

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Artikel 1

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (85. Novelle zum ASVG)

Teil 2 (BMG)

Teilversicherung von im § 4 genannten Personen

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

1. in der Kranken- und Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Beschäftigungsverhältnisse:

- a) bis d) ...
- e) die angestellten Rechtsanwälte und die Rechtsanwaltsanwärter;

f) und g) ...

2. bis 4. ...

Sonstige Teilversicherung

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

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

- a) bis j) ...
- k) fachkundige Laienrichter in Arbeits- und Sozialrechtssachen und fachmännische Laienrichter gemäß § 20 des Gerichtsorganisationsgesetzes, RGBl. Nr. 217/1896, sowie Schöffen und Geschworene in Ausübung dieser Tätigkeit und bei der Teilnahme an Schulungen (Informationsveranstaltungen) für diese Tätigkeit;

Teilversicherung von im § 4 genannten Personen

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

1. in der Kranken- und Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Beschäftigungsverhältnisse:

- a) bis d) ...
- e) die RechtsanwaltsanwärterInnen und die angestellten Rechtsanwälte/Rechtsanwältinnen, ausgenommen GesellschafterInnen-GeschäftsführerInnen einer Rechtsanwaltsgesellschaft mit beschränkter Haftung;

f) und g) ...

2. bis 4. ...

Sonstige Teilversicherung

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

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

- a) bis j) ...
- k) fachkundige Laienrichter/Laienrichterinnen in Arbeits- und Sozialrechtssachen, an den Verwaltungsgerichten der Länder, des Bundes sowie am Bundesfinanzgericht und fachmännische Laienrichter gemäß § 20 des Gerichtsorganisationsgesetzes, RGBl. Nr. 217/1896, sowie Schöffen und Geschworene in Ausübung dieser Tätigkeit und bei der Teilnahme an Schulungen (Informationsveranstaltungen) für diese Tätigkeit;

Geltende Fassung

- l) und m) ...
 4. und 5. ...
 (1a) ...
 (2) Die Bestimmungen des Abs. 1 Z 3 lit. a finden keine Anwendung
 a) bis d) ...
 e) auf Personen, die auf Grund der im Abs. 1 Z 3 lit. a genannten Tätigkeit bereits gemäß § 4 Abs. 1 Z 1 der Vollversicherung unterliegen.
 (3) ...
 (4) Abs. 1 Z 3 lit. c ist nicht auf Personen anzuwenden, die als Volontäre an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen.
 (5) und (6) ...

Selbstversicherung in der Krankenversicherung**§ 16. (1) und (2) ...**

(2a) Abweichend von Abs. 1 können sich Personen, die sich der Pflege eines behinderten Kindes widmen und die Voraussetzungen des § 18a Abs. 1 und 3 erfüllen, auf Antrag bei sozialer Schutzbedürftigkeit selbstversichern, sofern sie nicht in der Krankenversicherung pflichtversichert und nicht anspruchsberechtigte Angehörige einer in der Krankenversicherung pflichtversicherten Person sind.

(3) bis (6) ...

Vorgeschlagene Fassung

- l) und m) ...
 4. und 5. ...
 (1a) ...
 (2) Die Bestimmungen des Abs. 1 Z 3 lit. a finden keine Anwendung
 a) bis d) ...
 e) auf Personen, die auf Grund der im Abs. 1 Z 3 lit. a genannten Tätigkeit bereits nach § 4 Abs. 1 Z 1 der Vollversicherung oder nach § 7 Z 3 lit. a der Teilversicherung in der Unfallversicherung unterliegen.
 (3) ...
 (4) Abs. 1 Z 3 lit. c ist nicht auf Personen anzuwenden, die als Volontäre an einem Programm der Europäischen Union zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen.
 (5) und (6) ...

Selbstversicherung in der Krankenversicherung**§ 16. (1) und (2) ...**

(2a) Abweichend von Abs. 1 können sich Personen, die sich der Pflege eines behinderten Kindes widmen und die Voraussetzungen des § 18a Abs. 1 und 3 erfüllen, auf Antrag bei sozialer Schutzbedürftigkeit selbstversichern, sofern sie nicht in der Krankenversicherung pflichtversichert und nicht anspruchsberechtigte Angehörige einer in der Krankenversicherung pflichtversicherten Person sind. Abs. 3 Z 2 zweiter Halbsatz ist nicht anzuwenden.

(2b) Abweichend von Abs. 1 können sich Personen, die einen nahen Angehörigen oder eine nahe Angehörige nach § 123 Abs. 7b mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer Arbeitskraft pflegen, auf Antrag bei sozialer Schutzbedürftigkeit selbstversichern, sofern sie nicht in der Krankenversicherung pflichtversichert und nicht anspruchsberechtigte Angehörige einer in der Krankenversicherung pflichtversicherten Person sind.

(3) bis (6) ...

Geltende Fassung
Träger der Krankenversicherung

§ 23. (1) bis (5) ...

(6) Die Träger der Krankenversicherung sind berechtigt, nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung und
- b) ...

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen; Gebietskrankenkassen, die am 30. Juni 1994 eine Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, betreiben, sind ab diesem Zeitpunkt zu deren Betrieb verpflichtet. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist.

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung

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

- 1. bis 3. ...
- 4. die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
 - a) bis e) ...
 - f) für Bezieher/innen einer Pension aus einer Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz sowie für Bezieher/innen von Rehabilitationsgeld, wenn die Pension oder das Rehabilitationsgeld von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ausgezahlt wird, und für Bezieher/innen einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung bei einem der im § 479 genannten Institute;
 - g) für Bezieher/innen einer Pension aus der Pensionsversicherung der Angestellten sowie für Bezieher/innen von Rehabilitationsgeld, wenn die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau für die Krankenversicherung in der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Pensions- oder Rehabilitationsgeldanspruches zuständig war oder gewesen wäre;

Vorgeschlagene Fassung
Träger der Krankenversicherung

§ 23. (1) bis (5) ...

(6) Die Träger der Krankenversicherung sind berechtigt, nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung und
- b) ...

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen; Gebietskrankenkassen, die am 30. Juni 1994 eine Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, betreiben, sind ab diesem Zeitpunkt zu deren Betrieb verpflichtet. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist.

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung

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

- 1. bis 3. ...
- 4. die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
 - a) bis e) ...
 - f) für Bezieher/innen einer Pension aus einer Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz, wenn die Pension von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ausgezahlt wird, sowie für jene Personen, denen von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ein Rehabilitationsgeld zuerkannt wird und für Bezieher/innen einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung bei einem der im § 479 genannten Institute;
 - g) für Bezieher/innen einer Pension aus der Pensionsversicherung der Angestellten bzw. für jene Personen, denen auf Grund vorübergehender Berufsunfähigkeit ein Rehabilitationsgeld von der Pensionsversicherungsanstalt zuerkannt wird, wenn die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau für die Krankenversicherung in der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Pensions- oder Rehabilitationsgeldanspruches zuständig war oder

Geltende Fassung

h) bis l) ...

(2) bis (4) ...

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Unfallversicherung

§ 28. Zur Durchführung der Unfallversicherung sind sachlich zuständig:

1. ...
2. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (§ 13 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) für
 - a) bis h) ...
 - i) die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c und m in der Unfallversicherung teilversicherten Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation, Gesundheitsvorsorge oder Beschäftigungstherapie dient, sofern die Sozialversicherungsanstalt der Bauern für sie nach lit. a bis c dieses Bundesgesetzes oder nach § 13 BSVG zur Durchführung der Kranken-, Unfall- oder Pensionsversicherung sachlich zuständig ist,

j) ...

3. ...

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (3) ...

(4) Zu den zentralen Dienstleistungen im Sinne des Abs. 2 Z 2 gehören:

1. bis 5. ...
6. die Festlegung (Form und Inhalt) einheitlicher Formulare, Datensatzaufbaue und maschinell lesbarer Datenträger (Magnetbänder, Disketten, Chipkarten usw.) für den gesamten Vollzugsbereich der Sozialversicherung mit Ausnahme der in Abs. 5 Z 12 genannten Formulare sowie die Schaffung der technischen Voraussetzungen für die Kundmachung von Rechtsvorschriften im Internet;
7. bis 10. ...

(5) Richtlinien im Sinne des Abs. 2 Z 3 sind aufzustellen:

1. bis 20. ...

21. für das Zusammenwirken des Hauptverbandes und der

Vorgeschlagene Fassung

gewesen wäre;

h) bis l) ...

(2) bis (4) ...

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Unfallversicherung

§ 28. Zur Durchführung der Unfallversicherung sind sachlich zuständig:

1. ...
2. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (§ 13 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) für
 - a) bis h) ...
 - i. die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c in der Unfallversicherung teilversicherten Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, sofern die Sozialversicherungsanstalt der Bauern für sie nach lit. a bis c dieses Bundesgesetzes oder nach § 13 BSVG zur Durchführung der Kranken-, Unfall- oder Pensionsversicherung sachlich zuständig ist,

j) ...

3. ...

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (3) ...

(4) Zu den zentralen Dienstleistungen im Sinne des Abs. 2 Z 2 gehören:

1. bis 5. ...
6. die Festlegung (Form und Inhalt) einheitlicher Formulare, Datensatzaufbaue und maschinell lesbarer Datenträger (Magnetbänder, Disketten, Chipkarten usw.) für den gesamten Vollzugsbereich der Sozialversicherung sowie die Schaffung der technischen Voraussetzungen für die Kundmachung von Rechtsvorschriften im Internet;
7. bis 10. ...

(5) Richtlinien im Sinne des Abs. 2 Z 3 sind aufzustellen:

1. bis 20. ...

21. für das Zusammenwirken des Hauptverbandes und der

Geltende Fassung

Versicherungsträger zur Erreichung einer optimalen Auslastung der Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren), Kur-, Genesungs- und Erholungsheime und ähnlichen Einrichtungen im Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den Rehabilitationsplan nach Abs. 2 Z 5 Bedacht zu nehmen

22. bis 24. ...

25. für die einheitliche Anwendung der Verordnungen der EG und der zwischenstaatlichen Abkommen im Bereich der Sozialen Sicherheit

26. bis 37. ...

(5a) bis (13) ...

Service-Entgelt

§ 31c. (1) und (2) ...

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

1. bis 2a.

3. den Krankenversicherungsträger von
a) bis e) ...

4. ...

(4) und (5) ...

Allgemeine Beiträge für Teilversicherte

§ 52. (1) ...

(2) Für Teilversicherte nach § 8 Abs. 1 Z 4 sind die Beiträge mit dem gleichen Hundertsatz der Beitragsgrundlage (§ 44 Abs. 6 lit. a) zu bemessen, wie er im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. f bzw. Z 2 festgesetzt ist; diese Beiträge sind zur Gänze vom Bund bzw. vom jeweiligen Rechtsträger gemäß § 12b Abs. 3 des Zivildienstgesetzes zu tragen.

(3) bis (4) ...

Vorgeschlagene Fassung

Versicherungsträger zur Erreichung einer optimalen Auslastung der Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren), Kurheime und ähnlichen Einrichtungen im Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den Rehabilitationsplan nach Abs. 2 Z 5 Bedacht zu nehmen

22. bis 24. ...

25. für die einheitliche Anwendung der Verordnungen der Europäischen Union und der zwischenstaatlichen Abkommen im Bereich der Sozialen Sicherheit

26. bis 37. ...

(5a) bis (13) ...

Service-Entgelt

§ 31c. (1) und (2) ...

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

1. bis 2a.

3. den Krankenversicherungsträger von
a) bis e) ...

f) Bezieherinnen und Beziehern von Rehabilitationsgeld,

4. ...

(4) und (5) ...

Allgemeine Beiträge für Teilversicherte

§ 52. (1) ...

(2) Für Teilversicherte nach § 8 Abs. 1 Z 4 sind die Beiträge mit dem gleichen Hundertsatz der Beitragsgrundlage (§ 44 Abs. 6 lit. a) zu bemessen, wie er im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. f bzw. Z 2 festgesetzt ist; diese Beiträge sind zur Gänze vom Bund bzw. vom jeweiligen Rechtsträger gemäß § 12b Abs. 4 des Zivildienstgesetzes zu tragen.

(3) bis (4) ...

Geltende Fassung**Zuschüsse an die Dienstgeber/innen**

§ 53b. (1) Den Dienstgeber/inne/n können Zuschüsse aus Mitteln der Unfallversicherung zur teilweisen Vergütung des Aufwandes für die Entgeltfortzahlung einschließlich allfälliger Sonderzahlungen im Sinne des § 3 EFZG oder vergleichbarer österreichischer Rechtsvorschriften an bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt oder der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau unfallversicherte Dienstnehmer/innen geleistet werden.

