

**Vorblatt****Probleme:**

Erforderlichkeit der Aktualisierung verschiedener Bereiche des Sozialversicherungsrechtes.

**Lösung:**

Vornahme notwendiger Anpassungen und Rechtsbereinigungen.

**Alternativen:**

Beibehaltung des gegenwärtigen Rechtszustandes.

**Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:**

Keine.

**Finanzielle Auswirkungen:**

Auf die finanziellen Bewertungen im Rahmen der Erläuterungen wird verwiesen.

**Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:**

Der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften hat mit Urteil vom 27. November 2001 ausgesprochen, dass die derzeitige Rechtslage betreffend die Aufnahme von Arzneispezialitäten in das Heilmittelverzeichnis mangels entsprechenden Rechtsschutzes gegen die Transparenzrichtlinie 89/105/EWG verstößt; durch die vorgesehene Einrichtung einer Unabhängigen Heilmittelkommission als Rechtsmittelinstanz wird dem erwähnten Urteil Rechnung getragen:

Im Übrigen fallen die vorgesehenen Regelungen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

## Erläuterungen

### Allgemeiner Teil

Im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen sind zahlreiche Änderungen und Ergänzungen des Sozialversicherungsrechtes, die großteils der Rechtsbereinigung und der Verbesserung der Praxis dienen sollen, vorgemerkt. Diese konnten im Rahmen der letzten Änderungen der Sozialversicherungsgesetze angesichts dringender sozialpolitischer und budgetärer Anliegen nicht realisiert werden.

Im Einzelnen sind diesbezüglich folgende Maßnahmen hervorzuheben:

- freie Dienstnehmer: Ende der Pflichtversicherung wie bei Dienstnehmern nach § 4 Abs. 2 ASVG; Aufhebung der Bestimmung über die Dauer der Beitragspflicht; Aufhebung der Bestimmung über die durchgehende Versicherung;
- geringfügig Beschäftigte: Ende der Pflichtversicherung wie bei Vollbeschäftigten;
- Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung: Angleichung des Beginnes an den Beginn der Selbstversicherung nach § 16 ASVG;
- Auflösung der Betriebskrankenkasse Pengg und Übernahme ihrer Versicherten durch die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues;
- Neugestaltung des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger;
- Einrichtung einer Unabhängigen Heilmittelkommission, die im Instanzenzug – als Tribunal im Sinne des Art. 6 MRK – gegen (teil)negative Entscheidungen über die Aufnahme von Arzneyspezialitäten in das Heilmittelverzeichnis angerufen werden kann;
- Aufhebung der Krankenscheingebühr unter gleichzeitiger Einführung eines Service-Entgeltes für die Sozialversicherungs-Chipkarte;
- Schaffung einer neuen Richtlinienkompetenz für den Hauptverband zur einheitlichen Vollzugspraxis der Versicherungsträger im Melde-, Versicherungs- und Beitragswesen;
- Management: Angleichung der Amtsdauer an jene der Controllinggruppe;
- Klarstellung, dass sich die Bindung der Versicherungsträger an rechtskräftige Gerichtsentscheidungen nicht auf Vergleiche bezieht;
- Ausdehnung der begünstigenden Weiterversicherung in der Pensionsversicherung auf Pflegestufe 3;
- Anknüpfung der Angehörigeneigenschaft insbesondere von Studierenden an die Gewährung von Familienbeihilfe;
- Klarstellung, dass Bemessungsgrundlage für das Krankengeld ein Dreißigstel des monatlichen Arbeitsverdienstes ist;
- Jugendlichenuntersuchungen: Angleichung des Begriffes des Jugendlichen nach dem ASVG an jenen des ABGB;
- Krankengeld: Modifikation des Versagungsgrundes der Beteiligung am Raufhandel;
- Änderung der Berechnung der Bemessungsgrundlage für Geldleistungen aus der Unfallversicherung: Abstellen auf das „Kalenderjahr“ (derzeit: „Jahr“) vor Eintritt des Versicherungsfalles;
- Anhebung der Bemessungsgrundlage in der Unfallversicherung für Gewerbetreibende sowie für Schüler und Studenten;
- Klarstellung, dass die Neuregelung der Gesamtrentenbildung im Rahmen der 58. ASVG-Novelle nur auf Versicherungsfälle anzuwenden ist, die nach deren Wirksamkeitsbeginn eingetreten sind;
- Reihenfolge für die Berücksichtigung von Beitrags- und Ersatzzeiten: Vorrang von Ersatzzeiten gegenüber Beitragsmonaten der freiwilligen Versicherung;
- Ausschluss des Wechsels der Zuständigkeit des Pensionsversicherungsträgers bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalles bei laufendem Pensionsbezug;
- Fälligkeit der Überweisungsbeträge bei Ausscheiden aus einem Beamtendienstverhältnis: Streichung der 18-Monate-Frist bei Antragstellung auf Pension;
- Gewährleistung der für die Anerkennung als Tribunal im Sinne von Art. 6 MRK erforderlichen Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der Mitglieder der Landesberufungskommission;

- verpflichtende elektronische Abrechnung durch alle Vertragspartner aus dem Bereich der Gesundheitsberufe;
- Schaffung einer eindeutigen Rechtsgrundlage betreffend das Rezeptrecht für Krankenanstalten;
- Anpassung der Vermögensveranlagungsvorschriften an die europarechtlichen Entwicklungen;
- Aufteilung der für die Pauschalabgeltung der Anstaltspflege in Privatkrankenanstalten aufzubringenden Mittel anhand der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme;
- Umbenennung des Pensionsinstitutes der Linzer Elektrizitäts-, Fernwärme- und Verkehrsbetriebe-Aktiengesellschaft in „Pensionsinstitut der Linz AG“;
- Berücksichtigung von Ersatzzeiten des Wochengeldbezuges im Rahmen der Übergangsbestimmung nach § 588 Abs. 7 ASVG;
- Verlängerung der Härtefallregelung im Zusammenhang mit der Anhebung des Anfallsalters für vorzeitige Alterspensionen;
- Klarstellung, dass Pensionisten, die vormals nach § 4 Abs. 3 ASVG versichert waren bzw. von der einschlägigen Währungsregelung erfasst wurden, in der Krankenversicherung nach dem ASVG versichert bleiben;
- redaktionelle Klarstellungen.

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“).

### **Besonderer Teil**

#### **Zu den Z 1, 2 und 4 (§§ 10 Abs. 1 und 2 sowie 12 Abs. 1):**

Die vorgeschlagenen Änderungen gehen auf einen Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zurück. Dieser hat angeregt, zur Verwaltungsvereinfachung das Ende der Pflichtversicherung für geringfügig Beschäftigte und für freie Dienstnehmer wie für Dienstnehmer nach § 4 Abs. 2 ASVG zu regeln (Abstellen auf den Regelfall: Ende des jeweiligen Beschäftigungsverhältnisses). Derzeit endet für die genannten Personengruppen die Pflichtversicherung erst mit Ablauf des Kalendermonates, in dem die Tätigkeit aufgegeben wird.

#### **Zu den Z 3 und 15 (§§ 10a und 55 Abs. 2):**

Die Bestimmungen über die durchgehende Versicherung für freie Dienstnehmer (§ 10a ASVG) und über die Dauer der Beitragspflicht für diesen Personenkreis (§ 55 Abs. 2 ASVG) haben mangels normativen Gehaltes keine praktische Relevanz und können daher aufgehoben werden.

#### **Zu Z 5 (§ 19a Abs. 2):**

Die Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung beginnt nach geltendem Recht bei erstmaliger Inanspruchnahme mit dem der Antragstellung folgenden Tag. Auf Anregung des Hauptverbandes soll nunmehr der Beginn dieser Selbstversicherung an den Beginn der Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 Abs. 3 ASVG angeglichen werden.

Dies bedeutet, dass dann, wenn der Antrag auf Selbstversicherung innerhalb von sechs Wochen nach Beginn der geringfügigen Beschäftigung gestellt wird, der Beginn der Selbstversicherung rückwirkend mit dem ersten Tag der geringfügigen Beschäftigung eintritt; eine Antragstellung nach Ablauf dieser Frist begründet – wie bisher – die Selbstversicherung mit Beginn des Tages, der der Antragstellung folgt.

#### **Zu den Z 6 und 83 (§§ 26 Abs. 1 Z 5 lit. g und 600 Abs. 6):**

Infolge von betrieblichen Umstrukturierungen und infolge des Sinkens der Zahl der Versicherten soll die Betriebskrankenkasse Pengg mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2003 aufgelöst werden.

Da schon bisher ein enger organisatorischer Zusammenhang zwischen der Betriebskrankenkasse Pengg und der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues im Back-Office-Bereich (insbesondere im EDV-Bereich) bestand, zum anderen die regionale Nahebeziehung des Unternehmens Pengg zur Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues mit Sitz in Graz der Versicherten zugute kommt, sollen die bislang bei der Betriebskrankenkasse Pengg Versicherten von der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues übernommen und künftig betreut werden.

