurlaubsgeld aus gesetzlicher Versicherung bezogen wurde, wenn es für den Versicherten günstiger ist; dies gilt entsprechend auch für Beitragsmonate der Pflichtversicherung, welche Zeiten enthalten, während welcher berufliche Maßnahmen der Rehabilitation (§ 161 dieses Bundesgesetzes sowie §§ 198 bzw. 303 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und § 153 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) gewährt wurden bzw. Zeiten einer Beschäftigung enthalten, zu deren Ausübung ihn diese Maßnahmen befähigt haben;“

59. Im § 122 Abs. 4 wird der Punkt am Ende der Z 2 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 3 wird angefügt:

„3. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die Zeiten enthalten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 175 dieses Bundesgesetzes bzw. § 311 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes geleistet worden ist.“

60. § 123 Abs. 2 Z 2 lautet:

„2. für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen die letzten 120 Versicherungsmonate im Sinne des § 119 vor dem Bemessungszeitpunkt in Betracht; Versicherungsmonate, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 31. Dezember 1950 liegen, bleiben unberücksichtigt;“

61. Dem § 130 werden folgende Abs. 6 und 7 angefügt:

„(6) Die Voraussetzungen des Abs. 1 entfallen bei einem zur selbständigen Berufsausübung befugten Dentisten, wenn durch die Einstellung der die Pflichtversicherung gemäß § 3 Abs. 3 Z 2 begründenden Erwerbstätigkeit die zahnheilkundliche Versorgung am Ort und im Einzugsgebiet der Niederlassung nicht mehr sichergestellt wäre; dies gilt nicht für die Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz, soweit sie nicht auf der selbständigen Erwerbstätigkeit gemäß § 3 Abs. 3 Z 2 beruht, sowie auch nicht für die Voraussetzung des Nichtvorliegens der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach einem anderen Bundesgesetz.

(7) Die Erfüllung der in Abs. 6 genannten Voraussetzungen ist durch eine Bescheinigung nachzuweisen, die vom Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz nach Anhörung der Österreichischen Dentistenkammer und der für das in Betracht kommende Gebiet örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und Ärztekammer auszustellen ist. Die Geltung derartiger Bescheinigungen ist zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für deren Ausstellung weggefallen sind. Vor dem Widerruf sind die Österreichische Dentistenkammer und die für das in Betracht kommende Gebiet örtlich zuständige Gebietskrankenkasse und Ärztekammer zu hören.“

62. § 131 a Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsentschädigung, Urlaubsentschädigung oder Urlaubsabfindung gebührt,“.

63. § 139 Abs. 5 dritter Satz lautet:

„Der ab dem Bemessungszeitpunkt der weggefallenen Leistung maßgebliche Hundertsatz des Steigerungsbetrages ergibt sich aus der Verminderung des zum Stichtag der neu anfallenden Leistung festgestellten Hundertsatzes des Steigerungsbetrages um den Hundertsatz des Steigerungsbetrages der weggefallenen Leistung.“

64. § 150 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Richtsatz beträgt unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2

- | | |
|--|----------|
| a) für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung, | |
| aa) wenn sie mit dem Ehegatten (der Ehegattin) im gemeinsamen Haushalt leben | 9 317 S, |
| bb) wenn die Voraussetzungen nach aa) nicht zutreffen | 6 500 S, |
| b) für Pensionsberechtigte auf Witwen(Witwer)pension | 6 500 S, |

- c) für Pensionsberechtigte auf Waisenspension:
- aa) bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres 2 427 S,
falls beide Elternteile verstorben sind 3 646 S,
- bb) nach Vollendung des 24. Lebensjahres 4 312 S,
falls beide Elternteile verstorben sind 6 500 S.

Der Richtsatz nach lit. a erhöht sich um 693 S für jedes Kind (§ 128), dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.“

65. Im § 150 Abs. 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 1992“ durch den Ausdruck „1. Jänner 1993“ ersetzt.

66. § 160 Abs. 2 erster und zweiter Satz lauten:

„Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger gewährt, wenn und soweit sie nicht aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger kann die Gewährung der vom Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger oder von einem anderen Krankenversicherungsträger nach Maßgabe des § 99 a zu erbringenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation jederzeit an sich ziehen.“

67. Im § 169 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 4 durch einen Strichpunkt ersetzt.

68. Dem § 169 Abs. 2 wird nach der Z 4 folgende Z 5 angefügt:

„5. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 4 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Beachtung auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.“

69. Im § 185 Abs. 3 wird nach dem dritten Satz folgender Satz eingefügt:

„Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich in dem Maß, als der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Pension zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens (§ 149 Abs. 3) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 150 Abs. 1 lit. a sublit. bb nicht erreicht.“

70. § 193 Einleitung lautet:

„Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern gelten die Bestimmungen des Sechsten

Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß“

71. § 199 lautet:

„Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung

§ 199. (1) Das Amt eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Bestellung (§ 198) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 202 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.“

72. Die Überschrift zu § 201 lautet:

„Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter“

73. Im § 201 treten an die Stelle des ersten Satzes folgende Sätze:

„Die Mitglieder der Verwaltungskörper des Versicherungsträgers haben bei der Ausübung ihres Amtes die Gesetze der Republik Österreich, die Satzungen des Versicherungsträgers und die darauf beruhenden sonstigen Rechtsvorschriften zu beachten. Sie sind zur Amtverschwiegenheit sowie zur gewissenhaften und unparteiischen Ausübung ihres Amtes verpflichtet. Sie haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst.“

74. § 204 Abs. 5 lautet:

„(5) Die gewählten Vorsitzenden von Verwaltungskörpern und ihre Stellvertreter sind ab dem Zeitpunkt, für den sie gewählt wurden, zur Ausübung ihrer Funktionen berechtigt, sobald sie die Annahme ihrer Wahl dem zur Wahl berufenen Verwaltungskörper ausdrücklich erklärt haben.“

75. § 204 Abs. 5 und 6 (alt) erhalten die Bezeichnung 6 und 7.

76. § 205 lautet:

„Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 205. Der Obmann, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesstellenausschüsse und deren Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 201 hinzuweisen.“

77. § 218 a lautet:

„Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 218 a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 15 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.“

78. Im § 223 Abs. 1 zweiter Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „205 Abs. 2“ durch den Ausdruck „205“ ersetzt.

79. Nach § 229 wird folgender § 229 a eingefügt:

„Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes

§ 229 a. (1) Die Abgabenbehörden des Bundes haben dem Versicherungsträger nach Maßgabe des Abs. 3 folgende Daten von land(forst)wirtschaftlichem Vermögen (§ 29 des Bewertungsgesetzes) zu übermitteln:

1. Ordnungsbegriff und Lagebeschreibung der wirtschaftlichen Einheit,
2. Name (Familiename und Vorname) des Eigentümers der wirtschaftlichen Einheit mit Geburtsdatum und Anschrift sowie dessen Eigentumsanteil an der wirtschaftlichen Einheit,
3. Ausmaß des Einheitswertes und die im Bescheid ausgewiesenen Berechnungsgrundlagen,
4. Art und Rechtsgrundlage der Änderung des Einheitswertes, Stichtag der Rechtswirksamkeit sowie Ausfertigungsdatum des Bescheides,
5. Name und Anschrift eines allfälligen Zustellungsbevollmächtigten,
6. Berechnungsgrundlagen bei Gesamtflächenänderungen, die gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a des Bewertungsgesetzes zu keiner Wertfortschreibung führen.

(2) Die übermittelten Daten dürfen nur zur Feststellung des Bestandes und des Umfanges von Leistungen nach diesem Bundesgesetz verwendet werden.

(3) Das Verfahren der Übermittlung und der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung von in Abs. 1 genannten Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Soziales nach Maßgabe der technisch-organisatorischen Möglichkeiten zu bestimmen.“

80. Nach § 253 wird folgender § 253 a eingefügt:

„§ 253 a. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt wird, in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.“

81. Der bisherige Inhalt des § 254 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 255.

82. Der bisherige Inhalt des § 255 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 254.

83. § 254 (neu) lit. c lautet:

„c) hinsichtlich der §§ 34, 34 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 677/1991, 156 Abs. 4, 217 Abs. 3 zweiter Satz, 218 Abs. 3, 218 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 677/1991, 219 Abs. 1, 220 Abs. 2 und 3 jeweils letzter Satz, 229, 229 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 677/1991 und 237 der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen;“

84. Nach § 255 (neu) wird folgender § 256 angefügt:

„§ 256. (1) Die §§ 3 Abs. 3 Z 1, 12 Abs. 1 lit. b, Abs. 4 und 5, 20 Abs. 1 und 2, 21 Abs. 1, 25 Abs. 2, 7 und 8, 26 a Abs. 1, 27 Abs. 1 Z 1, 27 a, 27 b, 28 Abs. 2, 29 Abs. 3, 30 Abs. 4, 33 Abs. 6, 34 a, 40 Abs. 1, 41 Abs. 1, 48 Abs. 2, 49 a, 61 a Abs. 1, 78 Abs. 1, 2, 3 und 4, 79 Abs. 1 Z 1 und 2, 83 Abs. 9, 86 Abs. 5 lit. a, 90 Abs. 1 lit. b und d, 91 Abs. 1, 93 Abs. 6, 94 Abs. 2, 95 Abs. 1 und 3, 96 Abs. 2, 99, 99 a, 99 b, 100 Abs. 1 und 2, 101 Abs. 1 Z 4, 115 Abs. 1 Z 3, 116 Abs. 1 Z 3 und Abs. 9, 120 Abs. 1, 2 lit. b und Abs. 6, 122 Abs. 2 und Abs. 4 Z 1, 123 Abs. 2 Z 2, 130 Abs. 6 und 7, 131 a Abs. 1 Z 4, 139 Abs. 5, 150 Abs. 1, 160 Abs. 2, 169 Abs. 2 Z 5, 185 Abs. 3, 193, 199, 201, 204 Abs. 5, 205, 218 a, 223 Abs. 1, 229 a und 253 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 677/1991 treten mit 1. Jänner 1992 in Kraft.

(2) Personen, die nach den am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Vorschriften des § 12 Abs. 1 lit. b zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz berechtigt wären, es aber nach den Bestimmungen des § 12 Abs. 1 lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 677/1991 nicht mehr gewesen wären, können das Recht auf freiwillige Weiterversicherung in der Pensionsversicherung noch bis zum 30. Juni 1992 geltend machen.

(3) Personen, die gemäß § 115 Abs. 1 Z 3 in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung Beiträge wirksam entrichten konnten, es aber nach den Bestimmungen des § 115 Abs. 1 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 677/1991 nicht mehr können, können diese Beiträge bis 31. Dezember 1992 wirksam entrichten.

(4) § 122 Abs. 4 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 677/1991 tritt mit 1. Jänner 1988 in Kraft.

(5) § 116 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 677/1991 tritt mit 3. September 1990 in Kraft.