(2) Abs. 1 ist bei Arbeitsverhinderung durch Krankheit so anzuwenden, dass die Zuschüsse gebühren

1. nur jenen Dienstgeber/inne/n, die in ihrem Unternehmen regelmäßig weniger als 51 Dienstnehmer/innen beschäftigen, wobei die Anzahl der Dienstnehmer/innen sinngemäß nach § 77a ASchG zu ermitteln ist
2. ab dem elften Tag der Entgeltfortzahlung bis höchstens sechs Wochen je Arbeitsjahr (Kalenderjahr), sofern die der Entgeltfortzahlung zugrunde liegende Arbeitsunfähigkeit länger als zehn aufeinanderfolgende Tage gedauert hat, und
3. in der Höhe von 50 % des entsprechenden fortgezählten Entgelts einschließlich allfälliger Sonderzahlungen unter Beachtung der eineinhalbfachen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3).

(3) Abs. 1 ist bei Arbeitsverhinderung nach Unfällen so anzuwenden, dass die Zuschüsse gebühren

Vorgeschlagene Fassung**Zuschüsse an die Dienstgeber/innen**

§ 53b. (1) Den Dienstgeber/inne/n können Zuschüsse aus Mitteln der Unfallversicherung zur teilweisen Vergütung des Aufwandes für die Entgeltfortzahlung einschließlich allfälliger Sonderzahlungen im Sinne des § 3 EFZG oder vergleichbarer österreichischer Rechtsvorschriften an bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt oder der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau unfallversicherte Dienstnehmer/innen geleistet werden.

(2) Abs. 1 ist so anzuwenden, dass die Zuschüsse gebühren

1. nur jenen Dienstgeber/inne/n, die in ihrem Unternehmen durchschnittlich nicht mehr als 50 Dienstnehmer/innen beschäftigen, wobei der Ermittlung des Durchschnitts das Jahr vor Beginn der jeweiligen Entgeltfortzahlung zu Grund zu legen ist; dabei sind auch Zeiträume zu berücksichtigen, in denen vorübergehend keine Dienstnehmer/innen beschäftigt wurden;
2. in der Höhe von 50 % des entsprechenden fortgezählten Entgelts einschließlich allfälliger Sonderzahlungen unter Beachtung der eineinhalbfachen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3);
3. bei Arbeitsverhinderung
 - a) durch Krankheit ab dem elften Tag der Entgeltfortzahlung bis höchstens sechs Wochen je Arbeitsjahr (Kalenderjahr), sofern die der Entgeltfortzahlung zugrunde liegende Arbeitsunfähigkeit länger als zehn aufeinanderfolgende Tage gedauert hat;
 - b) nach Unfällen ab dem ersten Tag der Entgeltfortzahlung bis höchstens sechs Wochen je Arbeitsjahr (Kalenderjahr), sofern die der Entgeltfortzahlung zugrunde liegende Arbeitsunfähigkeit länger als drei aufeinanderfolgende Tage gedauert hat.

(3) Den Dienstgeber/inne/n nach Abs. 2 ist in den Fällen des § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a sowie nach Maßgabe des zweiten Satzes in den Fällen des § 7 Abs. 3 APStG aus Mitteln der Unfallversicherung auch die Differenz zwischen dem Zuschuss zur Entgeltfortzahlung (Abs. 1 und 2 Z 3 lit. b) und dem Aufwand für

Geltende Fassung

1. nur jenen Dienstgeber/inne/n, die in ihrem Unternehmen regelmäßig weniger als 51 Dienstnehmer/innen beschäftigen, wobei die Anzahl der Dienstnehmer/innen nach § 77a ASchG zu ermitteln ist,
2. ab dem ersten Tag der Entgeltfortzahlung bis höchstens sechs Wochen je Arbeitsjahr (Kalenderjahr), sofern die der Entgeltfortzahlung zugrunde liegende Arbeitsunfähigkeit länger als drei aufeinanderfolgende Tage gedauert hat, und
3. in der Höhe von 50 % des entsprechenden fortgezählten Entgelts einschließlich allfälliger Sonderzahlungen unter Beachtung der eineinhalbfachen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3).

(4) Die Gewährung der Zuschüsse und deren Abwicklung ist durch Verordnung, welche von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit zu erlassen ist, zu regeln.

(5) Den Dienstgeber/inne/n ist in den Fällen des § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a sowie nach Maßgabe des zweiten Satzes in den Fällen des § 7 Abs. 3 APSG aus Mitteln der Unfallversicherung auch die Differenz zwischen dem Zuschuss zur (Abs. 1 und 3) und des Aufwandes für die Entgeltfortzahlung einschließlich allfälliger Sonderzahlungen im Sinne des § 3 EFZG oder vergleichbarer österreichischer Rechtsvorschriften für bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt oder der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau unfallversicherte Dienstnehmer/innen zu vergüten. Diese Vergütung gebührt den Dienstgeber/inne/n in Fällen der Arbeitsunfähigkeit nach § 7 Abs. 3 APSG aufgrund von Unfällen, die während eines Einsatzes im Rahmen eines Katastrophenschutzes und der Katastrophenhilfe geschehen sind.

(6) Das Bundesministerium für Inneres hat dem jeweiligen Unfallversicherungsträger die Kosten der Differenzvergütung nach Abs. 5 zu

Vorgeschlagene Fassung

die Entgeltfortzahlung einschließlich allfälliger Sonderzahlungen im Sinne des § 3 EFZG oder vergleichbarer österreichischer Rechtsvorschriften für bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt oder der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau unfallversicherte Dienstnehmer/innen zu vergüten. Diese Vergütung gebührt den Dienstgeber/inne/n in Fällen der Arbeitsunfähigkeit nach § 7 Abs. 3 APSG auf Grund von Unfällen, die während eines Einsatzes im Rahmen des Katastrophenschutzes und der Katastrophenhilfe geschehen sind.

(4) Das Bundesministerium für Inneres hat dem jeweiligen Unfallversicherungsträger jene Kosten der Differenzvergütung nach Abs. 3 zu ersetzen, die für die Fälle des § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a und der Entlassung aus dem Zivildienst nach § 7 Abs. 3 APSG im Sinne des Abs. 3 zweiter Satz entstanden sind.

(5) Das Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport hat dem jeweiligen Unfallversicherungsträger die Kosten der Differenzvergütung nach Abs. 3 zu ersetzen, die aus der Entlassung aus dem Präsenz- oder Ausbildungsdienst nach § 7 Abs. 3 APSG im Sinne des Abs. 3 zweiter Satz entstanden sind.

(6) Näheres über die Gewährung der Zuschüsse und der Differenzvergütung sowie deren Abwicklung ist durch Verordnung der Bundesministerin für

Geltende Fassung

ersetzen, die für die Fälle des § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a und der Entlassung aus dem Zivildienst nach § 7 Abs. 3 APSG im Sinne des Abs. 5 zweiter Satz entstanden sind.

(7) Das Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport hat dem jeweiligen Unfallversicherungsträger die Kosten der Differenzvergütung nach Abs. 5 zu ersetzen, die aus der Entlassung aus dem Präsenz- oder Ausbildungsdienst nach § 7 Abs. 3 APSG im Sinne des Abs. 5 zweiter Satz entstanden sind.

Beiträge in der Unfallversicherung bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

§ 71. (1) ...

(2) Zur Sicherstellung der finanziellen Gebarung hat die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau eine allgemeine Rücklage im Betrag eines Viertels der Aufwendungen für die Unfallversicherung im jeweils abgelaufenen Kalenderjahr anzusammeln. Ist am Ende des abgelaufenen Kalenderjahres eine Rücklage in diesem Ausmaß nicht angesammelt, so ist zur Bildung und Auffüllung dieser Rücklage ein Zuschlag zu den Beiträgen in der Höhe von 25 v. H. einzuheben.

(3) und (4) ...

Beiträge in der Krankenversicherung von mit inländischen Pensionsleistungen vergleichbaren ausländischen Renten

§ 73a. (1) Wird eine ausländische Rente bezogen, die vom Geltungsbereich

- der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 oder
- der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern und 574/72 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 oder

Vorgeschlagene Fassung

Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft festzusetzen.

Beiträge in der Unfallversicherung bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

§ 71. (1) ...

(2) Zur Sicherstellung der finanziellen Gebarung hat die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau eine allgemeine Rücklage in Höhe von 5% bis zu 25% der Aufwendungen für die Unfallversicherung unter Berücksichtigung der Grundlage der Summe der Engelte nach Abs. 1 im jeweils abgelaufenen Kalenderjahr anzusammeln.

(2a) Der Beschluss des Vorstandes über die Dotierung der allgemeinen Rücklage bedarf der Zustimmung der Kontrollversammlung.

(3) und (4) ...

Beiträge in der Krankenversicherung von mit inländischen Pensionsleistungen vergleichbaren ausländischen Renten

§ 73a. (1) Wird eine ausländische Rente bezogen, die vom Geltungsbereich

- der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 oder
- der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern und 574/72 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 oder

Geltende Fassung

- eines auch Regelungen über die Krankenversicherung beinhaltenden bilateralen Abkommens über die soziale Sicherheit

erfasst ist, so ist, wenn ein Anspruch des Beziehers/der Bezieherin der ausländischen Rente auf Leistungen der Krankenversicherung besteht, auch von dieser ausländischen Rente ein Krankenversicherungsbeitrag nach § 73 Abs. 1 und 1a zu entrichten. Dieser Beitrag ist in dem Zeitpunkt fällig, in dem die ausländische Rente ausbezahlt wird.

(2) ...

(3) Wird die ausländische Rente gleichzeitig mit einer inländischen Pension bezogen, hat der die inländische Pension auszahlende Pensionsversicherungsträger den für die ausländische Rente zu entrichtenden Krankenversicherungsbeitrag nach Abs. 1 und 2 von der inländischen Pension einzubehalten und unmittelbar an den zuständigen Krankenversicherungsträger abzuführen.

(4) und (5) ...

Aufwandersatz des Bundes für die in die Krankenversicherung einbezogenen Bezieher/innen von Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung

§ 75a. (1) Übersteigen in einem Geschäftsjahr die gesamten Leistungsaufwendungen der Krankenversicherungsträger für die mit Verordnung nach § 9 in die Krankenversicherung einbezogenen Bezieher/innen von Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung und für ihre anspruchsberechtigten Angehörigen die von den Ländern für diese Personen entrichteten Beiträge zur Krankenversicherung, so leistet der Bund den Unterschiedsbetrag zwischen den gesamten Leistungsaufwendungen und den für diese Personen durch die Länder geleisteten Beiträgen, mit Ausnahme jener Beitragsteile, die für die pauschale Spitalsfinanzierung vom Hauptverband weitergeleitet werden.

Vorgeschlagene Fassung

- eines auch Regelungen über die Krankenversicherung beinhaltenden bilateralen Abkommens über die soziale Sicherheit

erfasst ist, so ist, wenn ein Anspruch des Beziehers/der Bezieherin der ausländischen Rente auf Leistungen der Krankenversicherung besteht, auch von dieser ausländischen Rente ein Krankenversicherungsbeitrag nach § 73 Abs. 1 und 1a zu entrichten. Dieser Beitrag ist in dem Zeitpunkt fällig, in dem die ausländische Rente, unbeschadet allfälliger individueller Vereinbarungen mit dem ausländischer Träger über Modalitäten des Rententransfers, nach den gesetzlichen Bestimmungen ausbezahlt ist.

(2) ...

(3) Wird die ausländische Rente gleichzeitig mit einer inländischen Pension bezogen, hat der die inländische Pension auszahlende Pensionsversicherungsträger den für die ausländische Rente zu entrichtenden Krankenversicherungsbeitrag nach Abs. 1 und 2 von der inländischen Pension einzubehalten und unmittelbar an den zuständigen Krankenversicherungsträger abzuführen. Gleiches gilt auch für anfallende Krankenversicherungsbeiträge aus Vormonaten bis zu einer Höhe von insgesamt zehn Euro. Wird dieser Betrag überschritten, sind die Krankenversicherungsbeiträge aus Vormonaten vom zuständigen Krankenversicherungsträger vorzuschreiben.

(4) und (5) ...

Aufwandersatz des Bundes für die in die Krankenversicherung einbezogenen Bezieher/innen von Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung

§ 75a. (1) Übersteigen in einem Geschäftsjahr die gesamten Leistungsaufwendungen der Krankenversicherungsträger für die mit Verordnung nach § 9 in die Krankenversicherung einbezogenen Bezieher/innen von Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung und für ihre anspruchsberechtigten Angehörigen die von den Ländern für diese Personen entrichteten Beiträge zur Krankenversicherung, so leistet der Bund den Unterschiedsbetrag zwischen den gesamten Leistungsaufwendungen und den für diese Personen durch die Länder geleisteten Beiträgen.

(2) Bei der Ermittlung der geleisteten Beiträge nach Abs. 1 sind auch Ersätze

Geltende Fassung

(2) Der Bund überweist den Unterschiedsbetrag nach Abs. 1 an den Hauptverband; dieser hat den überwiesenen Betrag auf die in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger nach dem jeweiligen Leistungsaufwand unverzüglich aufzuteilen. Der den einzelnen Trägern der Krankenversicherung nach Abs. 1 gebührende Betrag des Bundes ist monatlich im erforderlichen Ausmaß zu bevorschussen. Die Endabrechnung erfolgt, sobald der Hauptverband das endgültige Gebarungsergebnis vor legt; jedenfalls ist die Endabrechnung jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres vorzunehmen.