**Zu den Z 7, 48 und 83 (§§ 31 Abs. 3 Z 12, 351c bis 351j und 600 Abs. 7):**

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften hat geltend gemacht, die österreichische Rechtslage gewähre keinen wirklichen Rechtsschutz hinsichtlich der Entscheidungen über Anträge auf Aufnahme von Arzneimitteln in das Heilmittelverzeichnis und verstoße daher gegen Art. 6 Nr. 2 der Transparenzrichtlinie 89/105/EWG, der vorsehe, dass der Antragsteller über Rechtsmittel und Rechtsmittelfristen zu belehren sei. Weder die Einwendungen gegen die erste Stellungnahme des kleinen Fachbeirates noch die für den Fall einer erneuten negativen Stellungnahme des kleinen Fachbeirates vorgesehene Vorlage des Aufnahmeantrages an den großen Fachbeirat könnten als Rechtsmittel im Sinne der Richtlinie angesehen werden, weil diese Rechtsbehelfe nicht vor Rechtsprechungsorganen, sondern vor Verwaltungsbehörden ausgeübt würden.

Der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften ist dieser Rechtsansicht grundsätzlich gefolgt und hat mit Urteil vom 27. November 2001 wie folgt entschieden:

Die Republik Österreich hat dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus Art. 6 Nr. 2 zweiter Satz der Richtlinie des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme verstoßen, dass sie nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist die Rechts- und Verwaltungsvorschriften erlassen hat, die erforderlich sind, um der genannten Bestimmung nachzukommen.

Vor diesem Hintergrund soll nunmehr eine Unabhängige Heilmittelkommission eingerichtet werden, um einen Instanzenzug an ein Rechtsprechungsorgan gegen (teil)negative Entscheidungen über die Aufnahme von Arzneispezialitäten in das Heilmittelverzeichnis zu etablieren.

Zu diesem Zweck soll die bestehende Richtlinienkompetenz des Hauptverbandes zur Herausgabe des Heilmittelverzeichnisses konkretisiert und die Aufnahme von Arzneispezialitäten in das Heilmittelverzeichnis in einem eigenen Abschnitt geregelt werden:

Die §§ 351c bis 351g ASVG regeln die Aufnahme von Arzneispezialitäten in das Heilmittelverzeichnis durch den Hauptverband sowie Änderungen dieses Verzeichnisses und die Streichung von Arzneispezialitäten aus dem Heilmittelverzeichnis, wobei auch eine Ermächtigung des Hauptverbandes zur näheren Regelung der Organisation und des Verfahrens sowie ein Werbeverbot für bestimmte Arzneispezialitäten vorgesehen ist. Die §§ 351h bis 351j ASVG regeln die Einrichtung einer „Unabhängigen Heilmittelkommission“ als Rechtsmittelinstantz zur Überprüfung der einschlägigen Entscheidungen des Hauptverbandes.

**Zu § 31 Abs. 3 Z 12 ASVG:**

Die Richtlinien-Ermächtigung betreffend die Herausgabe des Heilmittelverzeichnisses soll in mehrfacher Hinsicht konkretisiert werden:

Zum einen soll die Zielsetzung, wonach die Arzneispezialitäten der Krankenbehandlung bestmöglich dienen sollen, dahingehend präzisiert werden, dass nur jene Arzneispezialitäten in das Heilmittelverzeichnis aufzunehmen sind, deren Verwendung nach den internationalen Erfahrungen („experience based medicine“) und dem aktuellen Stand der Wissenschaft („evidence based medicine“) sowohl therapeutische Wirkung als auch Patientennutzen im Rahmen der Krankenbehandlung nach sich zieht.

Zum anderen muss die Abgabe der aufzunehmenden Arzneispezialität ohne die sonst notwendige chef- oder kontrollärztliche Bewilligung nach ökonomischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten medizinisch vertretbar sein.

Darüber hinaus soll dem Hauptverband ermöglicht werden, eine „Heilmittel-Sonderliste“ als Anlage zum Heilmittelverzeichnis herauszugeben. Sie ist für eine demonstrative Aufzählung jener Arzneispezialitäten gedacht, für die eine Kostenübernahme durch die Sozialversicherung nur mit vorheriger chef- bzw. kontrollärztlicher Bewilligung unter bestimmten Voraussetzungen zulässig ist. Die Sonderliste soll der Vereinheitlichung der Bewilligungspraxis der Krankenversicherungsträger dienen.

**Zu § 351c ASVG:**

Die Entscheidung über die Aufnahme einer Arzneispezialität in das Heilmittelverzeichnis erfolgt auf Grund der Antragstellung eines pharmazeutischen Unternehmens (Antragsteller). Der Antragsteller hat alle für die Entscheidung des Hauptverbandes relevanten Unterlagen vorzulegen. Er hat die Eignung der Arzneispezialität zur Krankenbehandlung nachzuweisen. Ferner ist ein Vergleich mit ähnlichen Arzneispezialitäten, die im Heilmittelverzeichnis angeführt sind („Vergleichspräparate“) vorzulegen. Dieser Vergleich ist nach pharmakologischen, medizinisch-therapeutischen und ökonomischen Gesichtspunkten vorzunehmen; folgende Fallgruppen sind zu unterscheiden:

- Liegen bereits Vergleichspräparate mit gleichem oder ähnlichem Patientennutzen vor, so kann die (neue) Arzneispezialität nur dann in das Verzeichnis aufgenommen werden, wenn damit eine angemessene (im Fall von Generika eine bedeutsame) Verringerung der Kosten verbunden ist.
- Ein gegenüber Vergleichspräparaten höherer Preis ist zu begründen; hierfür kommen vor allem klinische Vergleichsstudien und pharmaökonomische Evaluationen in Betracht.
- Liegen keine Vergleichspräparate vor, so ist ein Vergleich mit anderen Arzneispezialitäten, anderen therapeutischen Behandlungen und mit dem Fall der Nichtbehandlung anzustellen.

Der Antragsteller hat auf Aufforderung durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Anwendungsbeobachtungen vorzulegen, wenn die Übertragbarkeit der Ergebnisse der klinischen Studien auf die Praxis zweifelhaft ist oder keine hinreichenden internationalen Erfahrungen mit der beantragten Arzneispezialität vorliegen.

Bei der in das Heilmittelverzeichnis aufzunehmenden Packungsgröße der Arzneispezialität ist nach der Behandlung von Akutkrankheiten und chronischen Krankheiten zu differenzieren; die Lieferfähigkeit ist vom Antragsteller zu bestätigen.

Der Hauptverband ist berechtigt, eine Arzneispezialität auch von sich aus in das Heilmittelverzeichnis aufzunehmen, und zwar unter sinngemäßer Anwendung der Prüfmaßstäbe im Fall der Antragstellung. Der Hauptverband hat das vertriebsberechtigte Unternehmen über diese „Aufnahme von Amts wegen“ zu informieren.

#### **Zu § 351d ASVG:**

Der Antrag ist vom Hauptverband abzulehnen, wenn die vorgelegten Unterlagen unvollständig sind, und zwar trotz vorheriger Aufforderung zu ihrer Ergänzung. Insbesondere muss die arzneimittelrechtliche Zulassung der Arzneispezialität in Österreich nachgewiesen werden.

Die Entscheidung des Hauptverbandes über die Aufnahme hat innerhalb von 180 Tagen nach Einlangen des (vollständigen) Antrages zu erfolgen. Diese Frist ist im Fall der Erforderlichkeit zusätzlicher Informationen bis zu deren Beibringung gehemmt.

Der Hauptverband hat seine Entscheidung zu begründen und den Antragsteller über den Rechtsmittelzug zur Unabhängigen Heilmittelkommission sowie über die Rechtsmittelfristen zu belehren.

Über einen neuerlichen Antrag ist erst dann zu entscheiden, wenn das Vorliegen wesentlicher neuer Erkenntnisse nachgewiesen wird.

#### **Zu § 351e ASVG:**

Auf Forderung des vertriebsberechtigten Unternehmens hat der Hauptverband eine Änderung der Verschreibbarkeit bzw. eine Erhöhung des Preises der in das Heilmittelverzeichnis aufgenommenen Arzneispezialität zu entscheiden. Dabei sind die Bestimmungen über die Aufnahme in das Heilmittelverzeichnis sinngemäß anzuwenden, wobei allerdings über Preiserhöhungen bereits innerhalb von 90 Tagen zu entscheiden ist; liegt eine außergewöhnlich hohe Zahl von Anträgen vor, so kann diese Frist in Übereinstimmung mit Art. 3 Z 1 der Transparenzrichtlinie um 60 Tage verlängert werden.

#### **Zu § 351f ASVG:**

Der Hauptverband hat eine Arzneispezialität aus dem Heilmittelverzeichnis zu streichen oder ihre Verwendung einzuschränken, wenn die Aufnahme-Voraussetzungen (insbesondere wegen Änderung der pharmakologischen, medizinisch-therapeutischen oder ökonomischen Umstände) nicht mehr oder nicht mehr für alle Verwendungen vorliegen.

Vor der Streichung ist dem vertriebsberechtigten Unternehmen Gelegenheit zur Stellungnahme binnen 30 Tagen zu geben; auf Verlangen des Hauptverbandes hat das vertriebsberechtigte Unternehmen binnen 60 Tagen Unterlagen (Studien) vorzulegen, um eine beabsichtigte Streichung aus pharmakologischen, medizinisch-therapeutischen oder ökonomischen Gründen hintanzuhalten.

Wird die Zulassung einer Arzneispezialität aufgehoben, so ist die betreffende Arzneispezialität – mit Zustellung der diesbezüglichen Mitteilung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen – unverzüglich aus dem Heilmittelverzeichnis zu streichen.

#### **Zu § 351g ASVG:**

Der Hauptverband wird ermächtigt, das Nähere über Organisation und Verfahren im Zusammenhang mit der Erstellung des Heilmittelverzeichnisses durch Verordnung zu regeln. In dieser Verordnung können auch pauschalierte Kostenersätze für alle einschlägigen Anträge festgelegt werden.