(6) § 116 Abs. 2 letzter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 677/1991 ist auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 2. September 1990 liegt.

(7) § 131 a Abs. 1 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 677/1991 ist nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1991 liegt.

ARTIKEL II

Übergangsbestimmung

Den am 31. Dezember 1991 in der Krankenversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz versicherten Personen ist für die erstmalige Geltendmachung der Berechtigung gemäß § 25 Abs. 7 und 8 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z 11 und 12 eine angemessene, vier Wochen nicht unterschreitende Frist einzuräumen, die ab Verständigung des (der) Versicherten über die Möglichkeit der Geltendmachung dieser Berechtigung zu laufen beginnt.

Waldheim
Vranitzky

678. Bundesgesetz, mit dem das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Betriebshilfegesetz geändert werden (16. Novelle zum BSVG und 5. Novelle zum BHG)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 234/1991, wird wie folgt geändert:

1. Im § 2 Abs. 1 wird der Strichpunkt am Ende der Z 1 durch einen Punkt ersetzt.

2. Dem § 2 Abs. 1 Z 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Dabei wird vermutet, daß Grundstücke, die als forstwirtschaftliches Vermögen nach dem Bewertungsgesetz 1955, BGBl. Nr. 148, bewertet sind oder Teil einer als solches bewerteten wirtschaftlichen Einheit sind, in der einem forstwirtschaftlichen Betrieb entsprechenden Weise auf Rechnung und Gefahr der dazu im eigenen Namen Berechtigten bewirtschaftet werden. Der Gegenbeweis ist für

Zeiten, die länger als einen Monat von der Meldung (§ 16) des der Vermutung widersprechenden Sachverhaltes zurückliegen, unzulässig;“

2 a. Im § 2 Abs. 1 wird der Punkt am Ende der Z 2 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 3 wird angefügt:

„3. der im land(forst)wirtschaftlichen Betrieb seines Ehegatten hauptberuflich beschäftigte Ehegatte, sofern keine Betriebsführung auf gemeinsame Rechnung und Gefahr der Ehegatten vorliegt und er nicht auf Grund dieser Beschäftigung nach § 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes pflichtversichert ist.“

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

„Für die Pflichtversicherung der im § 2 a angeführten Ehegatten ist jeweils der gesamte Einheitswert des Betriebes maßgeblich.“

2 c. § 2 a lautet:

„Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung von Ehegatten bei gemeinsamer Betriebsführung oder hauptberuflicher Beschäftigung

§ 2 a. (1) Wird ein land(forst)wirtschaftlicher Betrieb auf die gemeinsame Rechnung und Gefahr von Ehegatten geführt, oder ist ein Ehegatte im land(forst)wirtschaftlichen Betrieb des anderen hauptberuflich beschäftigt, so sind mit der Ausnahme des Abs. 2 beide Ehegatten in der Pensionsversicherung im Sinne des § 2 pflichtversichert.

(2) Wenn nur einer der im Abs. 1 angeführten Ehegatten

1. auf Grund anderer bundesgesetzlicher Vorschriften in einer Pensionsversicherung pflichtversichert ist oder auf Grund einer solchen Pflichtversicherung eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters oder der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit bezieht, oder
2. auf Grund einer Beschäftigung in einem öffentlich-rechtlichen oder unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder zu von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen oder Fonds steht, wenn ihm aus diesem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenuß zusteht, oder wenn er auf Grund eines solchen Dienstverhältnisses einen Ruhegenuß bezieht, oder
3. als Bezieher einer Geldleistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 oder nach dem Sonderunterstützungsgesetz, BGBl. Nr. 642/1973, bzw. als Bezieher einer Überbrückungshilfe nach dem Überbrückungshilfegesetz, BGBl. Nr. 174/1963, in der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozial-

- versicherungsgesetz versichert ist oder Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld aus der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz hat, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder
4. auf Rechnung eines Versicherungsträgers nach anderer bundesgesetzlicher Vorschrift in Anstaltspflege steht, oder
 5. im Anschluß an eine Pflichtversicherung nach Z 1 bzw. nach Z 3 bzw. an den Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld nach Z 3 bzw. an die Anstaltspflege nach Z 4 ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst bzw. Zivildienst leistet, oder
 6. gemäß § 221 dieses Bundesgesetzes von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung befreit ist,
 7. gemäß Art. III Abs. 2 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung befreit ist, dann ist nur der andere Ehegatte in der Pensionsversicherung pflichtversichert.“

2 d. § 2 b lautet:

„Pflichtversicherung in der Krankenversicherung bei gemeinsamer Betriebsführung

§ 2 b. Führen Ehegatten ein und denselben land(forst)wirtschaftlichen Betrieb auf gemeinsame Rechnung und Gefahr und ist keiner der beiden Ehegatten auf Grund anderer bundesgesetzlicher Vorschriften in der Krankenversicherung pflichtversichert, so ist nur ein Ehegatte in der Krankenversicherung im Sinne des § 2 pflichtversichert, und zwar derjenige, der innerhalb von sechs Monaten ab dem Beginn der Führung des Betriebes auf gemeinsame Rechnung und Gefahr bzw. nach dem Wegfall einer Voraussetzung nach § 2 a Abs. 2 Z 1 bis 7 dem Versicherungsträger bekanntgegeben wird. Wenn innerhalb dieser Frist keine oder für beide Ehegatten eine solche Erklärung abgegeben wird, ist der Ehegatte pflichtversichert, der vor der zuletzt eingetretenen Erfüllung eines Tatbestandes des § 2 a Abs. 2 Z 1 bis 7 in der Krankenversicherung pflichtversichert war, sonst der ältere Ehegatte. Der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach anderen bundesgesetzlichen Vorschriften steht ein Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld nach solchen Vorschriften sowie die Gewährung der Anstaltspflege auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers gleich.“

3. Im § 3 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der lit. c durch einen Strichpunkt ersetzt.

4. Dem § 3 Abs. 2 wird nach der lit. c folgende lit. d angefügt:

„d) im Falle der gesetzlichen Vermutung gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 der anteilmäßige Ertragswert der Waldfläche.“

4 a. Im § 5 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 4 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 5 wird angefügt:

„5. die im § 2 Abs. 1 Z 3 angeführten Ehegatten.“

5. § 9 Abs. 1 lit. b lautet:

„b) in den letzten 24 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens zwölf oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden jährlich mindestens drei Versicherungsmonate in einer oder mehreren gesetzlichen Pensionsversicherungen erworben haben,“

6. § 9 Abs. 4 Einleitung lautet:

„Der im Abs. 1 genannte Zeitraum, in dem mindestens zwölf Versicherungsmonate erworben sein müssen, und die im Abs. 3 genannte Frist von sechs Monaten verlängern sich“

7. Im § 9 Abs. 5 wird der Ausdruck „120 Versicherungsmonate“ durch den Ausdruck „60 Versicherungsmonate — ausgenommen Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes —“ ersetzt.

7 a. Im § 16 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 2 Abs. 1 Z 2“ durch den Ausdruck „§ 2 Abs. 1 Z 2 und 3“ ersetzt.

8. Die Überschrift zu § 18 lautet:

„Meldungen der Zahlungsempfänger (Leistungswerber)“

9. Im § 18 Abs. 1 (neu) zweiter Satz entfällt der Ausdruck „bzw. während des Ruhens des Pensionsanspruches“.

10. Der bisherige Inhalt des § 18 erhält die Bezeichnung Abs. 1. Folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Abs. 1 gilt auch für Personen, die eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters beantragt haben, wenn sie vom Versicherungsträger nachweislich über den Umfang ihrer Meldepflichtung belehrt wurden.“

11. Im § 19 Abs. 1 erster Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „auch ohne Vordruck schriftlich“ durch den Ausdruck „auch ohne Vordruck schriftlich oder mittels elektronischer Datenträger“ ersetzt.

11 a. Im § 23 Abs. 1 wird der Ausdruck „gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 Pflichtversicherten“ durch den Ausdruck „gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und Z 3 Pflichtversicherten“ ersetzt.

12. Im § 23 Abs. 3 wird der Punkt am Ende der lit. f durch einen Strichpunkt ersetzt.

13. Dem § 23 Abs. 3 wird nach der lit. f folgende lit. g angefügt:

„g) im Falle der gesetzlichen Vermutung gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 der anteilmäßige Ertragswert der Waldfläche.“

13 a. Dem § 23 Abs. 6 wird folgender Satz angefügt:

„Wenn nach § 2 a beide Ehegatten in der Pensionsversicherung pflichtversichert sind, beträgt die Beitragsgrundlage jeweils die Hälfte des Versicherungswertes des Betriebes.“

13 b. § 23 Abs. 10 lautet:

- „(10) Die Beitragsgrundlage beträgt mindestens
- a) für die gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und die gemäß § 2 a Abs. 2 allein Pflichtversicherten 4 040 S monatlich (Mindestbeitragsgrundlage). An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1993, der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag;
 - b) für die gemäß § 2 Abs. 1 Z 2 Pflichtversicherten ein Drittel des in lit. a genannten Betrages, gerundet auf volle Schilling (Mindestbeitragsgrundlage);
 - c) für die gemäß § 2 a gemeinsam mit ihrem Ehegatten Pflichtversicherten jeweils die Hälfte des in lit. a genannten Betrages gerundet auf volle Schilling.“

14. Im § 24 Abs. 1 wird der Ausdruck „4,8 vH“ durch den Ausdruck „5,1 vH“ ersetzt.

14 a. Nach § 24 wird folgender § 24 a eingefügt:

„Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung

§ 24 a. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben für die Dauer der Beitragspflicht (§ 32) einen Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der Beitragsgrundlage zu leisten. § 24 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Alle für die Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung geltenden Rechtsvorschriften sind auf den Zusatzbeitrag nach Abs. 1 anzuwenden.“

14 b. Nach § 24 a wird folgender § 24 b eingefügt:

„Abfuhr der Zusatzbeiträge an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

§ 24 b. Der Versicherungsträger hat die in einem Verschreibungszeitraum bei ihm eingezahlten Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung bis zum 20. des zweiten auf das Ende des Verschreibungszeitraumes folgenden Kalendermonates an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447 f des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) abzuführen. Auf die Abfuhr dieser Zusatzbeiträge ist im übrigen § 63 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden.“

14 c. Im § 25 Abs. 2 wird der Ausdruck „Pauschalbetrag“ durch den Ausdruck „Pauschalbetrag (Zusatzbeitrag)“ ersetzt.

14 d. § 27 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Weiterversicherten haben einen Beitrag (Zusatzbeitrag) zu entrichten, der mit dem für Pflichtversicherte geltenden Beitragssatz (Zusatzbeitragssatz) zu bemessen ist. Die §§ 24 und 24 a sind entsprechend anzuwenden.“

15. Im § 28 Abs. 5 wird der Ausdruck „24 vH“ durch den Ausdruck „22,8 vH“ ersetzt.

17. Nach § 31 wird folgender § 31 a eingefügt:

„§ 31 a. Abweichend von § 31 Abs. 3 leistet der Bund für das Geschäftsjahr 1992 einen Beitrag, der sich aus dem nach § 31 Abs. 3 zu ermittelnden Betrag vermindert um 100 Millionen Schilling ergibt.“

17 a. Im § 33 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 2 Abs. 1 Z 2“ durch den Ausdruck „§ 2 Abs. 1 Z 2 und 3“ ersetzt.