(3) Krankenversicherungsträger, deren Beitragseinnahmen die Leistungsaufwendungen nach Abs. 1 übersteigen, haben diese Mehreinnahmen soweit an den Hauptverband abzuführen, als es notwendig ist, bei anderen Krankenversicherungsträgern eine ausgeglichene Gebarung im Sinn des Abs. 1 herzustellen. Der Hauptverband hat diese Beträge auf die in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger, bei denen die Aufwendungen die Beitragseinnahmen überstiegen haben, aufzuteilen.

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte in der Krankenversicherung

§ 76. (1) Die Beitragsgrundlage für den Kalendertag beläuft sich

1. und 2. ...
3. für jene Selbstversicherten, die der Personengruppe nach § 16 Abs. 2a angehören, auf 22,14 €; an die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2013, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachte Betrag;

An die Stelle der in den Z 1 und 2 genannten Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachten Beträge.

(2) bis (6) ...

Ausmaß und Entrichtung

§ 77. (1) bis (6) ...

(7) Für die nach § 16 Abs. 2a Selbstversicherten sind die Beiträge zur Gänze

Vorgeschlagene Fassung

für Leistungsaufwendungen (geleistete Regresse), Rezeptgebühren, Kostenbeteiligungen und Beihilfen für nicht abziehbare Vorsteuer zu berücksichtigen.

(3) Der Bund überweist den Unterschiedsbetrag nach Abs. 1 an den Hauptverband; dieser hat den überwiesenen Betrag auf die in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger nach dem jeweiligen Leistungsaufwand unverzüglich aufzuteilen. Der den einzelnen Trägern der Krankenversicherung nach Abs. 1 gebührende Betrag des Bundes ist monatlich im erforderlichen Ausmaß zu bevorschussen. Die Endabrechnung erfolgt, sobald der Hauptverband das endgültige Gebarungsergebnis vor legt; jedenfalls ist die Endabrechnung jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres vorzunehmen.

(4) Krankenversicherungsträger, deren Beitragseinnahmen die Leistungsaufwendungen nach Abs. 1 übersteigen, haben diese Mehreinnahmen soweit an den Hauptverband abzuführen, als es notwendig ist, bei anderen Krankenversicherungsträgern eine ausgeglichene Gebarung im Sinn des Abs. 1 herzustellen. Der Hauptverband hat diese Beträge auf die in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger, bei denen die Aufwendungen die Beitragseinnahmen überstiegen haben, aufzuteilen.

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte in der Krankenversicherung

§ 76. (1) Die Beitragsgrundlage für den Kalendertag beläuft sich

1. und 2. ...
3. für jene Selbstversicherten, die der Personengruppe nach § 16 Abs. 2a und 2b angehören, auf 22,14 €; an die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2013, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachte Betrag;

An die Stelle der in den Z 1 und 2 genannten Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachten Beträge.

(2) bis (6) ...

Ausmaß und Entrichtung

§ 77. (1) bis (6) ...

(7) Für die nach § 16 Abs. 2a und 2b Selbstversicherten sind die Beiträge zur

Geltende Fassung

aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragen. Für die nach § 18a Selbstversicherten sind die Beiträge zu zwei Dritteln aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen und zu einem Drittel aus Mitteln des Bundes zu tragen.

(8) ...

Wirksamkeitsbeginn von Änderungen in den Renten(Pensions)ansprüchen aus der Unfall- und Pensionsversicherung

§ 97. (1) und (2) ...

(3) Die Herabsetzung einer Rente (Pension) wird, wenn der Herabsetzungsgrund in der Wiederherstellung oder Besserung des körperlichen oder geistigen Zustandes des Rentners (Pensionisten) oder seines Kindes (§ 252 Abs. 2 Z 2) gelegen ist, mit dem Ablauf des Kalendermonates wirksam, der auf die Zustellung des Bescheides folgt, sonst mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Herabsetzungsgrund eingetreten ist.

Leistungen

§ 117. Als Leistungen der Krankenversicherung werden nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gewährt:

1. bis 3. ...
4. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft:
 - a) und b)
 - c) Pflege in einer Krankenanstalt (auch in einem Entbindungsheim) (§ 161);
 - d) und e) ...

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 120. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;
2. und 3. ...

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

Vorgeschlagene Fassung

Gänze aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragen. Für die nach § 18a Selbstversicherten sind die Beiträge zu zwei Dritteln aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen und zu einem Drittel aus Mitteln des Bundes zu tragen.

(8) ...

Wirksamkeitsbeginn von Änderungen in den Renten(Pensions)ansprüchen aus der Unfall- und Pensionsversicherung

§ 97. (1) und (2) ...

(3) Die Herabsetzung einer Rente (Pension) wird, wenn der Herabsetzungsgrund in der Wiederherstellung oder Besserung des körperlichen oder geistigen Zustandes des Rentners (Pensionisten) oder seines Kindes (§ 252 Abs. 2 Z 3) gelegen ist, mit dem Ablauf des Kalendermonates wirksam, der auf die Zustellung des Bescheides folgt, sonst mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Herabsetzungsgrund eingetreten ist.

Leistungen

§ 117. Als Leistungen der Krankenversicherung werden nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gewährt:

1. bis 3. ...
4. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft:
 - a) und b)
 - c) Pflege in einer Krankenanstalt (§ 161);
 - d) und e) ...

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 120. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht;
2. und 3. ...

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

Geltende Fassung

Organspende

§ 120a. (1) ...

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

Art der Leistungen

§ 121. (1) bis (3) ...

(4) Sofern nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder der Satzung der Anspruch von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig ist, sind auf diese anzurechnen:

1. und 2. ...
3. Zeiten, während derer der Versicherte Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Mutterschaft hat, sofern dieser Anspruch nicht gemäß § 122 Abs. 2 Z 2 oder Abs. 3 entstanden ist, und zwar
 - a) und b) ...
 - c) Zeiten der Gewährung der Anstaltspflege oder der Unterbringung in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt auf Rechnung eines Versicherungsträgers oder
 - d) ...
4. bis 7. ...

die Selbstversicherung aufgenommen wird, die in Z 1 bis 3 bezeichneten Zeiten, die der Versicherte zurückgelegt hat. Zeiten der in der Z 1 bis 7 genannten Art, die sich zeitlich decken, sind nur einfach zu zählen.

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

§ 122. (1) ...

(2) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung oder nach

Vorgeschlagene Fassung

Organspende

§ 120a. (1) ...

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

Art der Leistungen

§ 121. (1) bis (3) ...

(4) Sofern nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder der Satzung der Anspruch von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig ist, sind auf diese anzurechnen:

1. und 2. ...
3. Zeiten, während derer der Versicherte Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Mutterschaft hat, sofern dieser Anspruch nicht gemäß § 122 Abs. 2 Z 2 oder Abs. 3 entstanden ist, und zwar
 - a) und b) ...
 - c) Zeiten der Gewährung der Anstaltspflege oder der Unterbringung in einem Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt auf Rechnung eines Versicherungsträgers oder
 - d) ...
4. bis 7. ...

die Selbstversicherung aufgenommen wird, die in Z 1 bis 3 bezeichneten Zeiten, die der Versicherte zurückgelegt hat. Zeiten der in der Z 1 bis 7 genannten Art, die sich zeitlich decken, sind nur einfach zu zählen.

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

§ 122. (1) ...

(2) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung oder nach

Geltende Fassung

Ablauf des im Abs. 1 lit. b bezeichneten Zeitraumes eintreten, sind Leistungen, und zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren:

1. an Personen, die Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der Mutterschaft haben, sofern dieser Anspruch nicht gemäß Abs. 3 entstanden ist, und zwar
 - a) und b) ...
 - c) während der Gewährung der Anstaltspflege oder der Unterbringung in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt auf Rechnung eines Versicherungsträgers oder
 - d) ...
2. ...
3. an Personen, die gemäß § 12 Abs. 3 lit. g AIVG oder gemäß § 21a AIVG keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe haben.

(3) bis (5) ...

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 123. (1) bis (3) ...

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. und 2. ...
3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (11) ...

Sonderregelungen für Selbstversicherte und Pensionisten

§ 124. (1) Bei den Selbstversicherten in der Krankenversicherung ist die Leistungspflicht allgemein, soweit nicht für einzelne Leistungen eine längere Wartezeit vorgesehen ist, von der Erfüllung einer Wartezeit von drei Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig. Dies gilt nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern ihre Beiträge von der

Vorgeschlagene Fassung

Ablauf des im Abs. 1 lit. b bezeichneten Zeitraumes eintreten, sind Leistungen, und zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren:

1. an Personen, die Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der Mutterschaft haben, sofern dieser Anspruch nicht gemäß Abs. 3 entstanden ist, und zwar
 - a) und b) ...
 - c) während der Gewährung der Anstaltspflege oder der Unterbringung in einem Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt auf Rechnung eines Versicherungsträgers oder
 - d) ...
2. ...
3. an Personen, die nach § 21a AIVG keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe haben.

(3) bis (5) ...

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 123. (1) bis (3) ...

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. und 2. ...
3. an einem Programm der Europäischen Union zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (11) ...

Sonderregelungen für Selbstversicherte und Pensionisten

§ 124. (1) Bei den Selbstversicherten in der Krankenversicherung ist die Leistungspflicht allgemein, soweit nicht für einzelne Leistungen eine längere Wartezeit vorgesehen ist, von der Erfüllung einer Wartezeit von drei Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig. Dies gilt nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern ihre Beiträge von der

Geltende Fassung

Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz berechnet werden. Durch die Satzung kann die Wartezeit auf sechs Monate unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles erweitert werden. Die Satzung kann ferner für Selbstversicherte auch den Kreis der Angehörigen, mit Ausnahme der Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4) und der EhegattInnen oder eingetragenen Partner/innen, einschränken.

(2) Das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt, wenn der Selbstversicherte in den unmittelbar vor Beginn der Selbstversicherung vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert war oder für ihn eine Anspruchsberechtigung in einer solchen Krankenversicherung bestand; ist die Pflichtversicherung oder die darauf beruhende Anspruchsberechtigung infolge einer Aussperrung oder eines Streiks erloschen, entfällt ebenfalls das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit. Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um die Zeiten, während derer der aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene Selbstversicherte

1. auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhielt oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht war oder Anspruch auf Pflegegebührenersatz gemäß § 131 oder auf Pflegekostenzuschuß gemäß § 150 einem Versicherungsträger gegenüber hatte oder
2. ...
- (3) ...

Ärztliche Hilfe

§ 135. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1) sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. ...
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

Vorgeschlagene Fassung

Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz berechnet werden sowie für die im § 16 Abs. 2a bezeichneten Personen. Durch die Satzung kann die Wartezeit auf sechs Monate unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles erweitert werden. Die Satzung kann ferner für Selbstversicherte auch den Kreis der Angehörigen, mit Ausnahme der Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4) und der EhegattInnen oder eingetragenen Partner/innen, einschränken.

(2) Das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt, wenn der Selbstversicherte in den dem Beginn der Selbstversicherung unmittelbar vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert war oder für ihn eine Anspruchsberechtigung in einer solchen Krankenversicherung bestand; ist die Pflichtversicherung oder die darauf beruhende Anspruchsberechtigung infolge einer Aussperrung oder eines Streiks erloschen, entfällt ebenfalls das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit. Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um die Zeiten, während derer der aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene Selbstversicherte

1. auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhielt oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht war oder Anspruch auf Pflegegebührenersatz gemäß § 131 oder auf Pflegekostenzuschuß gemäß § 150 einem Versicherungsträger gegenüber hatte oder
2. ...
- (3) ...

Ärztliche Hilfe

§ 135. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1) sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. ...
2. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen oder einer klinischen Psychologin nach § 29 Abs. 1 des Psychologengesetzes 2013, BGBl. Nr. 182/2013;

Geltende Fassung

Ausübung des psychologischen Berufes gemäß § 10 Abs. 1 des Psychologengesetzes berechtigt ist;

3. und 4. ...

(2) bis (6) ...

Anspruchsberechtigung

§ 138. (1) Pflichtversicherte sowie aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene nach § 122 Anspruchsberechtigte, diese jedoch nur in den ersten drei Wochen dieser Anspruchsberechtigung, haben aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vom vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit an Anspruch auf Krankengeld. § 122 Abs. 2 Z 2 letzter Satz ist nicht anzuwenden.

(2) und (3) ...

Dauer des Krankengeldanspruches

§ 139. (1) und (2) ...

(3) bis (6) ...

Rehabilitationsgeld

§ 143a. (1) ...