Für die im Heilmittelverzeichnis angeführten Arzneispezialitäten besteht grundsätzlich ein Werbeverbot.

**Zu § 351h ASVG:**

Den vom Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften geforderten Rechtsschutz soll in Hinkunft eine Unabhängige Heilmittelkommission gewährleisten, die nach den Grundsätzen des Art. 6 der Menschenrechtskonvention beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen einzurichten ist. Dieser Kommission haben ein Richter des Obersten Gerichtshofes (als Vorsitzender) und sieben weitere Mitglieder aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (als Beisitzer) anzugehören, die für fünf Jahre bestellt werden und während dieser Zeit unabhängig und weisungsfrei ihre Aufgaben zu erfüllen haben. Eine allfällige Befangenheit infolge eines Naheverhältnisses zu den am Verfahren beteiligten Institutionen ist offen zu legen.

Der Vorsitzende wird vom Bundesminister für Justiz, die Beisitzer werden vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen bestellt, wobei als Beisitzer ein Facharzt von der Österreichischen pharmakologischen Gesellschaft, ein niedergelassener Vertragsarzt von der Österreichischen Ärztekammer, ein Pharmazeut von der Österreichischen Apothekerkammer, je ein Gesundheitsökonom von der Wirtschaftskammer Österreich und dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ein Sozialökonom von der Bundesarbeitskammer sowie ein mit klinischen Studien vertrauter Arzt vom Hauptverband vorzuschlagen sind.

Der Vorsitzende und die Beisitzer werden im Verhinderungsfall von Stellvertretern vertreten, die ebenso wie die Mitglieder zu bestellen sind.

Gegen Entscheidungen der Unabhängigen Heilmittelkommission ist die Anrufung des Verwaltungsgerichtshofes ausgeschlossen, da ein weiterer Rechtszug im Hinblick auf die Zusammensetzung dieser Kommission sowie die Weisungsfreiheit und Unabhängigkeit ihrer Mitglieder nicht erforderlich ist.

Die Unabhängige Heilmittelkommission ist eine „Kollegialbehörde mit richterlichem Einschlag“ (Art. 133 Z 4 B-VG).

Nach der jüngeren Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes bedarf die Einrichtung von solchen Kollegialbehörden – angesichts der hiedurch bewirkten Ausnahmen von der Leitungsbefugnis der obersten Organe und der Kontrolle durch den Verwaltungsgerichtshof – einer besonderen Rechtfertigung (vgl. VfSlg 11 500/1987, VfSlg 15 427/1999 und G 175-266/99 vom 29. Juni 2000). In dem zuletzt zitierten Erkenntnis nahm der Verfassungsgerichtshof folgende Rechtfertigungsgründe an:

„Diese Rechtfertigung kann entweder darin liegen, dass solche Behörden dem Bild des Verfassungsgesetzgebers im Sinne des Art. 133 Z 4 B-VG entsprechen, dh. – wie der historische Befund zeigt (vgl. insbesondere § 3 lit. b des Gesetzes RGBl. 1876/36) – dass solchen Behörden als Berufungs- und Beschwerdeinstanzen bloße Kontrollfunktionen anstelle der nachprüfenden Kontrolle durch den Verwaltungsgerichtshof übertragen sind (vgl. zB die Berufungsinstanzen im Bereich der beruflichen Selbstverwaltung, insbesondere im Disziplinarrecht, die Personalvertretungs-Aufsichtskommission, die Kommission zur Wahrung des Rundfunkgesetzes, die Vergabekontrolleinrichtungen), oder auch darin, dass sie als Schieds- und Schlichtungsinstanzen eingerichtet sind (wie zB die Schlichtungsstellen nach § 144 ArbVG, die Bundesschiedskommission nach § 348 ASVG, die Schiedskommission nach dem Krankenanstaltenrecht; vgl. dazu näher Grabenwarter/Holoubek, Demokratie, Rechtsstaat und Kollegialbehörden mit richterlichem Einschlag, ZfV 2000, 196 ff.), oder dass ihnen – wie zB den Grundverkehrsbehörden – auch Entscheidungen über „civil rights“ übertragen sind oder schließlich darin, dass – wie bei der Telekom-Control-Kommission – sich ihre Rechtfertigung aus dem Zusammenspiel von unterschiedlichem, aus der Materie resultierendem, insbesondere technischen Sachverstand ergibt.“

Im vorliegenden Fall liegen im Hinblick darauf, dass die zu beurteilenden Fragen im Zusammenhang mit der Aufnahme von Arzneispezialitäten in das Heilmittelverzeichnis spezifischen Sachverstand erfordern und überdies über „civil rights“ zu entscheiden ist, ausreichende Rechtfertigungsgründe für die Einrichtung einer Kollegialbehörde nach Art. 133 Z 4 B-VG vor. Der Ausschluss der Anrufung des Verwaltungsgerichtshofes ist insbesondere deshalb erforderlich, weil eine raschest mögliche Entscheidung über die Aufnahme von Arzneispezialitäten in das Heilmittelverzeichnis schon allein im Patienteninteresse angezeigt ist.

**Zu § 351i ASVG:**

Die Unabhängige Heilmittelkommission entscheidet über Beschwerden wegen (Teil-)Ablehnung der Aufnahme in das Heilmittelverzeichnis oder wegen Streichung einer Arzneispezialität aus dem Heilmittelverzeichnis. Ferner entscheidet sie über Beschwerden wegen nicht fristgerechter Entscheidung sowie über Beschwerden wegen Ablehnung der Durchführung einer Preiserhöhung oder einer Änderung der

Verschreibbarkeit. Entscheidet der Hauptverband über einen Antrag auf Aufnahme in das Heilmittelverzeichnis nicht fristgerecht, so geht die Entscheidungsbefugnis auf Antrag diesbezüglich auf die Unabhängige Heilmittelkommission über.

Die Unabhängige Heilmittelkommission entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit (Dirimierungsrecht des Vorsitzenden bei Stimmgleichheit); sie ist bei Anwesenheit des Vorsitzenden und mindestens vier weiterer Mitglieder beschlussfähig.

**Zu § 351j ASVG:**

Die Unabhängige Heilmittelkommission hat je nach Bedarf zusammenzutreten; ihre Bürogeschäfte führt das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

Die Kommission hat eine Geschäftsordnung zu erlassen, in der die Organisation nach den einschlägigen Vorschriften der Europäischen Menschenrechtskonvention zu regeln ist; die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen.

Die Sitzungen der Unabhängigen Heilmittelkommission sind öffentlich, wobei allerdings die Öffentlichkeit bei Behandlung von Betriebs(Geschäfts)geheimnissen ausgeschlossen werden kann. Auf das Verfahren vor der Unabhängigen Heilmittelkommission ist im Übrigen das AVG anzuwenden.

**Zu den Z 8, 9, 16, 23, 26 und 49 (§§ 31 Abs. 5 Z 12 und 16, 58 Abs. 6, 135 Abs. 3, 153 Abs. 4 und 361 Abs. 3):**

Im Hinblick darauf, dass ab dem Jahr 2004 der Krankenschein (Zahnbehandlungsschein) durch eine entsprechende ELSY-Chipkarte ersetzt wird, soll auch die diesbezügliche Gebühr aufgehoben und durch ein Service-Entgelt für die Zurverfügungstellung der Chipkarte ersetzt werden. Das Service-Entgelt wird in Höhe des Pauschalbetrages von 10 € zu entrichten sein, und zwar bei der erstmaligen Inanspruchnahme einer ärztlichen oder zahnärztlichen Leistung. Mit dieser Maßnahme bleibt die Finanzierung wichtiger medizinischer Leistungen für die Versicherten und ihre Angehörigen gesichert.

**Zu den Z 10, 53 und 56 (§§ 31 Abs. 5 Z 34, 442 Abs. 2 Z 1a und 442a Abs. 2 Z 5a):**

Das Bundesministerium für Finanzen erlässt regelmäßig Lohnsteuerrichtlinien, die einen Auslegungshelfer zum Einkommensteuergesetz 1988 darstellen; sie sind als Zusammenfassung des geltenden Lohnsteuerrechts und damit quasi als Nachschlagewerk für die Verwaltungspraxis und für die betriebliche Praxis anzusehen. Die Lohnsteuerrichtlinien werden im Amtsblatt der österreichischen Finanzverwaltung publiziert und sind für die nachgeordneten Behörden verbindlich.

Im Bereich des sozialversicherungsrechtlichen Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens existieren keine vergleichbaren Richtlinien: Die einzelnen Normen werden einerseits durch die für den Vollzug zuständigen Krankenversicherungsträger selbst und andererseits durch den Hauptverband sowie im Wege (unverbindlicher) Empfehlungen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen ausgelegt. Die Grundsätze für die Auslegung der einschlägigen sozialversicherungsrechtlichen Normen werden nicht veröffentlicht und sind somit für die betroffenen Personenkreise nicht direkt zugänglich.

Im Interesse einer bundesweit einheitlichen Vorgangsweise bei der Anwendung der melde-, versicherungs- und beitragsrechtlichen Bestimmungen der Sozialversicherungsgesetze soll – in Anlehnung an die steuerrechtliche Vorgangsweise – der Hauptverband gesetzlich verpflichtet werden, für die in ihm zusammengefassten Versicherungsträger verbindliche Richtlinien zu erlassen. Diese Richtlinien sollen nach Anhörung der Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber und der Kammer der Wirtschaftstreuhänder durch den Verwaltungsrat beschlossen werden und der Zustimmung der Hauptversammlung bedürfen. Sie sind mindestens ein Mal jährlich zu aktualisieren und im Internet zu verlautbaren. Über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehende Rechte und Pflichten können aus den Richtlinien nicht abgeleitet werden.