18. § 39 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt bei Beitragsschuldern und Beitragsmithaftenden binnen drei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge.“

19. § 40 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Das Recht auf Rückforderung verjährt nach Ablauf von fünf Jahren nach deren Zahlung.“

20. Nach § 45 wird folgender § 45 a eingefügt:

„§ 45 a. Die Aufwertungszahl (§ 45) beträgt für das Kalenderjahr 1992 1,055.“

21. Im § 57 a Abs. 1 erster Satz entfallen die Worte „sowie für die Dauer des Ruhens des Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“.

22. Im § 57 a Abs. 1 zweiter Satz entfallen die Worte „des Ruhens (§ 143 Abs. 1 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes)“.

23. § 74 Abs. 1 Z. 1 lautet:

„1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;“

24. § 74 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;“

25. Dem § 74 Abs. 1 wird folgende Z 5 angefügt:
„5. für die Gesundheitsförderung.“

26. § 74 Abs. 2 lautet:

„(2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung

1. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 100) und

2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 101) gewährt werden.“

27. § 74 Abs. 3 und 4 lauten:

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

(4) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Erforschung von Krankheits- bzw. Unfallursachen (ausgenommen Arbeitsunfälle) verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.“

28. § 74 Abs. 4 (alt) erhält die Bezeichnung 5.

29. § 75 Z 1 und 2 lauten:

„1. Zur Früherkennung von Krankheiten: Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 81 und 82);

2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 83 bis 87), erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 94) oder Anstaltspflege (§§ 89 bis 93);“

30. Dem § 78 wird folgender Abs. 9 angefügt:

„(9) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs. 4 Z 1 auch dann als Angehörige, wenn sie sich im Ausland in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden; dies gilt auch bei nur vorübergehendem Aufenthalt im Inland.“

31. § 80 Abs. 3 lit. a lautet:

„a) bei Leistungen gemäß den §§ 81, 82, 82 a, 96 a, 97 und 101;“

32. § 85 Abs. 1 dritter Satz lautet:

„Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 83 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche

- a) physiotherapeutische,
- b) logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder
- c) ergotherapeutische

Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiometrischen Dienstes bzw. des

beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen (ergotherapeutischen) Dienstes berechtigt sind;

2. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen (einer klinischen Psychologin) gemäß § 12 Abs. 1 Z 2 des Psychologengesetzes, BGBl. Nr. 360/1990, der (die) zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes gemäß § 10 Abs. 1 des Psychologengesetzes berechtigt ist;

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

33. Die Überschrift des § 89 lautet:

„Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt oder der medizinischen Hauskrankenpflege“

34. Im § 89 Abs. 1 wird nach dem zweiten Satz folgender Satz eingefügt:

„Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 94).“

35. § 89 Abs. 1 letzter Satz lautet:

„Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.“

36. § 89 Abs. 3 lautet:

„(3) Ist die Anstaltspflege oder die medizinische Hauskrankenpflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt (Asylierung), so wird sie nicht gewährt.“

37. (Grundsatzbestimmung) § 91 Z 4 lautet:

„4. Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat gegenüber dem eingewiesenen Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen, soweit nach Z 2 nichts anderes bestimmt ist, keinen Anspruch auf Pflegegebührensätze für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege.“

38. § 94 lautet:

„Medizinische Hauskrankenpflege

§ 94. (1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren.

(2) Die medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch diplomierte Krankenschwestern bzw. diplomierte Krankenpfleger (§ 23 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961), die vom Versicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben.

(3) Die Tätigkeit der diplomierten Krankenschwester bzw. des diplomierten Krankenpflegers kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfaßt medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Zur medizinischen Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.

(4) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihm ein Kostenzuschuß gemäß § 88 bzw. § 239.

(5) Die medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Versicherungsfall für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt. Darüber hinaus wird sie nach Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung weitergewährt.

(6) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt, wenn der (die) Anspruchsberechtigte in einer der im § 89 Abs. 4 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.“

39. § 96 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, kann die Satzung Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel sowie für deren Instandsetzung vorsehen, soweit nicht ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Leistungsverpflichtung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder ein gleichartiger Anspruch nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, nach dem Heeresversorgungsgesetz, nach dem Opferfürsorgegesetz, nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, nach dem Impfschadengesetz oder nach dem Strafvollzugsgesetz besteht.“

40. Nach § 96 werden folgende §§ 96 a und 96 b eingefügt:

„Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 96 a. (1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger gewährt, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluß an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 83 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, daß sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen:

1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel;
3. die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen, wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluß an eine oder im Zusammenhang mit einer der in Z 1 und 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind;
4. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 3 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.

(3) Die in Abs. 2 angeführten Maßnahmen sind beim Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger oder beim Versicherungsträger als Unfallversicherungsträger oder einem anderen Unfallversicherungsträger zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger oder einen anderen zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit sie diese Maßnahmen nicht selbst gemäß den §§ 152 Abs. 2, 161 Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 189 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gewähren bzw. zu gewähren haben oder ihre Gewährung gemäß § 152 Abs. 2 oder gemäß § 191 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes an sich ziehen.

(4) Der Versicherungsträger als Träger der Krankenversicherung kann die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation dem Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger oder einem anderen Pensionsversicherungsträger mit dessen Zustimmung übertragen. Er hat dem

Pensionsversicherungsträger in einem solchen Fall die Kosten zu ersetzen. Die beteiligten Versicherungsträger können jedoch zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Anzahl der in Betracht kommenden Fälle und die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die Zahlung jährlicher Pauschalbeträge vereinbaren.

(5) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat die von ihm jeweils zu treffenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen im Sinne des § 160 zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

(6) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 100 und 161) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

Gesundheitsförderung

§ 96 b. (1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen — ausgenommen Arbeitsunfälle — aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle — ausgenommen Arbeitsunfälle — verhütet werden können.

(2) Fallen Maßnahmen gemäß Abs. 1 auch in den sachlichen oder örtlichen Aufgabenbereich anderer Einrichtungen (Behörden, Versicherungsträger, gemeinnützige Einrichtungen und dergleichen), so kann mit diesen eine Vereinbarung über ein planmäßiges Zusammenwirken und eine Beteiligung an den Kosten getroffen werden.

(3) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger kann die im Abs. 1 bezeichneten Maßnahmen auch dadurch treffen, daß er sich an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, die den gleichen Zwecken dienen, beteiligt. Abs. 2 ist anzuwenden.“

41. § 100 Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger kann unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Betracht:

1. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten;
2. Unterbringung in Genesungs- und Erholungsheimen;
3. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung
 - a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,

b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit;

4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen;

5. Übernahme von Kosten für Betriebsshelfer und Haushaltshelferinnen.“

42. § 101 Abs. 1 Z 4 lautet:

„3. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.“

43. § 106 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Zeiten einer Weiterversicherung gemäß § 9, wenn die Beiträge innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Kalendermonates; für den sie gelten sollen, wirksam (§ 109) entrichtet worden sind;“

44. § 107 Abs. 1 Z 2 lit. c entfällt; lit. d erhält die Bezeichnung c.

45. § 107 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Zeiten, in denen der Versicherte auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1990 ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst — ausgenommen Zeiten der Pflichtversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes — oder auf Grund der Bestimmungen des Zivildienstgesetzes ordentlichen oder außerordentlichen Zivildienst geleistet hat;“

46. § 107 Abs. 1 Z 3 bis 6 (alt) erhalten die Bezeichnung 4 bis 7.

47. Dem § 107 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für Personen, die am 13. März 1938 die österreichische Staatsbürgerschaft besessen haben, ist Abs. 1 Z 2 lit. a, b und c mit der Maßgabe anzuwenden, daß das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft am Stichtag entfällt.“

48. Im § 107 Abs. 9 erster Satz wird der Ausdruck „20,5 vH“ durch den Ausdruck „22,8 vH“ ersetzt.

49. § 111 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Anspruch auf jede der im § 103 Abs. 1 angeführten Leistungen ist, abgesehen von den im 2. Unterabschnitt festgesetzten besonderen Voraussetzungen, an die allgemeine Voraussetzung geknüpft, daß die Wartezeit durch Versicherungsmonate, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung gemäß § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, im Sinne des § 110 erfüllt ist.“

50. § 111 Abs. 2 lit. b lautet:

„b) wenn der Stichtag (§ 104 Abs. 2) vor dem vollendeten 27. Lebensjahr des (der) Versicherten liegt und der (die) Versicherte

mindestens sechs Versicherungsmonate, die nicht auf einer Selbstversicherung gemäß § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes beruhen, erworben hat oder“

51. § 111 Abs. 6 lautet:

„(6) Die Wartezeit ist auch erfüllt, wenn bis zum Stichtag mindestens 180 Beitragsmonate, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, erworben sind.“

52. Im § 113 Abs. 2 treten an die Stelle des letzten Satzes folgende Sätze:

„Versicherungsmonate, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 31. Dezember 1950 liegen, bleiben unberücksichtigt, es sei denn, daß Versicherungsmonate nur in diesem Zeitraum vorliegen. Bemessungszeitpunkt ist der Stichtag.“

53. § 113 Abs. 5 Z 1 lautet:

„1. Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung, die auch Zeiten enthalten, während welcher Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Karenzurlaubsgeld aus gesetzlicher Versicherung bezogen wurde, wenn es für den Versicherten günstiger ist; dies gilt entsprechend auch für Beitragsmonate der Pflichtversicherung, welche Zeiten enthalten, während welcher berufliche Maßnahmen der Rehabilitation (§ 153 dieses Bundesgesetzes sowie §§ 198 bzw. 303 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und § 161 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes) gewährt wurden bzw. Zeiten einer Beschäftigung enthalten, zu deren Ausübung ihn diese Maßnahmen befähigt haben;“

54. Im § 113 Abs. 5 wird der Punkt am Ende der Z 2 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 3 wird angefügt:

„3. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die Zeiten enthalten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 167 dieses Bundesgesetzes bzw. § 311 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes geleistet worden ist.“

55. § 114 Abs. 2 Z 2 lautet:

„2. für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen die letzten 120 Versicherungsmonate im Sinne des § 110 vor dem Bemessungszeitpunkt in Betracht; Versicherungsmonate, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 31. Dezember 1950 liegen, bleiben unberücksichtigt;“

55 a. Im § 118 Abs. 6 wird der Ausdruck „§ 2 Abs. 1 Z 2“ durch den Ausdruck „§ 2 Abs. 1 Z 2 und 3“ ersetzt.