(2) Das Rehabilitationsgeld gebührt im Ausmaß des Krankengeldes nach § 141 Abs. 1 und ab dem 43. Tag im Ausmaß des erhöhten Krankengeldes nach § 141 Abs. 2, das aus der letzten eine Versicherung nach diesem Bundesgesetz oder nach dem B-KUVG begründende Erwerbstätigkeit gebührt hätte, wobei bei Vorliegen von unmittelbar vorangehenden Zeiten des Krankengeldanspruches die nach § 141 Abs. 2 ermittelten Tage anzurechnen sind. Jedenfalls gebührt es jedoch in der Höhe des Richtsatzes nach § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb. Die Erhöhung bis zu diesem Richtsatz ist nur zu gewähren, so lange die das Rehabilitationsgeld beziehende Person ihren rechtmäßigen, gewöhnlichen

Vorgeschlagene Fassung

3. und 4. ...

(2) bis (6) ...

Anspruchsberechtigung

§ 138. (1) Pflichtversicherte, sowie aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene nach § 122 Anspruchsberechtigte, diese jedoch nur bei Eintritt des Versicherungsfalles innerhalb der ersten drei Wochen dieser Anspruchsberechtigung, haben aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vom vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit an Anspruch auf Krankengeld. § 122 Abs. 2 Z 2 letzter Satz ist nicht anzuwenden.

(2) und (3) ...

Dauer des Krankengeldanspruches

§ 139. (1) und (2) ...

(2a) Durch die Satzung kann Personen in einem aufrechten Dienstverhältnis, bei denen die Höchstdauer ihres Krankengeldanspruches abgelaufen ist und die einen ablehnenden Bescheid des Pensionsversicherungsträgers über eine beantragte Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension erhalten haben, ein Krankengeld in der zuletzt bezogenen Höhe ab dessen Antragstellung beim Krankenversicherungsträger und längstens bis zur rechtskräftigen Beendigung des Verfahrens vor den ordentlichen Gerichten, gewährt werden.

(3) bis (6) ...

Rehabilitationsgeld

§ 143a. (1) ...

(2) Das Rehabilitationsgeld gebührt im Ausmaß des Krankengeldes nach § 141 Abs. 1 und ab dem 43. Tag im Ausmaß des erhöhten Krankengeldes nach § 141 Abs. 2, das aus der letzten eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz oder nach dem B-KUVG begründende Erwerbstätigkeit gebührt hätte, wobei bei Vorliegen von unmittelbar vorangehenden Zeiten des Krankengeldanspruches die nach § 141 Abs. 2 ermittelten Tage anzurechnen sind. Jedenfalls gebührt es jedoch in der Höhe des Richtsatzes nach § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb. Die Erhöhung bis zu diesem Richtsatz ist nur zu gewähren, so lange die das Rehabilitationsgeld beziehende

Geltende Fassung

Aufenthalt im Inland hat.

(3) bis (5) ...

Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 144. (1) bis (3) ...

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten), in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG) oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(5) und (6) ...

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 154a. (1) und (2) ...

(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, 307d 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) bis (7) ...

Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit

§ 155. (1) ...

(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;

Vorgeschlagene Fassung

Person ihren rechtmäßigen, gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat.

(3) bis (5) ...

Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 144. (1) bis (3) ...

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 KAKuG), oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(5) und (6) ...

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 154a. (1) und (2) ...

(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, 307d Abs. 2 Z 2 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) bis (7) ...

Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit

§ 155. (1) ...

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

1. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten;
2. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung
 - a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,
 - b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit;

Geltende Fassung

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.

(3) und (4) ...

Umfang des Versicherungsschutzes

§ 157. Der Versicherungsfall der Mutterschaft umfaßt den nach seinem Eintritt (§ 120 Abs. 1 Z 3) liegenden Zeitraum der Schwangerschaft, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen, soweit diese Folgen nicht als Versicherungsfall der Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit anzusehen sind.

Pflege in einer Krankenanstalt (in einem Entbindungsheim)

§ 161. (1) Für die Entbindung ist Pflege in einer Krankenanstalt (auch in einem Entbindungsheim) längstens für zehn Tage zu gewähren; die Bestimmungen der §§ 145 und 148 bis 150 sind hiebei entsprechend anzuwenden. Wenn es der Zustand der Wöchnerin oder die Entfernung ihres Wohnsitzes erfordert, sind auch die Beförderungskosten in die und aus der Anstalt zu übernehmen.

(2) und (3) ...

Neutrale Monate

§ 234. (1) Als neutral sind folgende Zeiten anzusehen, die nicht Versicherungszeiten sind:

1. bis 4. ...
5. Zeiten, während derer der Versicherte Krankengeld (Wochengeld) oder Rehabilitationsgeld auf Grund gesetzlicher Versicherung bezog, ferner Zeiten einer auf Grund gesetzlicher Versicherung oder der gesetzlichen Fürsorge für die Opfer des Krieges oder des Kampfes um ein freies demokratisches Österreich gewährten Anstalts(Heilstätten)pflge und nach dem 31. Dezember 1945 gelegene Zeiten einer auf Krankheit gegründeten Arbeitsunfähigkeit arbeitsloser als solcher nicht krankenversicherter Personen; den Zeiten des Krankengeld(Wochengeld)bezuges stehen Zeiten des Aufenthaltes in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderkrankenanstalt auf Rechnung eines Versicherungsträgers sowie

Vorgeschlagene Fassung

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.

(3) und (4) ...

Umfang des Versicherungsschutzes

§ 157. Der Versicherungsfall der Mutterschaft umfaßt den nach seinem Eintritt (§ 120 Z 3) liegenden Zeitraum der Schwangerschaft, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen, soweit diese Folgen nicht als Versicherungsfall der Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit anzusehen sind.

Pflege in einer Krankenanstalt

§ 161. (1) Für die Entbindung ist Pflege in einer Krankenanstalt längstens für zehn Tage zu gewähren; die Bestimmungen der §§ 145 und 148 bis 150 sind hiebei entsprechend anzuwenden. Wenn es der Zustand der Wöchnerin oder die Entfernung ihres Wohnsitzes erfordert, sind auch die Beförderungskosten in die und aus der Anstalt zu übernehmen.

(2) und (3) ...

Neutrale Monate

§ 234. (1) Als neutral sind folgende Zeiten anzusehen, die nicht Versicherungszeiten sind:

1. bis 4. ...
5. Zeiten, während derer der Versicherte Krankengeld (Wochengeld) oder Rehabilitationsgeld auf Grund gesetzlicher Versicherung bezog, ferner Zeiten einer auf Grund gesetzlicher Versicherung oder der gesetzlichen Fürsorge für die Opfer des Krieges oder des Kampfes um ein freies demokratisches Österreich gewährten Anstalts(Heilstätten)pflge und nach dem 31. Dezember 1945 gelegene Zeiten einer auf Krankheit gegründeten Arbeitsunfähigkeit arbeitsloser als solcher nicht krankenversicherter Personen; den Zeiten des Krankengeld(Wochengeld)bezuges stehen Zeiten des Aufenthaltes in einem Kurheim oder einer Sonderkrankenanstalt auf Rechnung eines Versicherungsträgers sowie die Zeiten, während derer Anspruch auf

Geltende Fassung

die Zeiten, während derer Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten einem Versicherungsträger gegenüber bestanden hat, gleich;

6. bis 11. ...

(2) und (3) ...

Gesundheitsvorsorge der Pensionsversicherungsträger

§ 307d. (1) ...

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

1. Fürsorge für Genesende (z.B. durch Unterbringung in einem Genesungsheim);
2. Unterbringung in einem Erholungsheim;
3. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28);
4. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
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.

§ 155 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (6) ...

Verpflegskosten in den Einrichtungen der Sozialversicherungsträger

§ 322. (1) Die Versicherungsträger, die Krankenanstalten, Heil(Kur)anstalten, Erholungs- und Genesungsheime sowie ähnliche Einrichtungen betreiben, sollen mit anderen Versicherungsträgern, die diese Einrichtungen für ihre Versicherten in Anspruch nehmen, über die zu ersetzenden Verpflegskosten Vereinbarungen treffen.

(2) ...

Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege

§ 322a. (1) und (2) ...

(3) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist um den Prozentsatz gemäß

Vorgeschlagene Fassung

Ersatz der Verpflegskosten einem Versicherungsträger gegenüber bestanden hat, gleich;

6. bis 11. ...

(2) und (3) ...

Gesundheitsvorsorge der Pensionsversicherungsträger

§ 307d. (1) ...

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

1. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28);
2. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
3. 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.

§ 155 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (6) ...

Verpflegskosten in den Einrichtungen der Sozialversicherungsträger

§ 322. (1) Die Versicherungsträger, die Krankenanstalten, Heil(Kur)anstalten sowie ähnliche Einrichtungen betreiben, sollen mit anderen Versicherungsträgern, die diese Einrichtungen für ihre Versicherten in Anspruch nehmen, über die zu ersetzenden Verpflegskosten Vereinbarungen treffen.

(2) ...

Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstaltspflege

§ 322a. (1) und (2) ...

(3) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstaltspflege aufgewendete Betrag ist um den Prozentsatz gemäß Abs. 2 erster

Geltende Fassung

Abs. 2 erster Satz zu erhöhen (Sollbetrag).

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr sind diese Beträge um jenen Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) bis (8) ...

Vertragliche Regelung für die Durchführung von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche

§ 343e. (1) und (2) ...

(3) Abweichend von Abs. 1 kann der Gesamtvertrag auch dann wirksam abgeschlossen werden, wenn durch Einzelverträge auf Grund dieses Gesamtvertrages maßgeblich mehr als zwei Drittel des Leistungsbedarfes der Kinder und Jugendlichen nach § 153a sichergestellt und eine regional ausgewogene Versorgung gegeben ist. In diesem Fall haben die Krankenversicherungsträger im Sinn einer flächendeckenden Sachleistungsversorgung die Leistung nach § 153a ergänzend durch Sonder-Einzelverträge gleichen Leistungsinhalts mit Leistungsanbietern, insbesondere Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien sowie in eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger im Sinn des Versorgungsplanes nach Abs. 2 zu erbringen.

(4) ...

Allgemeine Bestimmungen über die Kommissionen

§ 347. (1) bis (3) ...

Vorgeschlagene Fassung

Satz zu erhöhen (Sollbetrag).

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstaltspflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr sind diese Beträge um jenen Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) bis (8) ...

Vertragliche Regelung für die Durchführung von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche

§ 343e. (1) und (2) ...

(3) Abweichend von Abs. 1 kann der Gesamtvertrag auch dann wirksam abgeschlossen werden, wenn durch Einzelverträge auf Grund dieses Gesamtvertrages maßgeblich mehr als zwei Drittel des Leistungsbedarfes der Kinder und Jugendlichen nach § 153e sichergestellt sind und eine regional ausgewogene Versorgung gegeben ist. In diesem Fall haben die Krankenversicherungsträger im Sinn einer flächendeckenden Sachleistungsversorgung die Leistung nach § 153a ergänzend durch Sonder-Einzelverträge gleichen Leistungsinhalts mit Leistungsanbietern, insbesondere Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien sowie in eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger im Sinn des Versorgungsplanes nach Abs. 2 zu erbringen.

(4) ...

Allgemeine Bestimmungen über die Kommissionen

§ 347. (1) bis (3) ...

(3a) Die Kommissionen haben bei ihren Entscheidungen zu prüfen, ob der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger die Rahmenbedingungen nach § 84a Abs. 1 (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) oder nach § 342 Abs. 1 Z 1 (Regionale Strukturpläne Gesundheit) eingehalten haben und ihrerseits die Ergebnisse dieser Strukturpläne ihren Entscheidungen in einschlägigen Angelegenheiten zu Grunde zu legen.

Geltende Fassung

(4) bis (7) ...

Gesamtverträge

§ 349. (1) ...

(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. Hierbei 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.

(2a) bis (5) ...

Unfallmeldung

§ 363. (1) Die Dienstgeber und die sonstigen meldepflichtigen Personen oder Stellen (§§ 33 bis 37, 39) haben jeden Arbeitsunfall, durch den eine unfallversicherte Person getötet oder mehr als drei Tage völlig oder teilweise arbeitsunfähig geworden ist, längstens binnen fünf Tagen dem zuständigen Träger der Unfallversicherung auf einem von diesem aufzulegenden Vordruck in dreifacher Ausfertigung zu melden. Auf die gleiche Weise haben die meldepflichtigen Personen (Stellen) die Berufskrankheit eines Unfallversicherten binnen fünf Tagen nach dem Beginn der Krankheit (§ 120 Abs. 1 Z 1) dem zuständigen Träger der Unfallversicherung zu melden. Im Falle einer Arbeitskräfteüberlassung obliegen diese Meldepflichten dem/der

Vorgeschlagene Fassung

(4) bis (7) ...

Gesamtverträge

§ 349. (1) ...

(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 (§ 42 Abs. 1 des Psychologengesetzes 2013), 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. Hierbei 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.

(2a) bis (5) ...