Die vorgeschlagene Maßnahme brächte zweifellos eine bedeutende Verbesserung des Zuganges zum Recht mit sich.

Durch die Publikation und die laufende Aktualisierung der zu erlassenden Richtlinien ist mit einer derzeit nicht bezifferbaren Erhöhung der Verwaltungskosten zu rechnen, der allerdings ein Rückgang von Anfragen der rechtssuchenden Bevölkerung gegenübersteht.

**Zu den Z 11, 54, 57 bis 59, 61 bis 65, 67 bis 71 und 83 (§§ 32a Abs. 1, 442 Abs. 2 Z 6, 442a Abs. 2 Z 9 und Abs. 3 Z 6, 445 Z 5, 447a Abs. 1, 2 Z 2 sowie Abs. 3 und 4 bis 6, 447b bis 447e und 600 Abs. 10 und 11):**

Ziel des beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichteten Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger ist es, eine ausgeglichene Gebarung sowie eine ausreichende Liquidität der beteiligten Krankenversicherungsträger zu gewährleisten.

In der Vergangenheit hat es sich jedoch gezeigt, dass dieses Instrument nur unzureichend geeignet war, Strukturunterschiede zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern auszugleichen; das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen ist daher an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herangetreten, Vorschläge für eine Reform des Ausgleichsfonds zu unterbreiten. Beim Hauptverband wurde in weiterer Folge eine mit dieser Aufgabe befasste Expertengruppe eingerichtet, der Vertreter der am Fonds beteiligten Krankenversicherungsträger angehörten. Die Arbeitsergebnisse dieser Expertengruppe sind weitgehend in den vorliegenden Antrag eingeflossen.

**Zu § 32a Abs. 1 ASVG:**

Die Einhaltung von Zielvereinbarungen soll künftig eine Voraussetzung für den Erhalt entsprechender Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds sein (vgl. die Erläuterungen zu den Z 13 bis 15). In Ergänzung der Bestimmung über die vom Verwaltungsrat – zur Koordinierung des Verwaltungshandelns der Versicherungsträger – zu treffenden Zielvereinbarungen soll vorgesehen werden, dass hiebei ein Zielsteuerungssystem zur Anwendung zu kommen hat. Dieses entspricht derzeit dem Modell der Balanced Score Card.

**Zu den §§ 442 Abs. 2 Z 5 und 6, 442a Abs. 2 Z 9 sowie Abs. 3 Z 6 ASVG:**

Die Wirksamkeit von Beschlüssen der Geschäftsführung in Angelegenheiten des Strukturausgleiches und der Zielerreichungshonorierung soll an die Zustimmung des Verwaltungsrates gebunden werden.

Das Volumen der in einem Geschäftsjahr auszuschüttenden Zielvereinbarungs-Zuschüsse ist vom Verwaltungsrat des Hauptverbandes (auf Vorschlag der Geschäftsführung) mit Zustimmung der Hauptversammlung festzulegen.

**Zu § 445 Z 5 ASVG:**

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich lediglich um eine Zitierungsanpassung.

**Zu § 447a Abs. 1 und 3 ASVG:**

Um alle auf Grund ihrer Größe bedeutsamen Krankenversicherungsträger in die Neuordnung des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger einzubeziehen, sollen diesem künftig auch die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter angehören.

**Zu den §§ 447a Abs. 2 Z 2 und Abs. 3 sowie 600 Abs. 10 und 11 ASVG:**

Um einen wirkungsvollen Finanzausgleich über den Fonds durchzuführen, sollen diesem zusätzliche Mittel zugeführt werden. So sollen künftig zusätzliche Erträge aus der Tabaksteuer dem Fonds zufließen, soweit sie aus Preiserhöhungen ab 1. Juli 2002 resultieren. Für die Geschäftsjahre 2003 und 2004 soll von den beteiligten Krankenversicherungsträgern das Doppelte der sonst vorgesehenen Beiträge an den Ausgleichsfonds entrichtet werden. Darüber hinaus haben bestimmte am Ausgleichsfonds beteiligte Krankenversicherungsträger diesem nach ihrer Finanzkraft Darlehensgelder zu gewähren, die vom Fonds – ebenso wie die Mehreinnahmen aus der erhöhten Beitragsentrichtung – in den Jahren 2005 bis 2010 verzinst zurückzuzahlen sind. Die angeführten Beträge bilden rund 20% der voraussichtlichen allgemeinen Rücklage und Leistungssicherungsrücklage zum 31. Dezember 2002. Die Beträge wurden auf Grund der Jahresvoranschläge 2002 der genannten Träger ermittelt.

**Zu § 447a Abs. 4 ASVG:**

Die Regelung der Rücklagenbildung entspricht im Wesentlichen der geltenden Rechtslage, wobei jedoch die Bindung des außerordentlichen Aufwandes, der durch die Rücklage gedeckt werden darf, nicht mehr auf bestimmte Katastrophenfälle eingeschränkt sein soll. Auch soll die Rücklage schon dann nicht mehr weiter erhöht werden dürfen, wenn sie 0,5% (statt derzeit 1%) der Beitragseinnahmen der beteiligten Krankenversicherungsträger im Vorjahr erreicht.

**Zu den §§ 447a Abs. 5 und 447b bis 447e ASVG:**

Für den neu gestalteten Ausgleichsfonds sollen zwei „Töpfe“ geschaffen werden, von denen der eine dem Strukturausgleich, der andere der Honorierung der Zielerreichung dient.

Der dem Strukturausgleich gewidmete Topf soll als objektive Kriterien all jene Strukturparameter beinhalten, die von den einzelnen Krankenversicherungsträgern kurz- bis mittelfristig nicht beeinflussbar sind. Als Rechengröße soll dieser Strukturtopf veranschaulichen, wie die Struktur ist und welcher Ausgleichsbedarf auf Grund der gegebenen Strukturunterschiede besteht. Folgende Strukturparameter sind dabei



insbesondere zu beachten: Einnahmenstruktur (Beiträge), Versichertenstruktur (Angehörige), demografische Struktur (Pensionisten), Belastung im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung, Belastung durch den Betrieb einer allgemeinen Krankenanstalt, Großstadtfaktor (Versorgungsdichte in städtischen Ballungsräumen) und Kassenlage; das Nähere ist in Richtlinien des Hauptverbandes zu regeln.

Der Strukturausgleich löst die bisherigen Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds ab. Auf die Leistungen unter dem Titel „Strukturausgleich“ besteht ein Rechtsanspruch.

Für den Strukturausgleich stehen 45% der jährlichen Einnahmen des Fonds aus Beiträgen der Krankenversicherungsträger zur Verfügung.

Der Zielerreichungstopf soll an einen Zielkatalog anbinden, der mit einem Steuermechanismus verknüpft ist; dabei wird das Modell der Balanced Score Card anzuwenden sein. Auch auf die Zielerreichungszuschüsse besteht ein Rechtsanspruch, wenn die Voraussetzungen (Einhaltung der vom Hauptverband zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und einheitlichen Vollzugspraxis erlassenen Richtlinien, Einhaltung der vom Verwaltungsrat erlassenen Zielvereinbarungen nach § 32a ASVG) erfüllt werden.

Wurden die Zielvereinbarungen nicht vollständig eingehalten, so können entsprechend gekürzte Zuschüsse erbracht werden.

**Zu den §§ 447a Abs. 6 und 447b Abs. 4 ASVG:**

Soweit der Krankenversicherungsträger die ungünstige Kassenlage selbst verschuldet hat oder einer Zuschussleistung auf Grund seiner Vermögenslage nicht bedarf, gebühren keine Leistungen aus dem Ausgleichsfonds. Darüber hinaus gebührt kein Strukturausgleichszuschuss, wenn am Ende des Geschäftsjahres noch mehr als ein Zwölftel der Jahresaufwendungen des Krankenversicherungsträgers liquid vorhanden ist.

**Zu Z 12 (§ 32c):**

Um eine harmonische und kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Controllinggruppe und Management zu gewährleisten, soll die Amtsdauer des Managements an jene der Controllinggruppe angepasst werden; auch eine unmittelbare Wiederbestellung in das Management soll in Hinkunft möglich sein.

**Zu Z 13 (§ 36 Abs. 3):**

Die vor dem 1. Jänner 2000 nach § 4 Abs. 3 Z 10 ASVG versicherten Vorstandsmitglieder (Geschäftsleiter) sind nunmehr nach § 4 Abs. 1 Z 6 ASVG pflichtversichert (systematische Verschiebung des Versicherungstatbestandes infolge der Aufhebung des § 4 Abs. 3 ASVG). Die damit korrespondierende Bestimmung über die Meldepflicht nach § 36 Abs. 3 ASVG (die den Versicherten selbst trifft) soll nunmehr entsprechend angepasst werden.

**Zu Z 14 (§ 49 Abs. 6):**

Es soll ausdrücklich klargestellt werden, dass sich die Bindung der Versicherungsträger und der Verwaltungsbehörden an rechtskräftige gerichtliche Entscheidungen über Entgeltansprüche nicht auf gerichtliche Vergleiche bezieht. Solche Prozesserledigungen, in denen die Dispositionsfreiheit der Parteien im Vordergrund steht, sollen sich nicht zu Lasten der Versichertengemeinschaft auswirken.