56. § 122 a Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsentschädigung, Urlaubsentschädigung oder Urlaubsabfindung gebührt,“.

56 a. § 125 zweiter Satz lautet:

„Das Erfordernis der dreijährigen Fortführung entfällt, wenn die Witwe (der Witwer) im Zeitpunkt des Todes des Ehegatten den Betrieb auf gemeinsame Rechnung und Gefahr führte oder hauptberuflich im Betrieb des Ehegatten beschäftigt war.“

57. § 130 Abs. 5 dritter Satz lautet:

„Der ab dem Bemessungszeitpunkt der weggefallenen Leistung maßgebliche Hundertsatz des Steigerungsbetrages ergibt sich aus der Verminderung des zum Stichtag der neu anfallenden Leistung festgestellten Hundertsatzes des Steigerungsbetrages um den Hundertsatz des Steigerungsbetrages der weggefallenen Leistung.“

58. § 141 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Richtsatz beträgt unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2

- a) für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung,
 - aa) wenn sie mit dem Ehegatten (der Ehegattin) im gemeinsamen Haushalt leben 9 317 S,
 - bb) wenn die Voraussetzungen nach sublit. aa) nicht zutreffen 6 500 S,
- b) für Pensionsberechtigte auf Witwen(Witwer)pension 6 500 S,
- c) für Pensionsberechtigte auf Waisenspension:
 - aa) bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres 2 427 S, falls beide Elternteile verstorben sind 3 646 S,
 - bb) nach Vollendung des 24. Lebensjahres 4 312 S, falls beide Elternteile verstorben sind 6 500 S.

Der Richtsatz nach lit. a erhöht sich um 693 S für jedes Kind (§ 119), dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.“

59. Im § 141 Abs. 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 1992“ durch den Ausdruck „1. Jänner 1993“ ersetzt.

60. § 152 Abs. 2 erster und zweiter Satz lauten:

„Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger gewährt, wenn und soweit sie nicht aus einer

gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger kann die Gewährung der vom Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger oder von einem anderen Krankenversicherungsträger nach Maßgabe des § 96 a zu erbringenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation jederzeit an sich ziehen.“

61. Im § 161 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 4 durch einen Strichpunkt ersetzt.

62. Dem § 161 Abs. 2 wird nach der Z 4 folgende Z 5 angefügt:

„5. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 4 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.“

63. Im § 173 Abs. 3 wird nach dem dritten Satz folgender Satz eingefügt:

„Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich in dem Maß, als der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Pension zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens (§ 140 Abs. 3) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 141 Abs. 1 lit. a sublit. bb nicht erreicht.“

64. § 181 Einleitung lautet:

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

65. § 187 lautet:

„Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung

§ 187. (1) Das Amt eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Bestellung (§ 186) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 190 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.“

66. Die Überschrift zu § 189 lautet:

„Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter“

67. Im § 189 treten an die Stelle des ersten Satzes folgende Sätze:

„Die Mitglieder der Verwaltungskörper des Versicherungsträgers haben bei der Ausübung ihres

Amtes die Gesetze der Republik Österreich, die Satzungen des Versicherungsträgers und die darauf beruhenden sonstigen Rechtsvorschriften zu beachten. Sie sind zur Amtsverschwiegenheit sowie zur gewissenhaften und unparteiischen Ausübung ihres Amtes verpflichtet. Sie haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst.“

68. § 192 Abs. 5 lautet:

„(5) Die gewählten Vorsitzenden von Verwaltungskörpern und ihre Stellvertreter sind ab dem Zeitpunkt, für den sie gewählt wurden, zur Ausübung ihrer Funktionen berechtigt, sobald sie die Annahme ihrer Wahl dem zur Wahl berufenen Verwaltungskörper ausdrücklich erklärt haben.“

69. § 192 Abs. 5 (alt) erhält die Bezeichnung 6.

70. § 193 lautet:

„Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 193. Der Obmann, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesstellenausschüsse und deren Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 189 hinzuweisen.“

71. § 206 a lautet:

„Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

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

72. Im § 211 Abs. 1 zweiter Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „193 Abs. 2“ durch den Ausdruck „193“ ersetzt.

73. Im § 217 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 5 durch einen Strichpunkt ersetzt. Folgende Z 6 wird angefügt:

„6. Berechnungsgrundlagen bei Gesamtflächenänderungen, die gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a des Bewertungsgesetzes zu keiner Wertfortschreibung führen.“

74. Nach § 240 wird folgender § 240 a eingefügt:

„§ 240 a. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt wird, in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.“

75. Der bisherige Inhalt des § 241 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 242.

76. Der bisherige Inhalt des § 242 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 241.

77. Der Inhalt des § 241 (neu) erhält die Bezeichnung Abs. 1.

78. § 241 Abs. 1 (neu) lit. b lautet:

„b) hinsichtlich der §§ 30, 31, 31 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991, 147 Abs. 4, 205 Abs. 3 zweiter Satz, 206 Abs. 2, 206 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991, 207 Abs. 1, 208 Abs. 2 und 3 jeweils letzter Satz, 217 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 und 224 der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen;“

79. Dem § 241 Abs. 1 (neu) wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) Mit der Vollziehung des § 91 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991, die gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in die Kompetenz der Länder fällt, ist die zuständige Landesregierung betraut; mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 des Bundes-Verfassungsgesetzes der Bundesminister für Arbeit und Soziales.“

80. Nach § 242 (neu) wird folgender § 243 angefügt:

„§ 243. (1) Die §§ 2 Abs. 1 Z 1 und 3 und Abs. 2, 2 a, 2 b, 3 Abs. 2 lit. d, 5 Abs. 2 Z 5, 9 Abs. 1 lit. b, Abs. 4 und Abs. 5, 18 Abs. 1 und 2, 19 Abs. 1, 23 Abs. 1, Abs. 3 lit. g, Abs. 6 und 10, 24 Abs. 1, 24 a, 24 b, 25 Abs. 2, 27 Abs. 4, 28 Abs. 5, 31 a, 33 Abs. 1, 39 Abs. 1, 40 Abs. 1, 45 a, 57 a Abs. 1, 74 Abs. 1, 2, 3 und 4, 75 Z 1 und 2, 78 Abs. 9, 80 Abs. 3 lit. a, 85 Abs. 1, 89 Abs. 1 und 3, 94, 96 Abs. 1, 96 a, 96 b, 100 Abs. 1 und 2, 101 Abs. 1 Z 4, 106 Abs. 1 Z 3, 107 Abs. 1 Z 3 und Abs. 9, 111 Abs. 1, 2 lit. b und Abs. 6, 113 Abs. 2 und Abs. 5 Z 1, 114 Abs. 2 Z 2, 118 Abs. 6, 122 a Abs. 1 Z 4, 125 zweiter Satz, 130 Abs. 5, 141 Abs. 1 und 2, 152 Abs. 2, 161 Abs. 2 Z 5, 173 Abs. 3, 181, 187, 189, 192 Abs. 5, 193, 206 a, 211 Abs. 1, 217 Abs. 2 Z 6 und 240 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 treten am 1. Jänner 1992 in Kraft.

(2) Personen, die nach den am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Vorschriften des § 9 Abs. 1 lit. b zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz berechtigt waren, es aber nach den Bestimmungen des § 9 Abs. 1 lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 nicht mehr gewesen wären, können das Recht auf freiwillige Weiterversicherung in der Pensionsversicherung noch bis zum 30. Juni 1992 geltend machen.

(3) Personen, die gemäß § 106 Abs. 1 Z 3 in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung Beiträge wirksam entrichten konnten, es

aber nach den Bestimmungen des § 106 Abs. 1 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 nicht mehr können, können diese Beiträge bis 31. Dezember 1992 wirksam entrichten.

(4) § 113 Abs. 5 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 tritt am 1. Jänner 1988 in Kraft.

(5) § 91 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 tritt am 1. Jänner 1990 in Kraft.

(6) § 107 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 tritt am 3. September 1990 in Kraft.

(7) § 107 Abs. 2 letzter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 ist auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 2. September 1990 liegt.

(8) § 122 a Abs. 1 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 ist nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1991 liegt.

(9) Die §§ 2 Abs. 1 Z 3 und Abs. 2, 2 a, 2 b, 5 Abs. 2 Z 5, 23 Abs. 1, 6 und 10, 33 Abs. 1, 118 Abs. 6 und 125 zweiter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 treten am 31. Dezember 1992 außer Kraft. Mit dem Außerkrafttreten dieser Bestimmungen treten die am 31. Dezember 1991 in Kraft gestandenen, entsprechenden Bestimmungen wieder in Kraft.“

Artikel II

Änderung des Betriebshilfegesetzes (5. Novelle zum BHG)

Das Betriebshilfegesetz, BGBl. Nr. 359/1982, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 234/1991, wird wie folgt geändert:

1. Art. I § 3 Abs. 3 und 4 lauten:

„(3) Wird die Leistung nach Abs. 1 nicht im Wege der Beistellung einer Arbeitskraft durch den Versicherungsträger erbracht, so gebührt anstelle dieser Leistung ein tägliches Wochengeld, solange während des im Abs. 1 genannten Zeitraumes eine geeignete betriebsfremde, soweit eine solche nicht zur Verfügung steht, eine nicht betriebsfremde Hilfe ständig zur Entlastung der Wöchnerin eingesetzt worden ist. Als ständig gilt nur eine Tätigkeit, die

- a) an mindestens vier Tagen oder im Ausmaß von 20 Stunden in einer Woche oder
- b) bezogen auf den Zeitraum vor bzw. nach der Entbindung (Abs. 1), jeweils im Durchschnitt an vier Tagen oder im Ausmaß von 20 Stunden in einer Woche

von der Hilfe zur Entlastung der Wöchnerin verrichtet wird. Das Ausmaß des täglichen Einsatzes

ist unter Anführung des Namens und der Anschrift der Hilfe in geeigneter Weise glaubhaft zu machen.

(4) Die Voraussetzung des Abs. 3 entfällt, wenn
1. infolge der örtlichen Lage des Betriebes eine Hilfe oder Nachbarschaftshilfe nicht herangezogen werden kann, oder

2. wegen der Art der der Wöchnerin zustehenden Berechtigung zur Ausübung der die Pflichtversicherung begründenden selbständigen Erwerbstätigkeit der Einsatz einer Hilfe zur Entlastung der Wöchnerin nicht zulässig ist.“

2. Art. I § 4 b Z 1 lautet:

„1. eines Dienstverhältnisses, aus dem ein Erwerbseinkommen bezogen wird, das nach § 5 Abs. 2 lit. a bis c des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955, jeweils in Betracht kommende Entgelt übersteigt,“

3. Der bisherige Inhalt des Art. VI erhält die Bezeichnung Abs. 1.

4. Dem Art. VI Abs. 1 (neu) wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) Art. I § 3 Abs. 3 und 4 und Art. I § 4 b Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 treten am 1. Jänner 1992 in Kraft.“

Artikel III

Übergangsbestimmung

(1) Die Vermutung des § 2 Abs. 1 Z 1 zweiter Satz des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z 2 gilt nicht, wenn der der Vermutung widersprechende Sachverhalt bereits vor dem 1. Jänner 1992 gemeldet wurde.