Unfallmeldung

§ 363. (1) Die Dienstgeber und die sonstigen meldepflichtigen Personen oder Stellen (§§ 33 bis 37, 39) haben jeden Arbeitsunfall, durch den eine unfallversicherte Person getötet oder mehr als drei Tage völlig oder teilweise arbeitsunfähig geworden ist, längstens binnen fünf Tagen dem zuständigen Träger der Unfallversicherung auf einem von diesem aufzulegenden Vordruck zu melden. Auf die gleiche Weise haben die meldepflichtigen Personen (Stellen) die Berufskrankheit eines Unfallversicherten binnen fünf Tagen nach dem Beginn der Krankheit (§ 120 Abs. 1 Z 1) dem zuständigen Träger der Unfallversicherung zu melden. Im Falle einer Arbeitskräfteüberlassung obliegen diese Meldepflichten dem/der Beschäftiger/Beschäftigerin nach § 3 Abs. 3 des

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
<p>Beschäftigter/Beschäftigterin nach § 3 Abs. 3 des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes.</p> <p>(2) Der Arzt, der bei einem Versicherten eine Berufskrankheit oder Krankheitserscheinungen feststellt, die den begründeten Verdacht einer solchen Krankheit rechtfertigen, hat diese Feststellung dem zuständigen Träger der Unfallversicherung binnen fünf Tagen auf einem von diesem aufzulegenden Vordruck in dreifacher Ausfertigung zu melden. Der Versicherungsträger hat dem Arzt hierfür eine Vergütung von 5,81 € zu leisten. Ein Arzt, welcher der ihm obliegenden Verpflichtung zur Erstattung der Meldung nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist, wenn er nicht nach anderen Vorschriften einer strengeren Strafe unterliegt, von der Bezirksverwaltungsbehörde mit Geld bis zu 440 €, im Falle der Uneinbringlichkeit mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Wochen zu bestrafen.</p> <p>(3) Der Träger der Unfallversicherung hat eine der bei ihm eingelangten Ausfertigungen der Meldung eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit unverzüglich weiterzuleiten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. an das zuständige Arbeitsinspektorat, wenn der Unfall (die Berufskrankheit) den Dienstnehmer eines Betriebes betraf, der nach dem Arbeitsinspektionsgesetz 1993, BGBl. Nr. 27, in der jeweils geltenden Fassung dem Wirkungsbereich der Arbeitsinspektion unterliegt; 2. Aufgehoben. 3. an die zuständige Land- und Forstwirtschaftsinspektion, wenn der Unfall (die Berufskrankheit) den Dienstnehmer eines Betriebes betraf, der nach dem Landarbeitsgesetz 1984, BGBl. Nr. 287, in der jeweils geltenden Fassung dem Wirkungsbereich der Land- und Forstwirtschaftsinspektion unterliegt. 4. Aufgehoben. <p>Eine weitere Ausfertigung der Meldung einer Berufskrankheit hat der Träger der Unfallversicherung dem Arbeitsinspektionsarzt beim Zentralarbeitsinspektorat unverzüglich zu übersenden.</p>	<p>des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes.</p> <p>(2) Der Arzt/Die Ärztin, der/die bei einer versicherten Person Krankheitserscheinungen feststellt, die den begründeten Verdacht einer Berufskrankheit rechtfertigen, hat diese Feststellung dem zuständigen Träger der Unfallversicherung binnen fünf Tagen auf einem von diesem aufzulegenden Vordruck zu melden. Der Versicherungsträger hat dem Arzt hierfür eine Vergütung von 5,81 € zu leisten. Ein Arzt, welcher der ihm obliegenden Verpflichtung zur Erstattung der Meldung nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist, wenn er nicht nach anderen Vorschriften einer strengeren Strafe unterliegt, von der Bezirksverwaltungsbehörde mit Geld bis zu 440 €, im Falle der Uneinbringlichkeit mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Wochen zu bestrafen.</p> <p>(3) Der Träger der Unfallversicherung hat die Meldung eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit unverzüglich weiterzuleiten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. an das zuständige Arbeitsinspektorat, wenn der Unfall (die Berufskrankheit) den Dienstnehmer/die Dienstnehmerin eines Betriebes betraf, der/die nach dem Arbeitsinspektionsgesetz 1993, BGBl. Nr. 27/1993, dem Wirkungsbereich der Arbeitsinspektion unterliegt; 2. an die zuständige Land- und Forstwirtschaftsinspektion, wenn der Unfall (die Berufskrankheit) den Dienstnehmer/die Dienstnehmerin eines Betriebes betraf, der/die nach dem Landarbeitsgesetz 1984, BGBl. Nr. 287/1984, dem Wirkungsbereich der Land- und Forstwirtschaftsinspektion unterliegt. <p>Der Träger der Unfallversicherung hat die Daten nach den Abs. 1 und 2 sowie die eingelangten Meldungen auf automatisationsunterstütztem Weg zu übermitteln. In gleicher Weise sind die Daten nach Abs. 2 und die Meldung einer Berufskrankheit vom Träger der Unfallversicherung dem</p>

Geltende Fassung

(4) Die im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l genannten Schulen, Lehranstalten, Universitäten und institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen haben jeden Unfall im Sinne des § 175 Abs. 4 oder 5 bzw. § 176 Abs. 1 Z 11 oder 12, durch den eine nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i oder l unfallversicherte Person getötet oder körperlich geschädigt worden ist, längstens binnen fünf Tagen dem zuständigen Träger der Unfallversicherung auf einem von diesem aufzulegenden Vordruck in dreifacher Ausfertigung zu melden. Auf die gleiche Weise haben die meldepflichtigen Stellen die Berufskrankheit eines nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l in der Unfallversicherung Teilversicherten binnen fünf Tagen nach dem Beginn der Krankheit (§ 120 Z 1) dem zuständigen Träger der Unfallversicherung zu melden.

Versicherungsvertreter**§ 420. (1) ...**

(2) Versicherungsvertreter können nur österreichische Staatsbürger sein, die nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sind, am Tage der Berufung das 18. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnort, Beschäftigungsort oder Betriebssitz im Sprengel des Versicherungsträgers haben. Sie müssen entweder seit mindestens sechs Monaten in Österreich als Dienstnehmer oder Unternehmer tätig sein oder

1. bis 3. ...
sein.

(3) Die Versicherungsvertreter müssen, soweit es sich nicht um Angehörige des im Abs. 2 Z 2 und 3 umschriebenen Personenkreises handelt, im Zeitpunkt ihrer Entsendung dem betreffenden Versicherungsträger beziehungsweise der betreffenden Landesstelle als pflichtversicherter Dienstnehmer oder Dienstgeber von solchen oder als freiwillig Versicherter angehören.

(4) bis (6) ...

Vorgeschlagene Fassung

Arbeitsinspektionsarzt/der Arbeitsinspektionsärztin beim Zentralarbeitsinspektorat unverzüglich zu übersenden.

(4) Die im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l genannten Schulen, Lehranstalten, Universitäten und institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen haben jeden Unfall im Sinne des § 175 Abs. 4 oder 5 bzw. § 176 Abs. 1 Z 11 oder 12, durch den eine nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i oder l unfallversicherte Person getötet oder körperlich geschädigt worden ist, längstens binnen fünf Tagen dem zuständigen Träger der Unfallversicherung auf einem von diesem aufzulegenden Vordruck zu melden. Auf die gleiche Weise haben die meldepflichtigen Stellen die Berufskrankheit eines nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l in der Unfallversicherung Teilversicherten binnen fünf Tagen nach dem Beginn der Krankheit (§ 120 Z 1) dem zuständigen Träger der Unfallversicherung zu melden.

(5) Die Meldungen nach den Abs. 1, 2 und 4 sind auf dem zum Zeitpunkt der Meldung aktuell gültigen Formular des Unfallversicherungsträgers zu erstatten.

Versicherungsvertreter**§ 420. (1) ...**

(2) Versicherungsvertreter/innen können Personen sein, die nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sind, am Tag der Berufung das 18. Lebensjahr vollendet und, sofern es sich nicht um Bedienstete von Gebietskörperschaften handelt, ihren Wohnort, Beschäftigungsort oder Betriebssitz im Sprengel des Versicherungsträgers haben. Sie müssen entweder seit mindestens sechs Monaten in Österreich als Dienstnehmer oder Unternehmer tätig sein oder

1. bis 3. ...
sein.

(3) Die Versicherungsvertreter müssen, soweit es sich nicht um Angehörige des im Abs. 2 lit. b und c umschriebenen Personenkreises handelt, im Zeitpunkt ihrer Entsendung dem betreffenden Versicherungsträger beziehungsweise der betreffenden Landesstelle als pflichtversicherter Dienstnehmer oder Dienstgeber von solchen oder als freiwillig Versicherter angehören.

(4) bis (6) ...

Geltende Fassung**Enthebung von Versicherungsvertretern (Stellvertretern)**

§ 423. (1) Ein Versicherungsvertreter (Stellvertreter) ist seines Amtes zu entheben:

1. und 2. ...
3.
 - a) wenn er als Vertreter der Dienstnehmer entsendet worden ist, aber seit mehr als drei Monaten dem betreffenden Versicherungsträger nicht mehr als pflichtversicherter Dienstnehmer angehört, oder
 - b) wenn er als Vertreter der Dienstgeber entsendet worden ist, aber seit mehr als drei Monaten nicht mehr Dienstgeber eines bei dem betreffenden Versicherungsträger pflichtversicherten Dienstnehmers ist,
 in beiden Fällen jedoch nur, wenn er nicht zu jenen Personen zählt, die im § 420 Abs. 2 Z 1 bis 3 angeführt sind;
4. und 5. ...

Vor der Enthebung des Versicherungsvertreters (Stellvertreters) gemäß Z 4 oder 5 ist die zur Entsendung berufene Stelle anzuhören.

(2) bis (8) ...

Aufgaben der Trägerkonferenz

§ 441d. (1) ...

(2) Der Trägerkonferenz obliegt unbeschadet der in den §§ 31 Abs. 5a, 31b Abs. 2, 32d Abs. 2 und 447b Abs. 2 genannten Aufgaben:

1. bis 14. ...
- (3) und (4) ...

Zielsteuerung

§ 441e. (1) ...

(2) Die Trägerkonferenz hat spätestens im Dezember eines jeden Jahres auf der Grundlage des Monitoring nach § 32b gesundheits- und sozialpolitische Ziele

1. und 2. ...
- (2a) und (4) ...

Vorgeschlagene Fassung**Enthebung von Versicherungsvertretern (Stellvertretern)**

§ 423. (1) Ein Versicherungsvertreter (Stellvertreter) ist seines Amtes zu entheben:

1. und 2. ...
3.
 - a) wenn er als Vertreter der Dienstnehmer entsendet worden ist, aber seit mehr als drei Monaten dem betreffenden Versicherungsträger nicht mehr als pflichtversicherter Dienstnehmer angehört, oder
 - b) wenn er als Vertreter der Dienstgeber entsendet worden ist, aber seit mehr als drei Monaten nicht mehr Dienstgeber eines bei dem betreffenden Versicherungsträger pflichtversicherten Dienstnehmers ist,
 in beiden Fällen jedoch nur, wenn er nicht zu jenen Personen zählt, die im § 420 Abs. 2 lit. a bis c angeführt sind;
4. und 5. ...

Vor der Enthebung des Versicherungsvertreters (Stellvertreters) gemäß Z 4 oder 5 ist die zur Entsendung berufene Stelle anzuhören.

(2) bis (8) ...

Aufgaben der Trägerkonferenz

§ 441d. (1) ...

(2) Der Trägerkonferenz obliegt unbeschadet der in den §§ 31 Abs. 5a, 31b Abs. 2 und 447b Abs. 2 genannten Aufgaben:

1. bis 14. ...
- (3) und (4) ...

Zielsteuerung

§ 441e. (1) ...

(2) Die Trägerkonferenz hat spätestens im Dezember eines jeden Jahres gesundheits- und sozialpolitische Ziele

1. und 2. ...
- (2a) und (4) ...

Geltende Fassung**Genehmigung zu Veränderungen von Vermögensbeständen**

§ 447. (1) bis (2) ...

(3) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Angelegenheiten nach den Abs. 2 und 2a sind binnen einem Monat nach Beschlußfassung dem jeweils zuständigen Bundesminister (§ 446 Abs. 3 Z 1 und 2) anzuzeigen.

Krankenversicherung der unkündbaren Bediensteten der Österreichischen Bundesbahnen und der ihnen gleichgestellten Personen

§ 472. (1) ...

(2) In der Krankenversicherung nach Abs. 1 sind, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, die gesetzlichen Bestimmungen über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, daß

1. ...
2. als Angehörige auch die Großeltern und Stiefeltern des Versicherten gelten, wenn sie mit ihm in Hausgemeinschaft leben und von ihm ganz oder überwiegend erhalten werden;
3. ...
4. die nach Abs. 1 Z 1 und 2 Versicherten, mit Ausnahme jener Personen, die einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss oder eine Pensionsleistung erhalten,
 - a) Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 138 bis 143 und
 - b) Anspruch auf Wochengeld nach den §§ 162 bis 168 haben.

(3) ...