**Zu den Z 17 und 83 (§§ 77 Abs. 6 und 600 Abs. 8):**

Die Inanspruchnahme der Weiterversicherung in der Pensionsversicherung ist für Personen, die aus der Pflichtversicherung ausgeschieden sind, um einen nahen Angehörigen mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Landespflegegeldgesetzen unter gänzlicher Beanspruchung ihrer Arbeitskraft zu Hause zu pflegen, insofern erleichtert, als den fiktiven Dienstgeberanteil am Beitrag zu dieser Versicherung der Bund übernimmt.

Diese Begünstigung soll nunmehr auf Personen ausgedehnt werden, die die unter den genannten Voraussetzungen nahe Angehörige mit Anspruch auf Pflegegeld in Höhe der Stufe 3 pflegen. Damit soll auch diesen Personen ermöglicht werden, in Hinkunft leichter für eine eigenständige Alterssicherung vorzusorgen.

Die vorgeschlagene Änderung brächte Kosten für den Bund in der Höhe von rund 0,15 Millionen Euro jährlich mit sich.

**Zu Z 18 (§ 108g Abs. 1):**

Infolge der Neuordnung der Bemessungsgrundlagenbildung durch die Vorverlegung des Bemessungsgrundlagenzeitraumes auf das letzte Kalenderjahr vor Eintritt des Versicherungsfalles (siehe § 179 ASVG

in der Fassung des Entwurfes) ist zur pauschalen Vermeidung von Nachteilen für RentenbezieherInnen die Regelung über die erstmalige Rentenanpassung zu adaptieren. Dies soll durch den Wegfall des bisherigen einjährigen Karenzzeitraumes bis zur erstmaligen Rentenanpassung geschehen. Durch die Umstellung der generellen Betrachtungsweise auf ein Kalenderjahr bei der Bemessungsgrundlagenbildung wird auch die Unterscheidung, in welchem Halbjahr der Versicherungsfall eingetreten ist, entbehrlich.

**Zu den Z 19 und 40 (§ 123 Abs. 4 Z 1 und 252 Abs. 2 Z 1):**

Durch die vorgeschlagene Ergänzung des § 123 Abs. 4 Z 1 ASVG soll die Angehörigeneigenschaft von Studierenden an den Bezug von Familienbeihilfe gekoppelt werden. Durch das derzeitige Auseinanderklaffen der Definitionen der Angehörigeneigenschaft nach dem Familienlastenausgleichsgesetz einerseits und den Sozialversicherungsgesetzen andererseits entsteht ein vermeidbarer Verwaltungsaufwand für die Krankenversicherungsträger. Diese haben regelmäßig auch dann zu prüfen, ob ein Studium ernsthaft und zielstrebig betrieben wird, wenn nach den Bestimmungen des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 der Familienbeihilfenbezug zu bejahen ist. Dies führt nicht nur zu einer doppelgleisigen Anspruchsprüfung, sondern auch zu Unverständnis bei den Betroffenen.

Grundlage für die vorgeschlagene Lösung ist die Überlegung, dass bei der Definition der Angehörigeneigenschaft grundsätzlich auf den Familienbeihilfenbezug abgestellt wird, wobei aber im Sozialversicherungsrecht die bisherige Altersgrenze (Vollendung des 27. Lebensjahres) beibehalten werden soll. Nach dem Ende des Bezuges von Familienbeihilfe (in der Regel mit Vollendung des 26. Lebensjahres) soll es dem/der Studierenden weiterhin möglich sein, durch den Nachweis der Zielstrebigkeit und Ernsthaftigkeit hinsichtlich des Studiums wie nach der geltenden Rechtslage die Angehörigeneigenschaft in der Krankenversicherung zu wahren.

Durch den Zugang der Sozialversicherung zu den Daten über den Bezug von Familienbeihilfe (§ 459b ASVG) im Verein mit der vorgeschlagenen Änderung kann die Administration im Bereich der Prüfung der Angehörigeneigenschaft Studierender entscheidend vereinfacht werden, was zu Einsparungen bei den Verwaltungskosten führen wird.

**Zu Z 20 (§ 125 Abs. 1):**

Die vorgeschlagene Änderung dient der Klarstellung, dass der Arbeitsverdienst nur so weit für die Bemessung des Krankengeldes heranzuziehen ist, als er beitragsrelevant ist (Begrenzung mit der Höchstbeitragsgrundlage), und diese Bemessung mit einem sich aus der Aliquotierung des monatlichen Arbeitsverdienstes ergebenden Tageswert zu erfolgen hat.

**Zu Z 21 (§ 130 Abs. 1):**

Die vorgeschlagene Texterweiterung dient der eindeutigen Klarstellung, dass der Dienstgeber auch nach der Neufassung dieser Bestimmung im Rahmen der 59. ASVG-Novelle ausschließlich bei solchen Auslandsaufenthalten, die im dienstlichen Auftrag erfolgen, Vorleistungen in der Krankenversicherung für seine DienstnehmerInnen zu erbringen hat.

**Zu den Z 22, 50 und 51 (§§ 132a Abs. 2, 420 Abs. 2 und 440a Abs. 2):**

Durch das Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, BGBl. I Nr. 135/2000, wurde die Rechtsstellung heranwachsender Menschen ua. durch die Senkung des Volljährigkeitsalters auf das vollendete 18. Lebensjahr gestärkt. Jene Bestimmungen des ASVG, die auf die Volljährigkeit abstellen (Begriff des Jugendlichen, Voraussetzungen für die Bestellung zum Versicherungsvertreter bzw. zum Beiratsmitglied), wären daher entsprechend zu adaptieren.

**Zu den Z 24 und 25 (§§ 135a Abs. 2 und 142 Abs. 1):**

Die Versagung des Krankengeldes infolge schuldhafter Beteiligung an einem Raufhandel erscheint aus mehreren Gründen änderungsbedürftig: So kommt eine solche Versagung in nur wenigen Fällen vor, wogegen der Verwaltungsaufwand, der zur Prüfung der Schuld an der Raufhandelsbeteiligung notwendig ist, unverhältnismäßig groß ist. Mit diesem Verwaltungsaufwand sind auch – von der Volksanwaltschaft kritisierte – Verzögerungen bei der Auszahlung des Krankengeldes verbunden, die von den Betroffenen besonders dann als ungerecht empfunden werden, wenn sie sich als Opfer familiärer Gewalttätigkeiten mit dem Vorwurf, die Gewalttat provoziert zu haben, auseinander setzen müssen.

Die Rechtsprechung geht auch dann von einer schuldhaften Beteiligung an einem Raufhandel aus, wenn der betreffenden Person keine Beteiligung im Sinne des Strafgesetzbuches vorzuwerfen ist. Danach genügt schon, dass der Betreffende den Gegner provozierte und die ihm drohende Gefahr eines Angriffes nicht mied (zB OLG Wien, 5. März 1980, 35 R 335/80). Diese über das Strafrecht hinausgehende „Straffunktion“ der Krankenversicherung wird als unzeitgemäß angesehen.

Darüber hinaus hat die Krankenversicherung regelmäßig einen Regress-Anspruch gegenüber dem Täter, sodass sich im Versagungsfall im Wesentlichen lediglich die vom Täter zu ersetzenden Leistungen verringern, was letztlich eine finanzielle Umverteilung vom Opfer zum Täter zur Folge hat.

Die vorgeschlagene Modifikation des Versagungsgrundes der schuldhaften Beteiligung an einem Raufhandel Abstellen auf eine rechtskräftige strafrechtliche Verurteilung des Versicherten – wird somit die Ausgaben der Krankenversicherung nur unwesentlich erhöhen.

Eine analoge Regelung im § 135a ASVG (Ausschluss der Befreiung vom Behandlungsbeitrag-Ambulanz) soll ebenfalls in der erwähnten Weise modifiziert werden.

**Zu den Z 27 bis 30 und 83 (§§ 178 Abs. 2, 179 und 600 Abs. 9):**

Nach geltender Rechtslage ist die Bemessungsgrundlage für Geldleistungen aus der Unfallversicherung die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen im letzten Jahr vor Eintritt des Versicherungsfalles (§ 179 Abs. 1 ASVG). Da dieses „Jahr“ nach dem Gesetz nicht das „Kalenderjahr“ ist, sondern regelmäßig Monate zweier Kalenderjahre betrifft, ist die Ermittlung der Bemessungsgrundlage administrativ außerordentlich aufwendig. Seit geraumer Zeit werden hingegen die Jahresbeitragsgrundlagen für Zwecke der Sozialversicherung beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gespeichert und können durch On-line-Zugang von den Versicherungsträgern jederzeit abgefragt werden.

Im Interesse der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit der Verwaltung soll daher bei der Bemessungsgrundlagenbildung nach den §§ 178 und 179 ASVG auf das Kalendervorjahr abgestellt werden.

**Zu § 178 Abs. 2 ASVG:**

Durch die Vorverlegung des nun primär geltenden Bemessungsgrundlagenzeitraumes auf das letzte Kalenderjahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles muss auch die Höchstbemessungsgrundlage in systemkonformer Weise auf diesen Zeitraum bezogen sein. Durch die Neuregelung der erstmaligen Rentenanpassung entsteht für die Versicherten auch aus dieser Maßnahme kein Nachteil. Weiters wird die Höchstbemessungsgrundlage nunmehr zur Gänze in § 178 Abs. 2 ASVG geregelt.