(2) Personen, die durch das Inkrafttreten des § 2 a in der Fassung des Art. I Z 2 c der 16. Novelle zum Bauern-Sozialversicherungsgesetz ab 1. Jänner 1992 der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz unterliegen würden, die jedoch zu diesem Zeitpunkt das 50. Lebensjahr vollendet haben und am 31. Dezember 1991 nicht der Pflichtversicherung in dieser Pensionsversicherung unterlegen sind, sind auf Antrag von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung zu befreien, wenn dieser Antrag bis spätestens 31. Dezember 1992 bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern gestellt wird. Die Befreiung gilt rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens.

(3) Zeiten vor dem 1. Jänner 1992, in denen bei einem früheren Wirksamkeitsbeginn der §§ 2 Abs. 1 Z 3 und 2 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 eine Pflichtversicherung bestanden hätte, sind auch bei der Erfüllung der Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 Z 1 des Bauern-

Sozialversicherungsgesetzes aus diesem Grunde keine Ersatzzeiten.

(4) Die Beitragsgrundlage für Personen, die nach § 2 a gemeinsam mit ihrem Ehegatten in der Pensionsversicherung pflichtversichert sind und die am 31. Dezember 1991 nach § 2 a in der zu diesem Zeitpunkt in Geltung gestandenen Fassung pflichtversichert waren, ist dann abweichend von § 23 Abs. 6 letzter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 der gesamte Versicherungswert des Betriebes, wenn sie dies bis zum 31. Dezember 1992 beim Versicherungsträger beantragen. Diese Erhöhung der Beitragsgrundlage auf den gesamten Versicherungswert kann bis zum 1. Jänner 1992 rückwirkend beantragt werden.

Waldheim

Vranitzky

679. Bundesgesetz, mit dem das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert wird (21. Novelle zum Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 234/1991, wird wie folgt geändert:

1. Im § 2 Abs. 1 Z 2 entfällt der Ausdruck „Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadtgemeinde Müzzzuschlag,“.

2. § 20 lautet:

„Allgemeine Beiträge

§ 20. (1) Allgemeiner Beitrag ist ein einheitlicher Hundertsatz der Beitragsgrundlage (§ 19). Der Hundertsatz beträgt ab dem Jahre 1992 6,6.

(2) Abweichend von Abs. 1 vermindert sich der Beitrag im Jahr 1992 in den Fällen, in denen der Beitrag vom Versicherten und vom Dienstgeber zu gleichen Teilen zu tragen ist, um je 0,7 Prozentpunkte; die Verminderung des Beitrages für den Versicherten im Jahr 1992 um 0,7 Prozentpunkte gilt nicht in den Fällen, in denen der Versicherte Anspruch auf eine Pensionsleistung gemäß § 1 Abs. 1 Z 7, 12 oder 14 lit. b hat. In den Fällen, in denen der Beitrag vom Versicherten bzw. Dienstgeber allein zu tragen ist, vermindert sich der Beitrag im Jahr 1992 um 1,4 Prozentpunkte.“

2 a. Nach § 20 wird folgender § 20 a eingefügt:

„Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung

§ 20 a. (1) Für in der Krankenversicherung versicherte Personen ist ein Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten. Von diesem Zusatzbeitrag entfallen

1. auf den Versicherten 0,25 vH,
2. auf dessen Dienstgeber 0,25 vH der Beitragsgrundlage.

(2) Alle für die Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung geltenden Rechtsvorschriften sind, soweit nichts anderes bestimmt wird, auf den Zusatzbeitrag nach Abs. 1 anzuwenden.“

2 b. Der bisherige Inhalt des § 21 erhält die Bezeichnung Abs. 1. Folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Der Zusatzbeitrag nach § 20 a ist unter Bedachtnahme auf Abs. 1 auch von den Sonderzahlungen zu leisten.“

2 c. Nach § 24 wird folgender § 24 a eingefügt:

„Abfuhr der Zusatzbeiträge an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

§ 24 a. Die Versicherungsanstalt hat die in einem Kalendermonat bei ihr eingezahlten Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung bis zum 20. des folgenden Kalendermonates an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447 f des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) abzuführen. Auf die Abfuhr dieser Zusatzbeiträge ist im übrigen § 63 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden.“

3. Im § 26 a Abs. 2 wird der Ausdruck „140 S“ durch den Ausdruck „175 S“ ersetzt.

4. § 26 a Abs. 3 lautet:

„(3) An die Stelle des in Abs. 2 genannten Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres jener Betrag, der sich durch die Erhöhung um den jeweiligen auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz ergibt, um den sich zu diesem Zeitpunkt das Gehalt der Gehaltsstufe 2 der Dienstklasse V nach dem Gehaltsgesetz 1956 einschließlich einer allfälligen Teuerungszulage gegenüber dem vergleichbaren Gehalt am 1. Jänner des vorangegangenen Jahres ändert oder geändert hat. Tritt eine Änderung des genannten Gehaltes am 1. Jänner des in Betracht kommenden Jahres nicht ein, so gilt der zuletzt festgestellte Betrag als Beitrag. § 19 Abs. 5 letzter Satz und § 22 Abs. 5 erster Satz gelten entsprechend.“

5. § 26 b lautet:

„Einzahlung der Beiträge

§ 26 b. Für die Einzahlung der Beiträge nach § 26 a gilt § 23 mit der Maßgabe, daß die Beiträge

gemäß § 26 a Abs. 2 bei der Versicherungsanstalt bis zum 31. März eines jeden Jahres einzuzahlen sind.“

6. Nach § 32 Abs. 3 erster Satz wird folgender Satz eingefügt:

„Wird eine Unfallsanzeige innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles erstattet, so gilt der Zeitpunkt des Einlangens der Unfallsanzeige bei der Versicherungsanstalt als Tag der Einleitung des Verfahrens, wenn dem Versicherten zum Zeitpunkt der späteren Antragstellung oder Einleitung des Verfahrens noch ein Anspruch auf Rentenleistungen zusteht.“

7. § 51 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;“

8. § 51 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. für Zahnbehandlung und Zahnersatz;“

9. § 51 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;“

10. Dem § 51 Abs. 1 wird folgende Z 5 angefügt:

„5. für die Gesundheitsförderung.“

11. § 51 Abs. 2 lautet:

„(2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung

1. Maßnahmen der erweiterten Heilbehandlung (§ 70) und
2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 72) gewährt werden.“

12. § 51 Abs. 3 und 4 lauten:

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

(4) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Erforschung von Krankheits- bzw. Unfallursachen (ausgenommen Dienstunfälle) verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.“

13. § 51 Abs. 4 (alt) erhält die Bezeichnung 5.

14. § 52 Z 2 lautet:

„2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 62 bis 65), erforderlicher-

chenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 71) oder Anstaltspflege (§§ 66 bis 68);“

15. § 56 Abs. 4 lautet:

„(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs. 3 Z 1 auch dann als Angehörige, wenn sie sich im Ausland in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden; dies gilt auch bei nur vorübergehendem Aufenthalt im Inland.“

16. Nach § 60 wird folgender § 60 a eingefügt:

„Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

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

17. § 63 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 62 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche
 - a) physiotherapeutische,
 - b) logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder
 - c) ergotherapeutische
 Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiometrischen Dienstes bzw. des beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen (ergotherapeutischen) Dienstes berechtigt sind;
2. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen (einer klinischen Psychologin) gemäß § 12 Abs. 1 Z 2 des Psychologengesetzes, BGBl. Nr. 360/1990, der (die) zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes gemäß § 10 Abs. 1 des Psychologengesetzes berechtigt ist;
3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychothera-

peutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 1 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373) stattgefunden hat.“

18. § 65 Abs. 8 lautet:

„(8) Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe und andere Hilfsmittel werden nicht gewährt bzw. die Kosten der Instandsetzung nicht übernommen, wenn auf diese Leistungen Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Leistungsverpflichtung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder ein gleichartiger Anspruch nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957, BGBl. Nr. 152, des Opferfürsorgegesetzes, BGBl. Nr. 183/1947, des Heeresversorgungsgesetzes, BGBl. Nr. 27/1964, des Strafvollzugsgesetzes, BGBl. Nr. 144/1969, oder aus einer auf landesgesetzlichen Vorschriften beruhenden Unfallfürsorgeeinrichtung besteht.“

19. Nach § 65 werden folgende §§ 65 a und 65 b eingefügt:

„Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 65 a. (1) Die Versicherungsanstalt gewährt, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluß an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 62 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, daß sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen:

1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel;
3. die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen, wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluß an eine oder im Zusammenhang mit einer der in Z 1 und 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind;
4. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 3 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln gemäß § 83 Abs. 5.

(3) Betreffend die Vereinbarungen zur Durchführung der Rehabilitation gilt § 99 e.

(4) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 70 a) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

Gesundheitsförderung

§ 65 b. (1) Die Versicherungsanstalt als Träger der Krankenversicherung hat allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen — ausgenommen Dienstunfälle — aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle — ausgenommen Dienstunfälle — verhütet werden können.

(2) Fallen Maßnahmen gemäß Abs. 1 auch in den sachlichen oder örtlichen Aufgabenbereich anderer Einrichtungen (Behörden, Versicherungsträger, gemeinnützige Einrichtungen und dergleichen), so kann mit diesen eine Vereinbarung über ein planmäßiges Zusammenwirken und eine Beteiligung an den Kosten getroffen werden.

(3) Die Versicherungsanstalt kann die im Abs. 1 bezeichneten Maßnahmen auch dadurch treffen, daß sie sich an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, die den gleichen Zwecken dienen, beteiligt. Abs. 2 ist anzuwenden.“

20. Die Überschrift zu § 66 lautet:

„Gewährung der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege“

21. § 66 Abs. 1 lautet:

„(1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist Pflege in einer Krankenanstalt zu gewähren. Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren. Die Anstaltspflege ist auch zu gewähren, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.“

22. § 66 Abs. 3 lautet:

„(3) Ist die Anstaltspflege oder die medizinische Hauskrankenpflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt (Asylierung), so wird sie nicht gewährt.“

23. Im § 70 wird der Ausdruck „Maßnahmen der Rehabilitation“ durch den Ausdruck „Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation“ ersetzt.