Vorgeschlagene Fassung**Genehmigung zu Veränderungen von Vermögensbeständen**

§ 447. (1) bis (2) ...

Krankenversicherung der unkündbaren Bediensteten der Österreichischen Bundesbahnen und der ihnen gleichgestellten Personen

§ 472. (1) ...

(2) In der Krankenversicherung nach Abs. 1 sind, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, die gesetzlichen Bestimmungen über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, daß

1. ...
3. ...
4. die nach Abs. 1 Z 1 und 2 Versicherten, mit Ausnahme jener Personen, die einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss oder eine Pensionsleistung erhalten,
 - a) Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 138 bis 143 und
 - b) Anspruch auf Wochengeld nach den §§ 162 bis 168 haben;
5. die nach Abs. 1 Z 4 Versicherten, mit Ausnahme jener Personen, die eine Pensionsleistung erhalten,
 - a) Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 138 bis 143,
 - b) Anspruch auf Rehabilitationsgeld nach § 143a und
 - c) Anspruch auf Wochengeld nach den §§ 162 bis 168 haben.

(3) ...

Geltende Fassung**Schlussbestimmung zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 139/2013****§ 680.** (1) bis (2) ...

(3) Die §§ 53b Abs. 5 bis 7 in der Fassung des 2. Sozialversicherungs-Änderungsgesetzes 2013, BGBl. I Nr. 139/2013, sind auf Entgeltfortzahlungstage infolge von Unfällen, die sich nach dem 30. Juli 2013 ereignet haben, anzuwenden.

Schlussbestimmungen zu Art. 14 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 118/2015**§ 690.** (1) und (2) ...

(3) § 57a tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2015 außer Kraft. Auf Lehrverhältnisse, die vor dem 1. Jänner 2016 begonnen wurden, sind die §§ 51 Abs. 1 Z 1, 51b Abs. 1, 51e und 57a in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(4) Abweichend von § 73 Abs. 2 in der Fassung der Z 25 beträgt der für die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau anzuwendende Prozentsatz für das Jahr 2016 305%.

Vorgeschlagene Fassung**Schlussbestimmung zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 139/2013****§ 680.** (1) bis (2) ...

(3) Die § 53b Abs. 3 bis 5 in der Fassung des 2. Sozialversicherungs-Änderungsgesetzes 2013, BGBl. I Nr. 139/2013, sind auf Entgeltfortzahlungstage infolge von Unfällen, die sich nach dem 30. Juli 2013 ereignet haben, anzuwenden.

Schlussbestimmungen zu Art. 14 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 118/2015**§ 690.** (1) und (2) ...

(3) § 57a tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2015 außer Kraft. Auf Lehrverhältnisse, die vor dem 1. Jänner 2016 begonnen wurden, sind die §§ 51 Abs. 1 Z 1 und Abs. 3 Z 1, 51b Abs. 1, 51e und 57a in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(4) Abweichend von § 73 Abs. 2 in der Fassung der Z 26 beträgt der für die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau anzuwendende Prozentsatz für das Jahr 2016 305%.

Schlussbestimmung zu Art. 1 Teil 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2015 (85. Novelle)

§ 695. (1) Es treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2015 in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2016 die §§ 7 Z 1 lit. e, 8 Abs. 1 Z 3 lit. k, 8 Abs. 2 lit. e und Abs. 4, 16 Abs. 2a und 2b, 23 Abs. 6 lit. a, 26 Abs. 1 Z 4 lit. f und g, 31 Abs. 4 Z 6, 31 Abs. 5 Z 21, 31 Abs. 5 Z 25, 31c Abs. 3 Z 3 lit. e und f, 52 Abs. 2, 53b, 73a Abs. 1 und 3, 75a Abs. 1 bis 4, 76 Abs. 1 Z 3, 77 Abs. 7, 117 Z 4 lit. c, 120 Z 1, 120a Abs. 2, 121 Abs. 4 Z 3 lit. c, 122 Abs. 2 Z 1 lit. c, 122 Abs. 2 Z 3, 123 Abs. 4 Z 3, 124 Abs. 1 und 2, 135 Abs. 1 Z 2, 138 Abs. 1, 139 Abs. 2a, 143a Abs. 2, 144 Abs. 4, 154a Abs. 3, 155 Abs. 2 Z 2 bis 4, 157, 161 Überschrift und Abs. 1, 234 Abs. 1 Z 5, 307d Abs. 2 Z 1 bis 5, 322 Abs. 1, 322a Überschrift sowie Abs. 3 und 4, 343e Abs. 3, 347 Abs. 3a, 349 Abs. 2, 363, 420 Abs. 2 und 3, 423 Abs. 1 Z 3, 441d Abs. 2 Einleitung, 441e Abs. 2, 472 Abs. 2 Z 4 und 5, 680 Abs. 3 und 690 Abs. 3 und 4;
2. rückwirkend mit 1. Jänner 2011 § 28 Z 2 lit. i;

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

- 3. rückwirkend mit 1. Juni 2012 § 97 Abs. 3;
- 4. rückwirkend mit 1. Jänner 2015 § 71 Abs. 2 und 2a.

(2) Die §§ 447 Abs. 3 und 472 Abs. 2 Z 2 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2015 außer Kraft.

Artikel 2**Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (44. Novelle zum GSVG)****Teil 2 (BMG)****Pflichtversicherung in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung**

§ 2. (1) Auf Grund dieses Bundesgesetzes sind, soweit es sich um natürliche Personen handelt, in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen pflichtversichert:

- 1. und 2. ...
- 3. die zu Geschäftsführern bestellten Gesellschafter einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung, sofern diese Gesellschaft Mitglied einer der in Z 1 bezeichneten Kammern ist und diese Personen nicht bereits aufgrund ihrer Beschäftigung (§ 4 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 4 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) als Geschäftsführer der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz unterliegen oder aufgrund dieser Pflichtversicherung Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld aus der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten oder in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht sind oder Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren gemäß § 131 oder § 150 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes einem Versicherungsträger gegenüber haben;
- 4. ...
- (2) und (3) ...

Pflichtversicherung in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung

§ 2. (1) Auf Grund dieses Bundesgesetzes sind, soweit es sich um natürliche Personen handelt, in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen pflichtversichert:

- 1. und 2. ...
- 3. die zu Geschäftsführern bestellten Gesellschafter einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung, sofern diese Gesellschaft Mitglied einer der in Z 1 bezeichneten Kammern ist und diese Personen nicht bereits aufgrund ihrer Beschäftigung (§ 4 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 4 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) als Geschäftsführer der Teilversicherung in der Unfallversicherung oder der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz unterliegen oder aufgrund dieser Pflichtversicherung Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld aus der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten oder in einem Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht sind oder Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren gemäß § 131 oder § 150 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes einem Versicherungsträger gegenüber haben;
- 4. ...
- (2) und (3) ...

Geltende Fassung**Ausnahmen von der Pflichtversicherung****§ 4. (1) und (2) ...**

1. ...
2. Personen, die auf Grund der die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeit der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz unterliegen, für die Dauer dieser Pflichtversicherung, Personen, die auf Grund einer solchen Pflichtversicherung Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld aus der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten oder in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht sind oder Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren gemäß § 131 oder § 150 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes einem Versicherungsträger gegenüber haben, ferner Personen, die der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 unterliegen, für die Dauer der Pflichtversicherung;
3. und 4. ...

Weiterversicherung

§ 8. (1) Personen, die aus der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz ausscheiden, können sich und ihre mitversicherten Familienangehörigen, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, weiterversichern, wenn sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert waren. Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um Zeiten, während derer der Versicherte

- a) auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist,
- b) und c) ...

Vorgeschlagene Fassung**Ausnahmen von der Pflichtversicherung****§ 4. (1) und (2) ...**

1. ...
2. Personen, die auf Grund der die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeit der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz unterliegen, für die Dauer dieser Pflichtversicherung, Personen, die auf Grund einer solchen Pflichtversicherung Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld aus der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten oder in einem Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht sind oder Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren gemäß § 131 oder § 150 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes einem Versicherungsträger gegenüber haben, ferner Personen, die der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 unterliegen, für die Dauer der Pflichtversicherung;
3. und 4. ...

Weiterversicherung

§ 8. (1) Personen, die aus der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz ausscheiden, können sich und ihre mitversicherten Familienangehörigen, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, weiterversichern, wenn sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert waren. Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um Zeiten, während derer der Versicherte

- a) auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist,
- b) und c) ...

Geltende Fassung

(2) bis (7) ...

Selbstversicherung in der Krankenversicherung

§ 14a. (1) und (2) ...

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

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

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

Beginn und Ende der Selbstversicherung

§ 14c. (1) ...

(2) Die Selbstversicherung endet

Vorgeschlagene Fassung

(2) bis (7) ...

Selbstversicherung in der Krankenversicherung

§ 14a. (1) und (2) ...

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

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

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

Beginn und Ende der Selbstversicherung

§ 14c. (1) ...

(2) Die Selbstversicherung endet

Geltende Fassung

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

Beginn und Ende der Pflichtversicherung**§ 14d. (1) ...****(2) Die Pflichtversicherung endet**

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

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft**§ 15. (1) ...**

(2) Zur Erfüllung der dem Versicherungsträger obliegenden Aufgaben ist er berechtigt, nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung und
- b) ...

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist. Der Versicherungsträger ist überdies berechtigt, nach Maßgabe der jeweils hierfür geltenden Vorschriften Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§

Vorgeschlagene Fassung

1. im Falle des § 14a Abs. 1 Z 1 und der Abs. 3 und 4 mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Kammermitgliedschaft endet;
2. im Falle des § 14a Abs. 1 Z 2, Abs. 2 und 5 mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Pensions(Ruhegenuss)- bzw. die Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung wegfällt;
3. ...

Beginn und Ende der Pflichtversicherung**§ 14d. (1) ...****(2) Die Pflichtversicherung endet**

1. im Falle des § 14b Abs. 1 Z 1 und Abs. 2 mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die die Pflichtversicherung begründende Erwerbstätigkeit aufgegeben wird;
2. im Falle des § 14b Abs. 1 Z 2 und Abs. 3 mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Pensions(Ruhegenuss)- bzw. die Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung wegfällt;
3. im Falle des § 14b Abs. 1 Z 3 mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Leistung wegfällt.

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft**§ 15. (1) ...**

(2) Zur Erfüllung der dem Versicherungsträger obliegenden Aufgaben ist er berechtigt, nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung und
- b) ...

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist. Der Versicherungsträger ist überdies berechtigt, nach Maßgabe der jeweils hierfür geltenden Vorschriften Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§

Geltende Fassung

157 bis 169 bezeichneten Aufgaben, ausgenommen Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen gemäß § 19 Abs. 1 lit. a oder b des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1968, zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 157 bis 169 bezeichneten Aufgaben zu beteiligen.

Wirksamkeitsbeginn von Änderungen in den Pensionsansprüchen

§ 64. (1) ...

(2) Die Herabsetzung einer Pension wird, wenn der Herabsetzungsgrund in der Wiederherstellung oder Besserung des körperlichen oder geistigen Zustandes des Pensionisten oder seines Kindes (§ 128 Abs. 2 Z 2) gelegen ist, mit dem Ablauf des Kalendermonates wirksam, der auf die Zustellung des Bescheides folgt, sonst mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Herabsetzungsgrund eingetreten ist.

Leistungen

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

1. bis 3. ...

3a. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft: Mutterschaftsleistungen (§§ 102, 102a und 102d);

4. Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 94).

Zur Inanspruchnahme der Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und der Mutterschaft sind auch die notwendigen Reise(Fahrt)- und Transportkosten (§ 103) zu gewähren.

(2) und (3) ...

Organspende

§ 80a. (1) ...

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

Vorgeschlagene Fassung

157 bis 169 bezeichneten Aufgaben, ausgenommen Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen gemäß § 19 Abs. 1 lit. a oder b des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1968, zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 157 bis 169 bezeichneten Aufgaben zu beteiligen.

Wirksamkeitsbeginn von Änderungen in den Pensionsansprüchen

§ 64. (1) ...

(2) Die Herabsetzung einer Pension wird, wenn der Herabsetzungsgrund in der Wiederherstellung oder Besserung des körperlichen oder geistigen Zustandes des Pensionisten oder seines Kindes (§ 128 Abs. 2 Z 3) gelegen ist, mit dem Ablauf des Kalendermonates wirksam, der auf die Zustellung des Bescheides folgt, sonst mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Herabsetzungsgrund eingetreten ist.

Leistungen

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

1. bis 3. ...

3a. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft: Mutterschaftsleistungen (§§ 102 und 102a);

4. Zahnbehandlung und Zahnersatz (§§ 94 und 94a).

Zur Inanspruchnahme der Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und der Mutterschaft sind auch die notwendigen Reise(Fahrt)- und Transportkosten (§ 103) zu gewähren.

(2) und (3) ...

Organspende

§ 80a. (1) ...