**Zu § 179 ASVG:**

Abs. 1 bestimmt nunmehr primär das letzte Kalenderjahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles als den maßgeblichen Zeitraum für die Bildung der Bemessungsgrundlage. In Abs. 2 wird die bisherige Regelung über die Aliquotierung systemkonform auf den neu definierten primären Bemessungsgrundlagenzeitraum verlegt. In Abs. 3 wird für die eher seltenen Fälle, in denen im primären Bemessungsgrundlagenzeitraum keine Versicherungszeiten von mindestens sechs Wochen liegen, aber in denen unter Umständen im Kalenderjahr des Eintrittes des Versicherungsfalles schon Versicherungszeiten in größerem Ausmaß liegen können, eine Neuregelung im Sinne eines sekundären Beitragsgrundlagenzeitraumes geschaffen. In Abs. 4 wird die bisherige Bemessungsgrundlagenbildung in den Fällen, in denen die Versicherung kürzer als sechs Wochen gedauert hat, übernommen.

Zur Hintanhaltung allfälliger Benachteiligungen für Versicherte auf Grund der Neuregelung wird darüber hinaus vorgeschlagen, die einjährige „Wartezeit“ bis zur erstmaligen Rentenanpassung nach § 108g ASVG entfallen zu lassen.

Dem Bund entstehen durch die vorgeschlagene Regelung keine Kosten.

**Zu den Z 31, 32 und 83 (§§ 181 Abs. 1, 181b und 600 Abs. 9):**

Gewerbetreibende (einschließlich der neuen Selbständigen) sind nach § 8 Abs. 1 Z 3 ASVG in der Unfallversicherung teilversichert. Da die Beitragseinnahmen aus der Unfallversicherung für Gewerbetreibende im Vergleich zu den Leistungsaufwendungen für diese Personengruppe seit Jahren einen deutlichen Überschuss ergeben, soll die Bemessungsgrundlage nach festen Beträgen (für die Geldleistungen in der Unfallversicherung) nach § 181 Abs. 1 ASVG von derzeit 9 655,72 € im Kalenderjahr auf 15 198,91 € angehoben werden. Dies entspricht der Bemessungsgrundlage in der bäuerlichen Unfallversicherung nach § 148f Abs. 1 BSVG. Es kommt durch diese Maßnahme zu keiner finanziellen Belastung des Bundes; die Finanzierung erfolgt aus Überschüssen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt. Entsprechende Anpassungen sind hinsichtlich der Bemessungsgrundlagen für Schüler und Studenten vorzusehen.

**Zu Z 33 (§ 233 Abs. 2):**

Im Zuge der Einführung des Kinderbetreuungsgeldes wurde § 233 ASVG dahingehend geändert, dass für die Feststellung der Wartezeit nach den §§ 235 und 236 ASVG sowie für die Erfüllung der besonderen

Pensionsanspruchsvoraussetzungen nach den §§ 253a Abs. 1 Z 2, 253b Abs. 1 Z 2 und 253c Abs. 1 Z 1 ASVG Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung den Ersatzmonaten bei zeitlicher Deckung vorangehen. Diese Regelung ist mit 1. Jänner 2002 in Kraft getreten. Bis zu diesem Zeitpunkt gingen leistungswirksame Ersatzmonate im Deckungsfall den Beitragsmonaten der freiwilligen Versicherung vor.

Die erwähnte Neuregelung hat zur Konsequenz, dass Bezieher (Bezieherinnen) einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung durch den Erwerb von Beitragsmonaten der freiwilligen Versicherung ihre bereits erworbenen Beitragszeiten auf 540 (480) Beitragsmonate aufstocken können, um auf diese Weise in den Genuss einer vorzeitigen Alterspension bereits mit Erreichung des 60. (55.) Lebensjahres entsprechend der Übergangsbestimmung des § 588 Abs. 7 ASVG zu kommen.

Um diese unerwünschte Gestaltungsmöglichkeit hintanzuhalten, soll die Reihenfolge sich deckender Versicherungsmonate so umgestaltet werden, dass die Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung wieder den leistungswirksamen Ersatzmonaten nachgereiht werden.

**Zu den Z 34 bis 39 (§§ 242 Abs. 3, 245 Abs. 4 und 8 sowie 251a Abs. 7 und 8):**

Durch die vorgesehenen Änderungen soll ein Wechsel der Zuständigkeit eines Versicherungsträgers bei Eintritt eines neuen (weiteren) Versicherungsfalles bei laufendem Pensionsbezug ausgeschlossen werden. Zu denken ist hier insbesondere an den Bezug einer Invaliditätspension mit Stichtag vor dem 1. Juli 1993 und einem Antrag auf Alterspension oder vorzeitige Alterspension bzw. an den Bezug einer Invaliditätspension mit Stichtag ab dem 1. Juli 1993 und einem Antrag auf Alterspension. In diesen Fällen wird jeweils ein neuer Stichtag ausgelöst, was unter Umständen eine Änderung der Leistungszugehörigkeit nach sich zieht. Abgesehen von dem damit verbundenen Verwaltungsaufwand führt ein solcher Zuständigkeitswechsel immer wieder zu Unverständnis bei den Betroffenen.

Auf Grund der vorgeschlagenen Regelung im § 245 Abs. 8 ASVG wäre der Abs. 4 leg. cit. nur mehr in Fällen anwendbar, in denen eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit erloschen oder entzogen worden ist.

**Zu Z 41 (§ 292 Abs. 5):**

Mit dieser Änderung soll eine Zitierung angepasst werden.

**Zu den Z 42 und 43 (§ 309 erster Satz und § 312 erster Satz):**

Im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung sind zuletzt vermehrt Fälle aufgetreten, in denen nach dem Ausscheiden aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis – ohne Anspruch auf Ruhegenuss – vor der angekündigten Anweisung des Überweisungsbetrages durch die ehemalige Dienststelle ein Leistungsantrag gestellt wurde und die Dienststelle es ablehnte, den Überweisungsbetrag vorzeitig zu leisten.

Da nach § 312 ASVG die Überweisungsbeträge binnen 18 Monaten nach dem Ausscheiden aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zu leisten sind, muss dieser Zeitraum im Extremfall abgewartet werden, bis die Zeiten einer pensionsversicherungsfreien Beschäftigung als Beitragszeiten (§ 225 Abs. 1 Z 4 ASVG) berücksichtigt und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung erfüllt werden können.

Auf Grund dieser für die betroffenen Pensionswerber untragbaren Situation wird vorgeschlagen, § 312 ASVG dahingehend zu novellieren, dass im Falle eines Leistungsantrages die Fälligkeit des Überweisungsbetrages unverzüglich eintritt.

Da allerdings auch die umgekehrte Fallkonstellation denkbar ist (zB schwerer Dienstunfall mit anschließender Ruhestandsversetzung unmittelbar nach der Aufnahme in das öffentlich-rechtliche Dienstverhältnis), soll auch § 309 ASVG entsprechend geändert werden. Als die Fälligkeit eines Überweisungsbetrages nach § 308 ASVG auslösendes Ereignis wäre die Einleitung eines Verfahrens zur Versetzung in den Ruhestand vorzusehen.

**Zu Z 44 (§ 345 Abs. 1):**

Die Europäische Kommission für Menschenrechte hat in ihrem Bericht vom 16. April 1998 bemerkt, dass die Landesberufungskommission nicht die für die Anerkennung als Tribunal im Sinne von Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (MRK) erforderliche Unabhängigkeit und Unparteilichkeit aufweise. Somit liege eine Verletzung von Art. 6 MRK auch dann vor, wenn eine Beschwerde an den Verfassungsgerichtshof zulässig ist, da dieser keine volle Kognitionsbefugnis besitzt.

Nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes stellen die in den einzelnen Bundesländern bestehenden Landesberufungskommissionen Behörden dar, die – ungeachtet des Berichts der Europäischen

Kommission für Menschenrechte und der einschlägigen Entscheidung des Ministerkomitees – den Anforderungen des Art. 6 Abs. 1 MRK prinzipiell entsprechen. Danach könnte sich angesichts der Weisungsfreiheit der Mitglieder der Landesberufungskommissionen – ein Verstoß gegen Art. 6 Abs. 1 MRK nur aus den besonderen Umständen des Einzelfalls ergeben, so etwa daraus, dass ein Mitglied am Zustandekommen des Gesamt- oder Einzelvertrags, dessen Gültigkeit oder Interpretation im jeweiligen Verfahren strittig ist, mitgewirkt hat (vgl. VfSlg 13.553/1993; VfGH 11. 10. 2000, B 224/00), oder sonst „besondere Umstände“ vorliegen, die die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit des betreffenden Mitglieds zur Entscheidung in bestimmten Rechtssachen mit Recht in Zweifel ziehen ließen (vgl. VfSlg 15.698/1999 unter Hinweis auf die Entscheidung des Ministerkomitees im Fall Hortolomei; zuletzt VfGH 2. 3. 2002, B 1538/01).

Durch die vorgeschlagene Änderung des § 345 Abs. 1 ASVG soll die bislang in Einzelfällen festgestellte Verletzung des Art. 6 MRK künftig vermieden werden:

So soll die erforderliche Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der Beisitzer der Landesberufungskommission dadurch gewährleistet werden, dass Versicherungsvertreter und Arbeitnehmer jenes Versicherungsträgers sowie Angehörige und Arbeitnehmer jener Ärztekammer, die Vertragsparteien des Gesamtvertrages sind, auf dem der streitgegenständliche Einzelvertrag beruht, nicht Beisitzer in einem Verfahren sein dürfen.