24. Im § 70 a Abs. 1 entfallen die Worte „neben oder im Anschluß an eine Krankenbehandlung geeignete“.

25. § 70 a Abs. 2 lautet:

„(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Betracht:

1. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten;

2. Unterbringung in Genesungs- und Erholungsheimen;

3. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung

a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,

b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit;

4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 gemäß § 83 Abs. 5.“

26. Die Überschrift zu § 70 b lautet:

„Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation“

27. § 70 b Abs. 1 lautet:

„(1) Die Versicherungsanstalt kann unter Berücksichtigung des Zieles der Rehabilitation gemäß § 87 Abs. 2 und nach Maßgabe des § 70 in der Krankenversicherung Versicherten, die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden, ausgenommen die im § 1 Abs. 1 Z 7, 12 und 14 lit. b bezeichneten Personen, nach Maßgabe der §§ 87 Abs. 2 und 99 a bis 99 d berufliche und soziale Maßnahmen gewähren.“

28. § 70 b Abs. 2 lautet:

„(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen auch die Übernahme der Reise- und Transportkosten gemäß § 83 Abs. 5.“

29. Im § 70 b Abs. 3 wird der Ausdruck „der Rehabilitation“ durch den Ausdruck „der erweiterten Rehabilitation“ ersetzt.

30. § 71 lautet:

„Medizinische Hauskrankenpflege“

§ 71. (1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren.

(2) Die medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch diplomierte Krankenschwestern bzw. diplomierte Krankenpfleger (§ 23 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961), die von der Versicherungsanstalt beigestellt werden oder die mit der Versicherungsanstalt in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben.

(3) Die Tätigkeit der diplomierten Krankenschwester bzw. des diplomierten Krankenpflegers kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfaßt medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Zur medizinischen Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.

(4) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt in Anspruch genommen, so gebührt ihm (ihr) Kostenersatz gemäß § 59.

(5) Die medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Versicherungsfall für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt. Darüber hinaus wird sie nach Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung weitergewährt.

(6) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt, wenn der (die) Anspruchsberechtigte in einer der im § 66 Abs. 4 bezeichneten Einrichtungen oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, untergebracht ist.“

31. § 72 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. gesundheitliche Erziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen;“

32. Dem § 72 Abs. 1 wird nach der Z 3 folgende Z 4 angefügt:

„4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 gemäß § 83 Abs. 5.“

33. Im § 74 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 52 Abs. 1 Z 2“ durch den Ausdruck „§ 52 Z 3“ ersetzt.

34. Dem § 76 wird folgender Satz angefügt:

„Hat die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt in Anspruch genommen, so gebührt ihr Kostenersatz gemäß § 59.“

35. Im § 82 wird der Ausdruck „§ 52 Abs. 1 Z 2 und 3“ durch den Ausdruck „§ 52 Z 2 und 3“ ersetzt.

36. § 83 Abs. 5 lautet:

„(5) Durch die Satzung kann im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 65 a Abs. 2), mit Maßnahmen der erweiterten Heilbehandlung (§§ 70 a Abs. 2 und 70 b Abs. 1) und Maßnahmen der Krankheitsverhütung (§ 72 Abs. 1) die Übernahme von Reise-(Fahrt-) und Transportkosten als freiwillige Leistung unter Bedachtnahme auf Abs. 1 bis 3 sowie auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen vorgesehen werden.“

37. § 90 Abs. 2 Z 2 lautet:

„2. auf einem Weg von der Dienststätte oder der Wohnung zu einer Untersuchungs- oder Behandlungsstelle (wie freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenanstalt) zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 63), Zahnbehandlung (§ 69) oder der Durchführung einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 61 a) und anschließend auf dem Weg zurück zur Dienststätte oder zur Wohnung,

sofern dem Dienstgeber die Stätte der Untersuchung bzw. Behandlung bekanntgegeben wurde, ferner auf dem Weg von der Dienststätte oder von der Wohnung zu einer Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung auf Grund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung der Versicherungsanstalt oder des Dienstgebers unterziehen muß, und anschließend auf dem Weg zurück zur Dienststätte oder zur Wohnung;“

38. Im § 90 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 8 durch einen Strichpunkt ersetzt. Folgende Z 9 wird angefügt:

„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.“

39. Im § 94 Abs. 2 zweiter Satz wird der Ausdruck „eine neue Heilbehandlung“ durch den Ausdruck „eine Heilbehandlung“ ersetzt.

40. Im § 121 Abs. 3 wird nach dem zweiten Satz folgender Satz eingefügt:

„Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich in dem Maß, als der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Rente zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens (§ 292 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 293 Abs. 1 lit. a bb des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes nicht erreicht.“

41. Im § 128 Einleitung wird der Ausdruck „Apothekern, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern“ durch den Ausdruck „Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 71 erbringen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern“ ersetzt.

42. § 134 lautet:

„Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung

§ 134. (1) Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederentsendung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Entsendung (§ 133) die Versicherungsanstalt nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 137 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung bei

der Versicherungsanstalt zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er entsandt ist, berechtigt.“

43. Die Überschrift zu § 136 lautet:

„Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter“

44. Im § 136 treten an die Stelle des ersten Satzes folgende Sätze:

„Die Mitglieder der Verwaltungskörper haben bei der Ausübung ihres Amtes die Gesetze der Republik Österreich, die Satzung der Versicherungsanstalt und die darauf beruhenden sonstigen Rechtsvorschriften zu beachten. Sie sind zur Amtsverschwiegenheit sowie zur gewissenhaften und unparteiischen Ausübung ihres Amtes verpflichtet. Sie haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes, BGBl. Nr. 20/1949, in der jeweils geltenden Fassung, für jeden Schaden, der der Versicherungsanstalt aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst.“

45. § 142 Abs. 5 lautet:

„(5) Die gewählten Vorsitzenden von Verwaltungskörpern und ihre Stellvertreter sind ab dem Zeitpunkt, für den sie gewählt wurden, zur Ausübung ihrer Funktionen berechtigt, sobald sie die Annahme ihrer Wahl dem zur Wahl berufenen Verwaltungskörper ausdrücklich erklärt haben.“

46. § 142 Abs. 5 und 6 (alt) erhalten die Bezeichnung 6 und 7.

47. § 143 lautet:

„Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 143. Der Obmann der Versicherungsanstalt, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesvorstände und deren Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 136 hinzuweisen.“

48. § 153 a lautet:

„Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 153 a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 9 Abs. 3 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.“

49. Im § 156 Abs. 1 wird der Ausdruck „143 Abs. 2“ durch den Ausdruck „143“ ersetzt.

50. Nach § 170 wird ein § 170 a mit folgendem Wortlaut eingefügt:

„§ 170 a. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze verwiesen

wird, sind diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt wird, in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.“

51. Der bisherige Inhalt des § 171 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 172.

52. Der bisherige Inhalt des § 172 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 171.

53. Dem § 171 (neu) wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Mit der Vollziehung des § 153 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 679/1991 ist der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen betraut.“

54. Nach § 172 (neu) wird folgender § 173 angefügt:

„§ 173. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1992 die §§ 20, 20 a, 21 Abs. 2, 24 a, 26 a Abs. 2 und 3, 26 b, 32 Abs. 3, 51 Abs. 1 bis 5, 52 Z 2, 56 Abs. 4, 60 a, 63 Abs. 1, 65 Abs. 8, 65 a, 65 b, 66 Abs. 1 und 3, 70, 70 a Abs. 1 und 2, 70 b Abs. 1 bis 3, 71, 72 Abs. 1 Z 3 und 4, 74 Abs. 1, 76, 82, 83 Abs. 5, 90 Abs. 2, 94 Abs. 2, 121 Abs. 3, 128, 134, 136, 142 Abs. 5 bis 7, 143, 153 a, 156 Abs. 1, 170 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 679/1991;
2. rückwirkend mit 1. Juli 1991 § 2 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 679/1991.

(2) Verordnungen auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 679/1991 können bereits ab dem seiner Kundmachung folgenden Tag erlassen werden.

(3) § 32 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 679/1991 gilt auch für Versicherungsfälle, die nach dem 30. Juni 1967 eingetreten sind. Die Rechtskraft bereits ergangener Entscheidungen steht dem nicht entgegen.

(4) Ist eine Person am 1. Dezember 1991 auf Grund der Folgen eines Unfalles, der erst gemäß § 90 Abs. 2 Z 2 bzw. Z 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 679/1991 als Dienstunfall anerkannt wird, völlig dienstunfähig, so sind ihr die Leistungen aus der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(5) Im Falle des durch einen Unfall verursachten Todes des Versicherten, der erst gemäß § 90 Abs. 2 Z 2 bzw. 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 679/1991 als Dienstunfall anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die

Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(6) Leidet ein Versicherter am 1. Dezember 1991 an einer Krankheit, die erst auf Grund der Anlage 1 zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in der Fassung der 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 676/1991, als Berufskrankheit anerkannt wird, so sind ihm die Leistungen der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.

(7) Im Falle des durch eine Krankheit verursachten Todes des Versicherten, die erst auf Grund der Anlage 1 zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in der Fassung der 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 676/1991, als Berufskrankheit anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.“

Waldheim

Vranitzky

680. Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger geändert wird (7. Novelle zum Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz — FSVG)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger, BGBl. Nr. 624/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 157/1991, wird wie folgt geändert:

1. § 5 lautet:

„Ausnahmen von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung

§ 5. Von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach § 2 sind ausgenommen

1. Personen im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1, die die Nichtausübung ihrer freiberuflichen Tätigkeit

(Schließung der Ordination) der Ärztekammer angezeigt haben;

2. Personen, die auf Grund einer Beschäftigung in einem öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder zu von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen und Fonds stehen, wenn ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenuß zusteht, oder die auf Grund eines solchen Dienstverhältnisses einen Ruhegenuß oder als Hinterbliebene einen Versorgungsgenuß beziehen.“

2. § 6 Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Die Pflichtversicherung beginnt

1. mit dem Ersten des Kalendermonates, in dem der für die Versicherung maßgebliche Sachverhalt eingetreten ist;

2. mit dem Tag des Wegfalles des Ausnahmegrundes nach § 5 Z 1;

3. mit dem Tag des Wegfalles des Ausnahmegrundes nach § 5 Z 2, wenn er auf einen Monatsersten fällt, sonst mit dem dem Wegfall des Ausnahmegrundes folgenden Monatsersten.

(2) Die Pflichtversicherung endet

1. mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem der für die Versicherung maßgebliche Sachverhalt weggefallen ist;

2. bei Eintritt des Ausnahmegrundes nach § 5 Z 1 mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem der Ausnahmegrund eingetreten ist;

3. bei Eintritt des Ausnahmegrundes nach § 5 Z 2 mit dem Letzten des Kalendermonates, der dem Eintritt des Ausnahmegrundes vorangeht.“

3. Im § 11 Z 1 wird der Ausdruck „Abs. 1 Z 2 bis 5, Abs. 2 und Abs. 7“ durch den Ausdruck „Abs. 1 Z 2 bis 6, Abs. 2 und Abs. 7“ ersetzt.