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

Geltende Fassung
Anspruchsberechtigung

§ 82. (1) Die Anspruchsberechtigung der Pflicht- und Weiterversicherten (§ 2, § 3 Abs. 1 und 2 und § 8) für sich sowie für ihre mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) und für ihre Angehörigen (§ 83) auf Pflichtleistungen der Krankenversicherung entsteht, soweit auf Grund des § 58 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Beginn der Versicherung.

(2) ...

(3) Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen für mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 83) steht, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, den Versicherten (§ 2, § 3 Abs. 1 und 2 und § 8) zu.

(4) ...

(5) Für Pflichtversicherte (§§ 2 und 3 Abs. 1 und 2), für deren mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 83) besteht über das Ende der Versicherung hinaus ein Anspruch auf Pflichtleistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft sowie auf Leistungen der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung bis zur vorgesehenen Höchstdauer, längstens jedoch durch 13 Wochen, wenn der Versicherungsfall vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist. Dies gilt auch für Anspruchsberechtigte nach § 104a aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.

(6) und (7) ...

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 83. (1) bis (3) ...

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. und 2. ...

3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung

Vorgeschlagene Fassung
Anspruchsberechtigung

§ 82. (1) Die Anspruchsberechtigung der Pflicht- und Weiterversicherten (§ 2, § 3 Abs. 1 und 2, § 8 und § 14b) und der Selbstversicherten (§ 14a) für sich sowie für ihre mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) und für ihre Angehörigen (§ 83) auf Pflichtleistungen der Krankenversicherung entsteht, soweit auf Grund des § 58 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Beginn der Versicherung.

(2) ...

(3) Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen für mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 83) steht, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, den Versicherten (§ 2, § 3 Abs. 1 und 2, § 8, § 14a und § 14b) zu.

(4) ...

(5) Für Pflichtversicherte (§ 2, § 3 Abs. 1 und 2 und § 14b), für deren mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 83) besteht über das Ende der Versicherung hinaus ein Anspruch auf Pflichtleistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft sowie auf Leistungen der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung bis zur vorgesehenen Höchstdauer, längstens jedoch durch 13 Wochen, wenn der Versicherungsfall vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist. Dies gilt auch für Anspruchsberechtigte nach § 104a aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.

(6) und (7) ...

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 83. (1) bis (3) ...

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. und 2. ...

3. an einem Programm der Europäischen Union zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des

Geltende Fassung

des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (10) ...

Kostenbeteiligung

§ 86. (1) und (2) ...

(3) Der Kostenanteil für Sachleistungen ist bei Bestehen einer diesbezüglichen Vereinbarung mit den Vertragspartnern von diesen, ansonsten nachträglich vom Versicherungsträger einzuheben. Im Falle der Einhebung durch den Versicherungsträger ist der Kostenanteil längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Der Kostenanteil kann, wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, auch gemeinsam mit den Beiträgen vorgeschrieben werden, in diesem Fall wird er mit den Beiträgen fällig. Im übrigen gelten für die Einhebung des Anteiles die Bestimmungen der §§ 37 bis 42 entsprechend. Die gemäß Abs. 1 letzter Satz zu entrichtende Zuzahlung ist im Falle der Sachleistung vom Versicherten direkt an den Vertragszahnarzt (Dentisten) zu entrichten.

(4) ...

(5) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen:

a) bei Sachleistungen gemäß den §§ 88, 89, 89a, 99, 101 und 102 Abs. 2 sowie bei Leistungen gemäß § 99a mit Ausnahme der Zuzahlung gemäß § 99a Abs. 7;

b) und c) ...

d) bei der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gemäß § 80 Abs. 2;

e) ...

(6) Der Versicherungsträger kann von der Einhebung des Kostenanteiles absehen,

a) bis c) ...

d) wenn eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des Versicherten vorliegt und nicht § 93 Abs. 2 anzuwenden ist.

(7) ...

Vorgeschlagene Fassung

27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (10) ...

Kostenbeteiligung

§ 86. (1) und (2) ...

(3) Der Kostenanteil für Sachleistungen ist bei Bestehen einer diesbezüglichen Vereinbarung mit den Vertragspartnern von diesen, ansonsten nachträglich vom Versicherungsträger einzuheben. Im Falle der Einhebung durch den Versicherungsträger ist der Kostenanteil längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Der Kostenanteil kann, wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, auch gemeinsam mit den Beiträgen vorgeschrieben werden, in diesem Fall wird er mit den Beiträgen fällig. Im übrigen gelten für die Einhebung des Anteiles die Bestimmungen der §§ 37 bis 42 entsprechend. Die gemäß Abs. 1 vorletzter Satz zu entrichtende Zuzahlung ist im Falle der Sachleistung vom Versicherten direkt an den Vertragszahnarzt (Dentisten) zu entrichten.

(4) ...

(5) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen:

a) bei Sachleistungen gemäß den §§ 88, 89, 89a, 99, 101 und 102 Abs. 2 sowie bei Leistungen gemäß § 94a und § 99a mit Ausnahme der Zuzahlung gemäß § 99a Abs. 7;

b) und c) ...

d) bei der Gewährung von Leistungen anlässlich einer Organspende nach § 80a Abs. 1;

e) ...

(6) Der Versicherungsträger kann von der Einhebung des Kostenanteiles absehen,

a) bis c) ...

d) wenn eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des Versicherten vorliegt und nicht § 93 Abs. 2 oder 2a anzuwenden ist.

(7) ...

Geltende Fassung**Umfang und Dauer der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege****§ 95. (1) ...**

(2) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten), in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG) oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(3) ...

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung**§ 99a. (1) und (2) ...**

(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) bis (7) ...

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

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

1. ...
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

Vorgeschlagene Fassung**Umfang und Dauer der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege****§ 95. (1) ...**

(2) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 KAKuG), oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(3) ...

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung**§ 99a. (1) und (2) ...**

(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 2 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) bis (7) ...

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

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

1. ...
2. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung
 - a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,
 - b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit;
3. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die

Geltende Fassung

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.

(3) und (4) ...

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

§ 102. (1) bis (3) ...

(4) Für die Entbindung ist Pflege in einer Krankenanstalt (auch in einem Entbindungsheim) für längstens zehn Tage in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen der §§ 95 bis 98 zu gewähren.

(5) ...

Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers

§ 169. (1) ...

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

1. Fürsorge für Genesende (z.B. durch Unterbringung in einem Genesungsheim);
2. Unterbringung in einem Erholungsheim;
3. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes);
4. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
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.

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) ...

Vorgeschlagene Fassung

wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen;

4. 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.

(3) und (4) ...

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

§ 102. (1) bis (3) ...

(4) Für die Entbindung ist Pflege in einer Krankenanstalt für längstens zehn Tage in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen der §§ 95 bis 98 zu gewähren.

(5) ...

Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers

§ 169. (1) ...

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

1. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes);
2. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
3. 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.

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) ...

Geltende Fassung
Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege
§ 182a. ...
Bedienstete
§ 230. (1) ...
(2) bis (5) ...

Vorgeschlagene Fassung
Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstaltspflege
§ 182a. ...
Bedienstete
§ 230. (1) ...
(1a) Der Versicherungsträger ist berechtigt, zur Unterstützung der Ausbildung von Turnusärztinnen und –ärzten nach den §§ 12 und 12a des Ärztegesetzes 1988 befristete Ausbildungsverhältnisse im Rahmen eines Dienstverhältnisses einzugehen. Diese Dienstverhältnisse sind im Dienstpostenplan nicht zu berücksichtigen.
(2) bis (5) ...
Schlussbestimmung zu Art. 2 Teil 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2015 (44. Novelle)
§ 363. Es treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2015 in Kraft:
1. mit 1. Jänner 2016 die §§ 2 Abs. 1 Z 3, 4 Abs. 3 Z 2, 8 Abs. 1 lit. a, 14a Abs. 3 bis 5, 14c Abs. 2 Z 1 und 2, 14d Abs. 2, 15 Abs. 2 lit. a, 79 Abs. 1 Z 3a und 4, 80a Abs. 2, 82 Abs. 1, 3 und 5, 83 Abs. 4 Z 3, 86 Abs. 3, Abs. 5 lit. a und d sowie Abs. 6 lit. d, 95 Abs. 2, 99a Abs. 3, 100 Abs. 2 Z 2 bis 5, 102 Abs. 4, 169 Abs. 2 Z 1 bis 5 und 182a Überschrift;
2. rückwirkend mit 1. Juni 2012 § 64 Abs. 2;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2015 § 230 Abs. 1a.

Artikel 3

Änderung des Bauern Sozialversicherungsgesetzes (44. Novelle zum BSVG)

Teil 2 (BMG)

Weiterversicherung in der Krankenversicherung

§ 8. (1) Personen, die aus der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz ausscheiden, können sich, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, weiterversichern, wenn sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs

Weiterversicherung in der Krankenversicherung

§ 8. (1) Personen, die aus der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz ausscheiden, können sich, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, weiterversichern, wenn sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs

Geltende Fassung

Wochen nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert waren. Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um die Zeiten, während derer der Versicherte

- a) auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist,
- b) und c) ...

(2) bis (6) ...

Sozialversicherungsanstalt der Bauern**§ 13. (1) ...**

(2) Zur Erfüllung der dem Versicherungsträger obliegenden Aufgaben ist er berechtigt, nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung,
- b) bis d) ...

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist. Der Versicherungsträger ist überdies berechtigt, nach Maßgabe der jeweils hierfür geltenden Vorschriften Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 148y und 150 bis 161 bezeichneten Aufgaben, ausgenommen Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen gemäß § 19 Abs. 1 lit. a oder b des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1969, zu errichten, zu erwerben oder zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 148y und 150 bis 161 bezeichneten Aufgaben zu beteiligen. Der Versicherungsträger ist überdies berechtigt, arbeitsmedizinische Untersuchungs-, Behandlungs- und Forschungsstellen sowie arbeitsmedizinische Zentren im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes - ASchG, BGBl. Nr. 450/1994 - zu errichten, zu erwerben oder zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen bzw. solche Einrichtungen zu fördern.

Wirksamkeitsbeginn von Änderungen in den Renten(Pensions)ansprüchen aus der Unfall- und Pensionsversicherung

§ 60. (1) und (2) ...

Vorgeschlagene Fassung

Wochen nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert waren. Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um die Zeiten, während derer der Versicherte

- a) auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist,
- b) und c) ...

(2) bis (6) ...

Sozialversicherungsanstalt der Bauern**§ 13. (1) ...**

(2) Zur Erfüllung der dem Versicherungsträger obliegenden Aufgaben ist er berechtigt, nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung,
- b) bis d) ...

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist. Der Versicherungsträger ist überdies berechtigt, nach Maßgabe der jeweils hierfür geltenden Vorschriften Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 148y und 150 bis 161 bezeichneten Aufgaben, ausgenommen Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen gemäß § 19 Abs. 1 lit. a oder b des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1969, zu errichten, zu erwerben oder zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 148y und 150 bis 161 bezeichneten Aufgaben zu beteiligen. Der Versicherungsträger ist überdies berechtigt, arbeitsmedizinische Untersuchungs-, Behandlungs- und Forschungsstellen sowie arbeitsmedizinische Zentren im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes - ASchG, BGBl. Nr. 450/1994 - zu errichten, zu erwerben oder zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen bzw. solche Einrichtungen zu fördern.

Wirksamkeitsbeginn von Änderungen in den Renten(Pensions)ansprüchen aus der Unfall- und Pensionsversicherung

§ 60. (1) und (2) ...

Geltende Fassung

(3) Die Herabsetzung einer Rente (Pension) wird, wenn der Herabsetzungsgrund in der Wiederherstellung oder Besserung des körperlichen oder geistigen Zustandes des Rentners (Pensionisten) oder seines Kindes (§ 119 Abs. 2 Z 2) gelegen ist, mit dem Ablauf des Kalendermonates wirksam, der auf die Zustellung des Bescheides folgt, sonst mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Herabsetzungsgrund eingetreten ist.

Organspende**§ 76a. (1) ...**

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

Anspruchsberechtigung für Angehörige**§ 78. (1) bis (3) ...**

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. und 2. ...
3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (10) ...

Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 89. (1) bis (3) ...

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für

Vorgeschlagene Fassung

(3) Die Herabsetzung einer Rente (Pension) wird, wenn der Herabsetzungsgrund in der Wiederherstellung oder Besserung des körperlichen oder geistigen Zustandes des Rentners (Pensionisten) oder seines Kindes (§ 119 Abs. 2 Z 3) gelegen ist, mit dem Ablauf des Kalendermonates wirksam, der auf die Zustellung des Bescheides folgt, sonst mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Herabsetzungsgrund eingetreten ist.

Organspende**§ 76a. (1) ...**

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

Anspruchsberechtigung für Angehörige**§ 78. (1) bis (3) ...**

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. und 2. ...
3. an einem Programm der Europäischen Union zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (10) ...

Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 89. (1) bis (3) ...

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einer Pflegeanstalt für

Geltende Fassung

Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten - KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957), in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG), oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(5) ...

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

§ 97. (1) bis (6) ...