**Zu den Z 45 und 46 (§§ 348g und 349a):**

Wie schon für Vertragsärzte im Rahmen der 59. ASVG-Novelle soll nunmehr auch für sonstige Vertragspartner aus dem Bereich der Gesundheitsberufe obligatorisch vorgesehen werden, die Honorarabrechnungen mit den Sozialversicherungsträgern auf elektronischem Wege durchzuführen. Eine Beibehaltung der papierschriftlichen Abrechnung würde die mit der Einführung von ELSY-Chipkarten verfolgten Ziele der Verwaltungsvereinfachung und kostengünstigeren Vollziehung konterkarieren und ist daher aus volkswirtschaftlicher Sicht nicht mehr vertretbar.

**Zu Z 47 (§ 350 Abs. 1 Z 2):**

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll eine eindeutige gesetzliche Grundlage dafür geschaffen werden, dass Patienten etwa bei der Entlassung aus dem Spital erforderliche Medikamente ohne weitere Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten oder Einrichtungen der Krankenkassen auf Rechnung der Krankenversicherungsträger bekommen können.

**Zu den Z 52 und 55 (§§ 442 Abs. 2 Z 1 und 442a Abs. 2 Z 5):**

Durch die vorgeschlagenen Änderungen soll lediglich eine terminologische Klarstellung betreffend die Kompetenz für die Erstellung der Satzung des Hauptverbandes bzw. der Mustersatzung, der Musterkrankenordnung und der Mustergeschäftsordnung vorgenommen werden: So setzt die derzeit vorgesehene Antragstellung auf Genehmigung durch die Hauptversammlung eine Beschlussfassung durch den Verwaltungsrat voraus; andererseits ist in der Genehmigung durch die Hauptversammlung eine Zustimmungskompetenz zu sehen, die terminologisch von der Genehmigungsbefugnis der Aufsichtsbehörde zu unterscheiden ist.

**Zu den Z 60 und 66 (§§ 446 Abs. 1 und 2 sowie 447a Abs. 4):**

Im Rahmen der einheitlichen Wirtschafts- und Währungsunion sind die einschränkenden Vorschriften nach § 446 Abs. 1 ASVG hinsichtlich der Vermögensanlage durch die Versicherungsträger (durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) nicht mehr adäquat. In Hinkunft sollen daher Vermögensanlagen im Bereich der gesamten Europäischen Union möglich sein, sofern die Anlagen in Euro erfolgen und die Schuldner über eine zweifelsfreie Bonität verfügen.

Die Beschränkung auf Anlagen, die in Euro denominated sind, ist erforderlich, um Fremdwährungsrisiken auszuschalten. Aus Gründen der Gleichbehandlung wird nicht bloß auf die Teilnehmerstaaten der Währungsunion, sondern auf alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union abgestellt. Somit ist es zB auch möglich, britische Staatsanleihen, die auf Euro lauten, zu erwerben, obwohl Großbritannien (noch) nicht Mitglied der Eurozone ist.

Die Bonität der Mitgliedstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes wird als zweifelsfrei gegeben angenommen. Hingegen ist die Bonität von Kreditinstituten einer gesonderten Beurteilung zu unterziehen. Die Bonität dieser Institute kann im Weg einer genauen Analyse (Bilanzanalyse, Beurteilung von Haftungsfragen usw.) von den Versicherungsträgern (vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) selbst festgestellt werden, wenn hierfür fachlich einschlägig ausgebildete Mitarbeiter (Berater) zur Verfügung stehen. Sie kann aber auch anhand der Mindest-Ratings der vom Markt anerkannten Rating-

Agenturen beurteilt werden. Vom Markt anerkannte Rating-Agenturen sind derzeit etwa Moody's Investors Service, Standard & Poor's Corporation und Fitch IBCA Ltd. Es ist zwischen den Ratings für kurzfristige Geldmarktanleihen und den Ratings für langfristige Wertpapieranlagen zu unterscheiden.

Werden Mindest-Ratings herangezogen, so dürfen die zur Anlage verfügbaren Mittel angelegt werden:

- a) nur bei solchen Schuldnern, deren Bonität von einer vom Markt anerkannten Rating-Agentur in die höchste Kategorie des kurzfristigen Kreditrisiko-Ratings eingeordnet wurde, wenn die Veranlagung für höchstens ein Jahr getätigt wird;
- b) sonst nur bei solchen Schuldnern, deren Bonität von einer vom Markt anerkannten Rating-Agentur zumindest in die dritthöchste Kategorie des langfristigen Kreditrisiko-Ratings eingeordnet wurde.

Durch die Neuregelung des § 446 Abs. 2 ASVG soll es den Versicherungsträgern (dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) ermöglicht werden, die vielfältigen Techniken zur Absicherung der Veranlagungserträge, die auf den rasant wachsenden Märkten als derivative Finanzinstrumente angeboten werden, zu nutzen. Entscheidend ist dabei das Motiv der Absicherung. Einseitig, also ohne entsprechende Grundgeschäfte getätigte Transaktionen, die nur spekulativen Charakter haben, sind ausgeschlossen. Werden Derivate eingesetzt, dann ist die Zuordnung zu den dadurch abgesicherten Grundgeschäften eindeutig und nachvollziehbar zu dokumentieren. Nach Z 1 der Anlage 2 zu § 22 des Bankwesengesetzes sind folgende derivative Instrumente zugelassen: Zinsswaps, Basisswaps, Zinstermingeschäfte, Zinsterminkontrakte, gekaufte Optionen auf zinsbezogene Instrumente und andere vergleichbare Verträge. Werden außerbörsliche Derivategeschäfte (so genannte Over the Counter-Derivate) getätigt, so ist darauf zu achten, dass die Bonität des Vertragspartners unzweifelhaft ist.

Insbesondere soll auch – als Veranlagungsalternative – der Erwerb von strukturierten Anleihen (Anleihen mit eingebetteten Optionen, wie zB Floating Rate Notes mit Floor, Reverse Floater usw.) möglich gemacht werden.

**Zu den Z 72 und 78 (§§ 447f Abs. 10 und 11 sowie 567 Abs. 8 Z 2):**

Die ehemalige Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG trägt den Namen „Betriebskrankenkasse Neusiedler“.

**Zu Z 73 (§ 447f Abs. 12 Z 2):**

Mit dieser Änderung soll eine redaktionelle Klarstellung getroffen werden.

**Zu Z 74 (§ 447f Abs. 15):**

In Analogie zu § 447f Abs. 10 ASVG sind die Höhe der vorschussweisen Zahlungen und deren Fälligkeitstermine durch Beschluss des Verwaltungsrates festzulegen. Die Festlegung der von den Sozialversicherungsträgern auf Dauer aufzubringenden Mittel allein auf Basis der Leistungsanspruchnahme eines bestimmten Jahres erscheint unsachlich. Beispielsweise finden Änderungen im Anspruchsverhalten der Versicherten durch die mit 1. Jänner 2001 weggefallene Restriktion (Entfall der Unaufschiebbarkeit der Anstaltspflege als Voraussetzung für eine Pflegekostenzuschussgewährung) ebenso wenig Beachtung wie Änderungen des Versichertenstandes. Um Dynamik, wie etwa nach § 447f Abs. 11 ASVG, in dieses Finanzierungsmodell zu bringen, ist es erforderlich, dass die Sozialversicherungsträger die 1 000 Millionen Schilling akontieren. Sobald der Fonds die auf den einzelnen Sozialversicherungsträger entfallenden Leistungsbeträge festgestellt hat, erfolgt die endgültige Aufteilung des Pauschalbetrages nach § 149 Abs. 3 ASVG. Daraus entstehende Differenzbeträge sind unter den Sozialversicherungsträgern umgehend auszugleichen.

**Zu Z 75 (§ 468 Abs. 6):**

Die Regelung des § 468 Abs. 6 ASVG über die Bemessung der Geldleistungen aus der Krankenversicherung für unständig beschäftigte Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft soll an den Entfall des Lohnstufenschemas im Rahmen des Sozialversicherungs-Währungsumstellungs-Begleitgesetzes angepasst werden.

**Zu den Z 76 und 77 (§ 479 Abs. 1 und 2):**

Die Linzer Elektrizitäts-, Fernwärme- und Verkehrsbetriebe-Aktiengesellschaft wurde im Zusammenhang mit der Strommarkt-Liberalisierung in einen Konzern mit fünf operativen Tochter-Gesellschaften umgestaltet und trägt nunmehr den Namen „Linz AG“. Die entsprechenden Firmenbuch-Eintragungen erfolgten am 17. August 2001. Demgemäß ist auch der Name der einschlägigen Zuschusskasse des öffentlichen Rechtes zu ändern.