4. § 14 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Voraussetzung der Einstellung der selbständigen Erwerbstätigkeit im Sinne des Abs. 1 entfällt bei einem freiberuflich tätigen Arzt, wenn durch die Einstellung der die Pflichtversicherung begründenden Erwerbstätigkeit die ausreichende ärztliche Versorgung am Ort und im Einzugsgebiet der Niederlassung nicht mehr sichergestellt wäre.“

5. Nach § 20 a wird folgender § 20 b eingefügt:

„§ 20 b. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt wird, in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.“

6. § 21 Abs. 2 und 3 lauten:

„(2) Die §§ 5, 6, 11 Z 1 und 20 b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 680/1991 treten mit 1. Jänner 1992 in Kraft.“

(3) § 14 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 680/1991 tritt mit 1. April 1991 in Kraft.“

7. § 21 Abs. 2 (alt) erhält die Bezeichnung 4.

Waldheim
Vranitzky

681. Bundesgesetz, mit dem das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Arbeitsmarktförderungsgesetz sowie das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert werden

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, BGBl. Nr. 609, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 277/1991, wird wie folgt geändert:

1. § 64 sowie die Überschrift davor lauten:

„Fonds der Arbeitsmarktverwaltung“

§ 64. (1) Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ein „Fonds der Arbeitsmarktverwaltung“ (im folgenden „Fonds“ genannt) eingerichtet. Dieser Fonds besitzt Rechtspersönlichkeit und hat seinen Sitz in Wien. Der Fonds wird nach außen vom Bundesminister für Arbeit und Soziales, in dessen Vertretung vom Leiter der Sektion Arbeitsmarktpolitik des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, vertreten. Die Verwaltung des Fonds obliegt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Dabei ist nach sinngemäßer Maßgabe der Vorschriften des Bundeshaushaltsgesetzes, BGBl. Nr. 213/1986 in der jeweils geltenden Fassung, und der übrigen haushaltsrechtlichen Bestimmungen das Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen herzustellen, soweit sich aus diesem Bundesgesetz nichts anderes ergibt. Dem Fonds kommt hinsichtlich seiner Bediensteten Kollektivvertragsfähigkeit zu.

(2) Dem Fonds obliegen:

1. Die Wahrnehmung der Dienstgeberfunktion gegenüber den bei den Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern beschäftigten Bediensteten

mit Ausnahme der Beamten. Diese Bediensteten bleiben unbeschadet dessen weisungsgebunden gegenüber den leitenden Bediensteten der Landesarbeitsämter und Arbeitsämter.

2. Die Erlassung einer Dienst-, Besoldungs- und Pensionsordnung für seine Bediensteten.

3. Die zusätzliche technische Ausstattung der Dienststellen der Arbeitsmarktverwaltung, soweit diese für die Durchführung ihrer Aufgaben erforderlich ist. Gleiches gilt für die Ausbildung des Personals.

4. Die Bildung einer Rücklage gemäß § 65.

5. Die Erstellung eines vorläufigen Voranschlages, eines Voranschlages und eines Rechnungsabschlusses für jedes Geschäftsjahr (Kalenderjahr) sowie die Verfassung eines Geschäftsberichtes. Der vorläufige Voranschlag muß jeweils bis zum 30. Juni und der Voranschlag bis zum 30. September des dem Geschäftsjahr vorangehenden Kalenderjahres, der Rechnungsabschluß und der Geschäftsbericht bis 30. April des dem Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahres vorliegen. Der Rechnungsabschluß ist in den Amtlichen Nachrichten Arbeit — Gesundheit — Soziales zu veröffentlichen.

(3) Die Leistungen des Fonds und seiner Bediensteten für die Zwecke der Arbeitsmarktverwaltung sind für den Bund unentgeltlich. Jedoch hat der Bund für die nach Artikel III Abs. 3 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 681/1991 vom Fonds übernommen sowie für die im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen zusätzlich eingestellten Bediensteten des Fonds diesem monatlich bis zum 5. jeden Monats die voraussichtlichen Personalaufwendungen vorzuschießen. Diese Vorschüsse sind dem Verwaltungsaufwand der Arbeitsmarktverwaltung zuzurechnen. Der Fonds ist ermächtigt, zur Überbrückung kurzfristiger finanzieller Bedeckungsschwierigkeiten beim Personalaufwand Kredite aufzunehmen.

(4) Der Fonds ist von den Stempel- und Rechtsgebühren sowie von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben befreit.

(5) Die Gebarung des Fonds unterliegt der Prüfung durch den Rechnungshof.

(6) Dem Bundesrechenamt obliegt die Mitwirkung bei der Verrechnung des Fonds und bei der Besoldung seiner Bediensteten.“

2. § 65 sowie die Überschrift davor lauten:

„Bildung der Rücklage durch den Fonds“

§ 65. (1) Aus den Überschüssen aus der zweckgebundenen Gebarung im Sinne des § 60 (im folgenden „Gebarung der Arbeitsmarktverwaltung“ bezeichnet) ist eine Rücklage zu bilden.

(2) Innerhalb der Rücklage ist eine zweckgebundene Rücklage für Haftungsübernahmen gemäß §§ 28 Abs. 5 und 36 Abs. 5 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes zu bilden. Sie bleibt bei der Abrechnung der Gebarung der Arbeitsmarktverwaltung im Sinne der Abs. 6 und 7 außer Betracht.

(3) Die Haftungsrücklage gemäß Abs. 2 beträgt 3 vH der durchschnittlichen jährlichen Ausgaben der Arbeitsmarktverwaltung in den letzten fünf Jahren (Berechnungsgrundlage). Diese Haftungsrücklage darf jedoch die jederzeit verfügbaren Mittel der Rücklage nicht übersteigen. Sie ist jährlich auf Grund des Bundesrechnungsabschlusses der zweckgebundenen Gebarung der Arbeitsmarktverwaltung (§ 60) des Vorjahres festzulegen. Vermindert sich auf Grund dieser Berechnung die Haftungsrücklage gegenüber der des Vorjahres, so ist die Zweckbindung nur insoweit aufzuheben, als sie nicht bereits durch Haftungsübernahmen in den Vorjahren in Anspruch genommen ist.

(4) Die Rücklage ist für allfällige Abgänge aus der Gebarung der Arbeitsmarktverwaltung in einem Kalenderjahr und für Haftungsübernahmen gemäß Abs. 2 bestimmt.

(5) Ergibt sich in einem Kalenderjahr aus der Gebarung der Arbeitsmarktverwaltung ein Überschuß, so ist dieser vom Bund an den Fonds zu überweisen. Die endgültige Abrechnung des Überschusses hat auf Grund des Bundesrechnungsabschlusses zu erfolgen.

(6) Ergibt sich in einem Kalenderjahr aus der Gebarung der Arbeitsmarktverwaltung ein Abgang, so ist der entsprechende Betrag vom Fonds dem Bund zu überweisen. Die endgültige Abrechnung des Abganges hat auf Grund des Bundesrechnungsabschlusses zu erfolgen.

(7) Sind die Mittel des Fonds erschöpft, so hat der Bund die Abgänge aus der Gebarung der Arbeitsmarktverwaltung vorläufig aus Bundesmitteln zu decken. Die vom Bund vorschußweise getragenen Abgänge sind diesem durch Überweisung der in den nachfolgenden Kalenderjahren dem Fonds zugeführten Überschüsse aus der Gebarung der Arbeitsmarktverwaltung zu refundieren.

(8) Die Rücklage ist gewinnbringend so anzulegen, daß die im § 64 Abs. 2 genannten Aufgaben des Fonds bestritten werden können.

(9) Der Fonds hat einen Haftungsrahmen für Haftungsübernahmen gemäß § 39 b Abs. 4 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1969, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 638/1982 zu bilden. Der Haftungsrahmen beträgt 600 Millionen Schilling. Der Fonds kann Haftungen zu Lasten dieses Haftungsrahmens nur dann eingehen, wenn der Bundesminister für Finanzen der Beihilfengewährung gemäß § 39 b Abs. 3 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes zugestimmt hat.

(10) Für den Fall der Heranziehung des Fonds für gemäß Abs. 9 eingegangenen Haftungen hat der Bund dem Fonds die erforderlichen Mittel für die termingemäße Berichtigung der ihm hieraus erwachsenen Verpflichtungen zu überweisen.

(11) Wird der Fonds zu einer Haftung gemäß Abs. 9 herangezogen und hat der Bund gemäß Abs. 10 die erforderlichen Mittel bereitgestellt, so sind die dem Fonds gemäß § 1358 ABGB zufließenden Mittel dem Bund umgehend zu überweisen.“

3. Im § 73 wird das Wort „Reservefonds“ durch die Worte „Fonds der Arbeitsmarktverwaltung“ ersetzt.

Artikel II

Das Arbeitsmarktförderungsgesetz, BGBl. Nr. 31/1969, zuletzt geändert mit dem Bundesgesetz BGBl. Nr. 408/1990 und der Kundmachung BGBl. Nr. 572/1990, wird wie folgt geändert:

In den §§ 28 Abs. 5, 36 Abs. 5 und 51 Abs. 1, 5 und 6 wird das Wort „Reservefonds“ jeweils durch die Worte „Fonds der Arbeitsmarktverwaltung“ ersetzt.

Artikel III

Übergangsbestimmungen

(1) Abweichend von § 51 Abs. 3 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes sind die Verwaltungskosten der Landesarbeitsämter und Arbeitsämter für das Jahr 1992 zur Gänze aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung zu bestreiten.

(2) Für das Jahr 1992 erhöht sich der gemäß § 60 Abs. 2 lit. b des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 zu leistende Beitrag des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zum Gesamtaufwand (Barleistung einschließlich der hierauf entfallenden Krankenversicherungsbeiträge) für Karenzurlaubsgeld im zweiten Lebensjahr des Kindes auf 100 vH. Darunter ist der Gesamtaufwand für Karenzurlaubsgeld ab dem 309. Kalendertag ab Beginn der jeweiligen Karenzurlaubsgeldbezüge bis zum Ende des Leistungsbezuges, höchstens bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres des Kindes, bei Karenzurlaubsgeld bei Teilzeitbeschäftigung aber höchstens bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes, zu verstehen.

(3) Die bei den Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern beschäftigten Vertragsbediensteten des Bundes werden ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes als Arbeitnehmer des Fonds der Arbeitsmarktverwaltung (§ 64 AIVG) übernommen. Der Fonds der Arbeitsmarktverwaltung tritt in die Rechte und Pflichten des Bundes als Arbeitgeber der bisher bei den

Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern beschäftigten Vertragsbediensteten ein. Bis zu einer Neuregelung gemäß § 64 Abs. 2 Z 2 AIVG gelten für die übernommenen Arbeitnehmer die bisher für sie maßgeblichen Bestimmungen des Dienst- und Besoldungsrechtes, insbesondere das Vertragsbedienstetengesetz, weiter. Ebenso gelten für die übernommenen Arbeitnehmer die Bestimmungen des Personalvertretungsrechtes bis 30. Juni 1993 weiter. Die vorstehenden Bestimmungen gelten weiters für neu Eintretende Bedienstete.