(7) Für die Entbindung ist Pflege in einer Krankenanstalt (auch in einem Entbindungsheim) längstens für zehn Tage zu gewähren; die Bestimmungen der §§ 90 bis 93 sind hiebei entsprechend anzuwenden. Wenn es der Zustand der Wöchnerin oder die Entfernung ihres Wohnsitzes erfordert, sind auch die Beförderungskosten in die oder aus der Anstalt zu übernehmen.

(8) ...

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 100. (1) ...

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

1. ...
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 und Haushaltshelferinnen.

(3) und (4) ...

Leistungen

§ 148a. Als Leistungen der Unfallversicherung werden nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gewährt:

Vorgeschlagene Fassung

chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG), oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(5) ...

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

§ 97. (1) bis (6) ...

(7) Für die Entbindung ist Pflege in einer Krankenanstalt längstens für zehn Tage zu gewähren; die Bestimmungen der §§ 90 bis 93 sind hiebei entsprechend anzuwenden. Wenn es der Zustand der Wöchnerin oder die Entfernung ihres Wohnsitzes erfordert, sind auch die Beförderungskosten in die oder aus der Anstalt zu übernehmen.

(8) ...

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 100. (1) ...

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

1. ...
2. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung
 - a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,
 - b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit;
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;
4. Übernahme von Kosten für Betriebshelfer und Haushaltshelferinnen.

(3) und (4) ...

Leistungen

§ 148a. Als Leistungen der Unfallversicherung werden nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gewährt:

Geltende Fassung

1. ...
2. im Falle des durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachten Todes des Versicherten:
 - a) ...
 - b) Hinterbliebenenrenten (§§ 149o bis 149s).

Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers**§ 161. (1) ...**

- (2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage
1. Fürsorge für Genesende (z.B. durch Unterbringung in einem Genesungsheim);
 2. Unterbringung in einem Erholungsheim;
 3. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes);
 4. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
 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.

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) ...

Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflge**§ 170a. ...****Bedienstete****§ 218. (1) ...****Vorgeschlagene Fassung**

1. ...
2. im Falle des durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachten Todes des Versicherten:
 - a) ...
 - b) Hinterbliebenenrenten (§§ 149o bis 149t).

Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers**§ 161. (1) ...**

- (2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage

1. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes);
2. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
3. 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.

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) ...

Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstaltspflege**§ 170a. ...****Bedienstete****§ 218. (1) ...**

(1a) Der Versicherungsträger ist berechtigt, zur Unterstützung der Ausbildung von Turnusärztinnen und –ärzten nach den §§ 12 und 12a des Ärztegesetzes 1988 befristete Ausbildungsverhältnisse im Rahmen eines Dienstverhältnisses einzugehen. Diese Dienstverhältnisse sind im Dienstpostenplan nicht zu berücksichtigen.

Geltende Fassung

(2) bis (5) ...

Vorgeschlagene Fassung

(2) bis (5) ...

**Schlussbestimmung zu Art. 3 Teil 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2015
(44. Novelle)**

§ 355. Es treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2015 in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2016 die §§ 8 Abs. 1 lit. a, 13 Abs. 2 lit. a, 76a Abs. 2, 78 Abs. 4 Z 3, 89 Abs. 4, 97 Abs. 7, 100 Abs. 2 Z 2 bis 5, 148a Z 2 lit. b, 161 Abs. 2 Z 1 bis 5 und 170a Überschrift;
2. rückwirkend mit 1. Juni 2012 § 60 Abs. 3;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2015 § 218 Abs. 1a.

Artikel 4**Änderung des Beamten Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (42. Novelle zum B-KUVG)****Teil 2 (BMG)****Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter**

§ 9. (1) und (2) ...

(3) Zur Erfüllung ihrer Aufgaben ist die Versicherungsanstalt nach Maßgabe der jeweils hierfür geltenden Vorschriften berechtigt,

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung sowie Unfallkrankenhäuser, Unfallstationen, Sonderkrankenanstalten zur Untersuchung und Behandlung von Berufskrankheiten, Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen und Einrichtungen für berufliche Rehabilitation und
- b) ...

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist.

Beitragsgrundlage

§ 19. (1) bis (3) ...

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

§ 9. (1) und (2) ...

(3) Zur Erfüllung ihrer Aufgaben ist die Versicherungsanstalt nach Maßgabe der jeweils hierfür geltenden Vorschriften berechtigt,

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung sowie Unfallkrankenhäuser, Unfallstationen, Sonderkrankenanstalten zur Untersuchung und Behandlung von Berufskrankheiten, Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen und Einrichtungen für berufliche Rehabilitation und
- b) ...

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist.

Beitragsgrundlage

§ 19. (1) bis (3) ...

Geltende Fassung

(4) Grundlage für die Bemessung der Beiträge bildet in den Fällen des § 7 Abs. 2 Z 1 bis 3 die letzte unmittelbar vor der Beurlaubung bestandene Beitragsgrundlage, wobei sich diese jeweils um den auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz erhöht, um den sich bei Bundesbeamten des Dienststandes das Gehalt der Gehaltsstufe 2 der Dienstklasse V nach dem Gehaltsgesetz 1956 einschließlich einer allfälligen Teuerungszulage ändert.

(5) bis (8) ...

Beitragsgrundlage

§ 26. (1) bis (3) ...

(4) Grundlage für die Bemessung der Beiträge bildet in den Fällen des § 7 Abs. 3 die letzte unmittelbar vor der Karenzierung bestandene Beitragsgrundlage, wobei sich diese jeweils um den auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz erhöht, um den sich bei Bundesbeamten des Dienststandes das Gehalt der Gehaltsstufe 2 der Dienstklasse V nach dem Gehaltsgesetz 1956 einschließlich einer allfälligen Teuerungszulage ändert.

Beiträge

§ 26a. (1) und (2) ...

(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. 6 letzter Satz und § 22 Abs. 6 erster Satz gelten entsprechend.

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

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

Vorgeschlagene Fassung

(4) Grundlage für die Bemessung der Beiträge bildet in den Fällen des § 7 Abs. 2 Z 1 bis 3 die letzte unmittelbar vor der Beurlaubung bestandene Beitragsgrundlage, wobei sich diese jeweils um den auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz erhöht, um den sich der Referenzbetrag gemäß § 3 Abs. 4 des Gehaltsgesetzes 1956 ändert.

(5) bis (8) ...

Beitragsgrundlage

§ 26. (1) bis (3) ...

(4) Grundlage für die Bemessung der Beiträge bildet in den Fällen des § 7 Abs. 3 die letzte unmittelbar vor der Karenzierung bestandene Beitragsgrundlage, wobei sich diese jeweils um den auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz erhöht, um den sich der Referenzbetrag nach § 3 Abs. 4 des Gehaltsgesetzes 1956 ändert.

Beiträge

§ 26a. (1) und (2) ...

(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 der Referenzbetrag nach § 3 Abs. 4 des Gehaltsgesetzes 1956 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. 6 letzter Satz und § 22 Abs. 6 erster Satz gelten entsprechend.

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

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

gebührte.

Geltende Fassung

(2) bis (5) ...

Organspende

§ 53a. (1) ...

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

Anspruchsberechtigung der Angehörigen

§ 56. (1) bis (2a) ...

(3) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. und 2. ...

3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(4) bis (11) ...

Ärztliche Hilfe

§ 63. (1) bis (3) ...

(4) In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag zu entrichten. Die Höhe des Behandlungsbeitrags ist durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die

Vorgeschlagene Fassung

gebührte. Geldleistungen sind ferner zurückzufordern, wenn und soweit sich wegen eines nachträglich festgestellten Anspruches auf Weiterleistung der Geld- und Sachbezüge herausstellt, dass sie zu Unrecht erbracht wurden.

(2) bis (5) ...

Organspende

§ 53a. (1) ...

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

Anspruchsberechtigung der Angehörigen

§ 56. (1) bis (2a) ...

(3) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. und 2. ...

3. an einem Programm der Europäischen Union zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(4) bis (11) ...

Ärztliche Hilfe

§ 63. (1) bis (3) ...

(4) In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag zu entrichten. Die Höhe des Behandlungsbeitrags ist durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die

Geltende Fassung

finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzen, wobei der Kostenanteil 20 % der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten nicht überschreiten darf. § 22 Abs. 6 erster Satz gilt entsprechend. Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden oder die die Versicherungsanstalt mit einem Pauschale abgilt, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten.

Gewährung der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege**§ 66. (1) bis (3) ...**

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten - KAKuG) und in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG).

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**§ 70a. (1) ...**

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

Vorgeschlagene Fassung

finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzen, wobei der Kostenanteil 20 % der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten nicht überschreiten darf. § 22 Abs. 6 gilt entsprechend. Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden oder die die Versicherungsanstalt mit einem Pauschale abgilt, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten.

Gewährung der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege**§ 66. (1) bis (3) ...**

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 KAKuG).

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**§ 70a. (1) ...**

- (2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Betracht:
1. ...
 2. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung
 - a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,
 - b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit;
 3. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 gemäß § 83

Geltende Fassung

Abs. 5.
(3) und (4) ...

Bemessungsgrundlage

§ 93. (1) bis (3c) ...

(4) Die Bemessungsgrundlage nach Abs. 1 bis 3c ändert sich jeweils um den auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz, um den sich bei Bundesbeamten des Dienststandes das Gehalt der Gehaltsstufe 2 der Dienstklasse V nach dem Gehaltsgesetz 1956 einschließlich einer allfälligen Teuerungszulage ändert. Die Renten sind unter Berücksichtigung der neuen Bemessungsgrundlage von Amts wegen festzustellen.

Rente der früheren Ehefrau (des früheren Ehemannes)

§ 113. (1) bis (3) ...

(4) Die Witwen(Witwer)rente wird - wenn nicht die Voraussetzungen des Abs. 7 gegeben sind - mit dem Betrag gewährt, der dem gegen den (die) Versicherten (Versicherte) zur Zeit seines (ihres) Todes bestehenden Anspruch auf Unterhalt (Unterhaltsbeitrag), vermindert um einen der (dem) Anspruchsberechtigten nach dem (der) Versicherten gebührenden Versorgungsbezug, entspricht; sie darf die Höhe der der Witwe (dem Witwer) des (der) Versehrten unter Bedachtnahme auf die Bestimmung des § 116 gebührenden Witwen(Witwer)rente nicht übersteigen. Der der Bemessung der Witwen(Witwer)rente zugrunde gelegte Unterhaltsbeitrag ändert sich jeweils um den auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz, um den sich bei Bundesbeamten des Dienststandes das Gehalt der Gehaltsstufe 2 der Dienstklasse V nach dem Gehaltsgesetz 1956 einschließlich einer allfälligen Teuerungszulage ändert.

(5) bis (7) ...

Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege

§ 118a. ...

Vorgeschlagene Fassung

Abs. 5.
(3) und (4) ...

Bemessungsgrundlage

§ 93. (1) bis (3c) ...

(4) Die Bemessungsgrundlage nach Abs. 1 bis 3c ändert sich jeweils um den auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz, um den sich der Referenzbetrag nach § 3 Abs. 4 des Gehaltsgesetzes 1956 ändert. Die Renten sind unter Berücksichtigung der neuen Bemessungsgrundlage von Amts wegen festzustellen.

Rente der früheren Ehefrau (des früheren Ehemannes)

§ 113. (1) bis (3) ...

(4) Die Witwen(Witwer)rente wird - wenn nicht die Voraussetzungen des Abs. 7 gegeben sind - mit dem Betrag gewährt, der dem gegen den (die) Versicherten (Versicherte) zur Zeit seines (ihres) Todes bestehenden Anspruch auf Unterhalt (Unterhaltsbeitrag), vermindert um einen der (dem) Anspruchsberechtigten nach dem (der) Versicherten gebührenden Versorgungsbezug, entspricht; sie darf die Höhe der der Witwe (dem Witwer) des (der) Versehrten unter Bedachtnahme auf die Bestimmung des § 116 gebührenden Witwen(Witwer)rente nicht übersteigen. Der der Bemessung der Witwen(Witwer)rente zugrunde gelegte Unterhaltsbeitrag ändert sich jeweils um den auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz, um den sich der Referenzbetrag nach § 3 Abs. 4 des Gehaltsgesetzes 1956 ändert.

(5) bis (7) ...

Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstaltspflege

§ 118a. ...

Schlussbestimmung zu Art. 4 Teil 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2015 (42. Novelle)

§ 246. Es treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2015 in Kraft:

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

1. mit 1. Jänner 2016 die §§ 9 Abs. 3 lit. a, 49 Abs. 1, 53a Abs. 2, 56 Abs. 3 Z 3, 63 Abs. 4, 66 Abs. 4, 70a Abs. 2 Z 2 bis 4 und 118a Überschrift;
2. rückwirkend mit 12. Februar 2015 die §§ 19 Abs. 4, 26 Abs. 4, 26a Abs. 3, 93 Abs. 4 und 113 Abs. 4.