(4) Wenn bis zum 30. Juni 1993 keine Dienst-, Besoldungs- und Pensionsordnung (§ 64 Abs. 2 Z 2 AIVG) erlassen ist, werden die Arbeitnehmer des Fonds der Arbeitsmarktverwaltung ab 1. Juli 1993 Vertragsbedienstete des Bundes.

(5) Für das Jahr 1992 ist abweichend vom § 64 Abs. 2 Z 5 AIVG der Voranschlag des Fonds auf der Grundlage des Bundesvoranschlages 1992 zu erstellen.

Artikel III a

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, wird in seinem Zweiten Teil wie folgt geändert:

§ 151 lautet:

„Medizinische Hauskrankenpflege

§ 151. (1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren.

(2) Die medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch diplomierte Krankenschwestern bzw. diplomierte Krankenpfleger (§ 23 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961), die vom Krankenversicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles dieses Bundesgesetzes stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben.

(3) Die Tätigkeit der diplomierten Krankenschwester bzw. des diplomierten Krankenpflegers kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfaßt medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Zur medizinischen Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.

(4) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrich-

tungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihm Kostenersatz gemäß § 131.

(5) Die medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Versicherungsfall für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt. Darüber hinaus wird sie nach Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung weitergewährt.

(6) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt, wenn der (die) Anspruchsberechtigte in einer der im § 144 Abs. 4 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.“

Artikel IV

Inkrafttreten

Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Jänner 1992 in Kraft.

Artikel V

Vollziehung

Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes sind betraut:

1. der Bundesminister für Umwelt, Jugend und Familie hinsichtlich Abs. 2 der Übergangsbestimmungen;
2. der Bundesminister für Finanzen hinsichtlich § 64 Abs. 3, ausgenommen den letzten Satz, und 6 AIVG;
3. der Bundesminister für Arbeit und Soziales hinsichtlich der übrigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes.

Waldheim

Vranitzky

682. Bundesgesetz, mit dem das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 und das Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz geändert werden

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, BGBl. Nr. 609, zuletzt geändert mit dem Bundesgesetz BGBl. Nr. 277/1991, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 9 werden folgende Absätze 5 bis 7 angefügt:

„(5) Zumutbar ist eine vom Arbeitsamt vermittelte Beschäftigung auch dann, wenn dem Arbeitslosen eine Wiedereinstellungszusage von einem früheren Arbeitgeber erteilt wurde oder sich der Arbeitslose schon zur Aufnahme einer Beschäftigung in Zukunft verpflichtet hat (Einstellungsvereinbarung).

(6) Der Arbeitslose ist zum Ersatz eines allfälligen Schadens der aus der Nichterfüllung der Einstellungsvereinbarung wegen Antritt einer anderen Beschäftigung entstanden ist, nicht verpflichtet. Er soll dem früheren Arbeitgeber sein Abstandnehmen vom Wiederantritt der Beschäftigung vor dem Wiederantrittstermin bekanntgeben. Ansprüche aus einem früheren Arbeitsverhältnis, auf die der Arbeitslose anlässlich der Beendigung nur wegen der erteilten Wiedereinstellungszusage oder nur wegen der geschlossenen Wiedereinstellungsvereinbarung verzichtet hat, leben wieder auf, wenn der Arbeitslose dem früheren Arbeitgeber sein Abstandnehmen vom Wiederantritt der Beschäftigung vor dem Wiederantrittstermin bekanntgibt.

(7) Wenn infolge eines Wiedereinstellungsvertrages oder einer Wiedereinstellungszusage Ansprüche aus dem beendeten Arbeitsverhältnis nicht oder nicht zur Gänze erfüllt worden sind, so werden diese spätestens zu jenem Zeitpunkt fällig, zu dem der Arbeitnehmer seine Beschäftigung gemäß dem Wiedereinstellungsvertrag (Wiedereinstellungszusage) hätte aufnehmen müssen, sofern durch Gesetz nicht anderes bestimmt ist. Verjährungs- und Verfallsfristen verlängern sich um den Zeitraum zwischen Beendigung des Arbeitsverhältnisses und dem vereinbarten Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beschäftigung.“

2. § 14 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. der Arbeitslose in den letzten zwölf Monaten vor Geltendmachung des Anspruches (Rahmenfrist) insgesamt 26 Wochen im Inland arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt war, wobei höchstens 16 Wochen arbeitslosenversicherungspflichtige Zeiten nach § 25 Abs. 1 und 3 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1969, herangezogen werden dürfen, und“

3. § 18 Abs. 2 lit. c lautet:

„c) auf 209 Wochen, wenn in den letzten 25 Jahren vor der Geltendmachung des Anspruches arbeitslosenversicherungspflichtige Beschäftigungen von 780 Wochen nachgewiesen werden und der Arbeitslose

aa) bei Geltendmachung des Anspruches das 50. Lebensjahr vollendet hat,

bb) bei Eintritt der Arbeitslosigkeit seit mindestens zwölf Monaten seinen Wohnsitz in einer Region hat, für die eine Feststellung nach Abs. 4 erfolgt ist,

cc) vor Eintritt der Arbeitslosigkeit seinen Arbeitsplatz in einer solchen Region

hatte oder in einem Betrieb beschäftigt war, der in einer solchen Region seinen Sitz hatte, und

dd) keinen Tatbestand gemäß § 11 gesetzt hat.“

4. § 40 Abs. 2 lautet:

„(2) Abweichend von Abs. 1 sind während der Bezugsdauer von Arbeitslosengeld gemäß § 18 Abs. 2 lit. c und eines auf diesem Arbeitslosengeldbezug beruhenden Notstandshilfebezuges sowie während der Bezugsdauer von Arbeitslosengeld gemäß § 18 Abs. 5 Bezieher, die während ihres letzten Dienstverhältnisses bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues krankenversichert waren, bei dieser Versicherungsanstalt, Bezieher, die während des letzten Dienstverhältnisses bei einer Betriebskrankenkasse krankenversichert waren, bei dieser Betriebskrankenkasse krankenversichert.“

5. Im § 41 Abs. 3 wird das Wort „Familiengeld“ durch das Wort „Krankengeld“ ersetzt.

Artikel II

Das Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz, BGBl. Nr. 414/1972, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 157/1991, wird wie folgt geändert:

1. § 13 b Abs. 1 Z 2 lautet:

„2. das Vorliegen von mindestens 92 Beschäftigungswochen innerhalb eines Zeitraumes von 156 Wochen im Verlauf eines oder mehrerer Arbeitsverhältnisse zum selben Arbeitgeber oder zu einem Arbeitgeber aus einem Beschäftigungsverhältnis, das vom Arbeitsamt vermittelt wurde, sofern zwischen den Beschäftigungswochen jeweils keine Unterbrechungen von mehr als 22 Wochen liegen und am Ende des Zeitraumes von 156 Wochen ein Arbeitsverhältnis zu einem dieser Arbeitgeber besteht.“

2. In § 13 b Abs. 2 Z 1 entfällt der Strichpunkt und wird folgende Wortgruppe angefügt: „... oder nur deshalb nicht nachkommt, weil er vom Arbeitsamt in ein anderes Arbeitsverhältnis vermittelt wurde;“

Artikel III

Übergangsbestimmung und Inkrafttreten

(1) Durch die Änderung des Art. I Z 2 und 3 werden vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes erfolgreich geltend gemachte Ansprüche nicht berührt.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales kann durch Verordnung den Beitrag gemäß § 61

Abs. 1 und 2 dieses Bundesgesetzes mit Beginn des Beitragszeitraumes November 1991 rückwirkend festsetzen. Wenn der Dienstnehmer vor Kundmachung dieser Verordnung aus dem Dienstverhältnis ausgeschieden ist und sein Entgelt bereits ausgezahlt wurde, ist der Dienstgeber nicht verpflichtet, den Arbeitnehmeranteil des Arbeitslosenversicherungsbeitrages für den Zeitraum der nachträglichen Beitragserhöhung zu bezahlen.

(3) Die Bestimmungen des Abs. 2 treten mit Beginn der Beitragsperiode November 1991 in Kraft.

(4) Dieses Bundesgesetz tritt, soweit nicht anderes bestimmt ist, mit 1. Jänner 1992 in Kraft.

Waldheim
Vranitzky

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Der **Bezugspreis** des Bundesgesetzblattes für die Republik Österreich beträgt vorbehaltlich allfälliger Preiserhöhungen infolge unvorhergesehener Steigerung der Herstellungskosten bis zu einem Jahresumfang von 3000 Seiten S 1 185,— inklusive 10% Umsatzsteuer für Inlands- und S 1 285,— für Auslandsabonnements. Für den Fall, daß dieser Umfang überschritten wird, bleibt für den Mehrumfang eine entsprechende Neuberechnung vorbehalten. Der Bezugspreis kann auch in zwei gleichen Teilbeträgen zum 1. Jänner und 1. Juli entrichtet werden.

Einzelne Stücke des Bundesgesetzblattes sind erhältlich gegen Entrichtung des Verkaufspreises von S 1,90 inklusive 10% Umsatzsteuer für das Blatt = 2 Seiten, jedoch mindestens S 9,50 inklusive 10% Umsatzsteuer für das Stück, im Verlag der Österreichischen Staatsdruckerei, 1037 Wien, Rennweg 12 a, Tel. 797 89/295 oder 327 Durchwahl, sowie bei der Manz'schen Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 1010 Wien, Kohlmarkt 16, Tel. 531 61.

Bezugsanmeldungen werden von der Abonnementstelle des Verlages der Österreichischen Staatsdruckerei, 1037 Wien, Rennweg 12 a, Tel. 797 89/294 Durchwahl, entgegengenommen.

Als Bezugsanmeldung gilt auch die Überweisung des Bezugspreises oder seines ersten Teilbetrages auf das Postscheckkonto Wien Nr. 7272.800. Die Bezugsanmeldung gilt bis zu einem allfälligen schriftlichen Widerruf. Der Widerruf ist nur mit Wirkung für das Ende des Kalenderjahres möglich. Er muß, um wirksam zu sein, spätestens am 15. Dezember bei der Abonnementstelle des Verlages der Österreichischen Staatsdruckerei, 1037 Wien, Rennweg 12 a, einlangen.

Die **Zustellung** des Bundesgesetzblattes erfolgt erst nach Entrichtung des Bezugspreises. Die Bezieher werden, um keine Verzögerung in der Zustellung eintreten zu lassen, eingeladen, den Bezugspreis umgehend zu überweisen.

Ersätze für abgängige oder mangelhaft zugekommene Stücke des Bundesgesetzblattes sind binnen drei Monaten nach dem Erscheinen unmittelbar bei der Abonnementstelle des Verlages der Österreichischen Staatsdruckerei, 1037 Wien, Rennweg 12 a, Tel. 797 89/294 Durchwahl, anzufordern. Nach Ablauf dieses Zeitraumes werden Stücke des Bundesgesetzblattes ausnahmslos nur gegen Entrichtung des Verkaufspreises abgegeben.