**Zu Z 79 (§ 588 Abs. 7):**

Nach der Übergangsbestimmung des § 588 Abs. 7 ASVG sind zur Erfüllung der Voraussetzungen für die Weitergeltung des 55. Lebensjahres (Frauen) bzw. des 60. Lebensjahres (Männer) als Anfallsalter für die vorzeitigen Alterspensionen, nämlich zur Erreichung von 480 Beitragsmonaten (Frauen) bzw. 540 Beitragsmonaten (Männer), bestimmte Ersatzzeiten (in einem bestimmten Ausmaß) den Beitragszeiten gleichzuhalten:

So ist die Berücksichtigung von bis zu 60 Ersatzmonaten der Kindererziehung nach den §§ 227a oder 228a ASVG (bzw. nach den entsprechenden Parallelbestimmungen der anderen Sozialversicherungsgesetze) vorgesehen. Ebenso sind bis zu zwölf Ersatzmonate nach § 227 Abs. 1 Z 7 und 8 ASVG (bzw. nach den entsprechenden Parallelbestimmungen der anderen Sozialversicherungsgesetze) – betreffend Zeiten des Präsenz- und Zivildienstes – zu berücksichtigen.

Zeiten des Wochengeldbezuges nach § 162 ASVG gelten als Ersatzzeiten in der Pensionsversicherung (§ 227 Abs. 1 Z 3 ASVG). Es handelt sich dabei um Zeiten, in denen Versicherte aus Gründen des Mutterschutzes nicht beschäftigt werden dürfen.

Die vorgeschlagene Gleichstellung dieser Zeiten im gegebenen Zusammenhang mit den Zeiten der Kindererziehung bzw. mit Präsenz- und Zivildienstzeiten erscheint schon deshalb gerechtfertigt, weil ein Beschäftigungsverbot zum Schutz von Mutter und Kind ebenso eine Absenz von der Berufstätigkeit bedingt wie die Betreuungspflichten für Kinder bzw. der Dienst im Interesse der Allgemeinheit.

**Zu Z 80 (§ 588 Abs. 7a):**

Zum Ausgleich besonderer Härten durch die im Rahmen des SRÄG 2000 erfolgte Anhebung des Pensionsanfallsalters wurden die Pensionsversicherungsträger für die Jahre 2001 und 2002 ermächtigt, in entsprechenden Richtlinien eine Unterstützung vorzusehen. Diese gesetzliche Ermächtigung soll auf das Jahr 2003 ausgedehnt werden, um die Möglichkeit zu schaffen, auch noch in diesem Zeitraum Härtefälle entsprechend zu berücksichtigen.

**Zu Z 81 (§ 593 Abs. 3):**

Mit dieser Änderung soll eine redaktionelle Klarstellung getroffen werden.

**Zu Z 82 (§ 593 Abs. 3a):**

Zur Vermeidung von Ungleichheiten sowie im Sinne der Rechtssicherheit soll eindeutig klargestellt werden, dass die im Rahmen der 58. ASVG-Novelle normierte Neuregelung der Gesamtrentenbildung nach § 210 ASVG nur anzuwenden ist, wenn der letzte Versicherungsfall nach dem 31. Juli 2001 eingetreten ist. Damit sind auch die Rechtsgrundlagen im Wege der sukzessiven Kompetenz klar abgegrenzt.

**Zu Z 83 (§ 600 Abs. 5):**

§ 8 Abs. 1 Z 1 lit. d ASVG ist mit Ablauf des 31. Dezember 1999 außer Kraft getreten. Damit besteht für Pensionisten aus den Berufsgruppen der Tierärzte, Dentisten und bildenden Künstler ab 1. Jänner 2000 kein Krankenversicherungsschutz nach dem ASVG. Faktisch blieben (und sind) die betroffenen Pensionisten jedoch auch nach dem 31. Dezember 1999 bei der jeweils zuständigen Gebietskrankenkasse krankenversichert.

Mit der vorgeschlagenen Regelung soll klargestellt werden, dass Pensionisten mit Pensionsstichtagen ab dem 1. Jänner 2000, für die die Übergangsbestimmung des § 273 Abs. 6 GSVG nicht angewendet werden kann (weil sie am 31. Dezember 1999 nicht nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d ASVG pflichtversichert waren), den Krankenversicherungsschutz nach dem ASVG behalten.

## Textgegenüberstellung

### Geltende Fassung:

#### Beginn der Pflichtversicherung

§ 10. (1) Die Pflichtversicherung der Dienstnehmer, ferner der gemäß § 4 Abs. 1 Z 9, 10, 11 und 13 Pflichtversicherten, der gemäß § 4 Abs. 1 Z 3 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen, der in einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis stehenden Personen, der Personen, denen eine Leistung der beruflichen Ausbildung gewährt wird, sowie der Heimarbeiter und der diesen gleichgestellten Personen beginnt unabhängig von der Erstattung einer Anmeldung mit dem Tag des Beginnes der Beschäftigung bzw. des Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Für das Ausscheiden aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, ohne daß dem Ausgeschiedenen ein Ruhegenuß und seinen Hinterbliebenen ein Versorgungsgenuß aus dem Dienstverhältnis zusteht, gilt hinsichtlich des Beginnes der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz die Bestimmung des § 11 Abs. 5 entsprechend.

(1a) ...

(2) Die Pflichtversicherung der Personen hinsichtlich einer geringfügigen Beschäftigung gemäß § 5 Abs. 2, der selbständig Erwerbstätigen und ihrer Familienangehörigen (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b), der fachkundigen Laienrichter und der fachmännischen Laienrichter sowie der Schöffen und der Geschworenen (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. k), der Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen Ausbildungslehrgängen sowie der Lehrenden bei solchen Lehrgängen und der Volontäre (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. c) sowie der Mitglieder der Organe der gesetzlichen beruflichen Vertretungen und der kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. g) beginnt mit dem Tag der Aufnahme der versicherungspflichtigen Tätigkeit bzw. bei nicht fristgerecht erstatteter Meldung (§ 18 GSVG) durch die gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG pflichtversicherten Personen nach Ablauf des Tages, an dem die Meldung beim Versicherungsträger einlangt. Die Pflichtversicherung der im § 3 Abs. 1 Z 2 GSVG genannten Personen beginnt nach Ablauf des Tages, an dem die Meldung beim Versicherungsträger einlangt.

(3) bis (7) ...

### Vorgeschlagene Fassung:

#### Beginn der Pflichtversicherung

§ 10. (1) Die Pflichtversicherung der Dienstnehmer, der Personen hinsichtlich einer geringfügigen Beschäftigung nach § 5 Abs. 2, der in § 4 Abs. 4 bezeichneten Personen, ferner der gemäß § 4 Abs. 1 Z 9, 10, 11 und 13 Pflichtversicherten, der gemäß § 4 Abs. 1 Z 3 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen, der in einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis stehenden Personen, der Personen, denen eine Leistung der beruflichen Ausbildung gewährt wird, sowie der Heimarbeiter und der diesen gleichgestellten Personen beginnt unabhängig von der Erstattung einer Anmeldung mit dem Tag des Beginnes der Beschäftigung bzw. des Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Für das Ausscheiden aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, ohne dass dem Ausgeschiedenen ein Ruhegenuss und seinen Hinterbliebenen ein Versorgungsgenuß aus dem Dienstverhältnis zusteht, gilt hinsichtlich des Beginnes der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz die Bestimmung des § 11 Abs. 5 entsprechend.

(1a) ...

(2) Die Pflichtversicherung der selbständig Erwerbstätigen und ihrer Familienangehörigen (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b), der fachkundigen Laienrichter und der fachmännischen Laienrichter sowie der Schöffen und der Geschworenen (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. k), der Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen Ausbildungslehrgängen sowie der Lehrenden bei solchen Lehrgängen und der Volontäre (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. c) sowie der Mitglieder der Organe der gesetzlichen beruflichen Vertretungen und der kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. g) beginnt mit dem Tag der Aufnahme der versicherungspflichtigen Tätigkeit bzw. bei nicht fristgerecht erstatteter Meldung (§ 18 GSVG) durch die gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG pflichtversicherten Personen nach Ablauf des Tages, an dem die Meldung beim Versicherungsträger einlangt. Die Pflichtversicherung der im § 3 Abs. 1 Z 2 GSVG genannten Personen beginnt nach Ablauf des Tages, an dem die Meldung beim Versicherungsträger einlangt.

(3) bis (7) ...



**Geltende Fassung:**

**§ 10a.** Die im § 4 Abs. 4 genannten Personen gelten von der Aufnahme der versicherungspflichtigen Tätigkeit (§ 10 Abs. 2) an bis zum Ende der Pflichtversicherung (§ 12 Abs. 1) – unabhängig von der Verteilung der Arbeitsleistung – als durchgehend versichert.

**§ 12.** (1) Die Pflichtversicherung der in den §§ 4 Abs. 4 und 10 Abs. 2 bezeichneten Personen erlischt mit dem Letzten des Kalendermonats, in dem die die Pflichtversicherung begründende Tätigkeit aufgegeben wird.

(2) bis (6) ...

**Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung**

**§ 19a.** (1) ...

(2) Die Selbstversicherung beginnt bei der erstmaligen Inanspruchnahme mit dem der Antragstellung folgenden Tag, sonst frühestens nach Ablauf von drei Kalendermonaten ab dem Ende der Selbstversicherung gemäß Abs. 3 Z 2 oder 3.

(3) bis (6) ...

**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 4. ...
5. die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues
  - a) bis e) ...
  - f) für Bezieher einer Sonderunterstützung gemäß § 1 Abs. 1 oder Art. V Abs. 7 des Sonderunterstützungsgesetzes, BGBl. Nr. 642/1973, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 201/1996.

**Vorgeschlagene Fassung:**

**§ 12.** (1) Die Pflichtversicherung der in § 10 Abs. 2 bezeichneten Personen erlischt mit dem Letzten des Kalendermonats, in dem die die Pflichtversicherung begründende Tätigkeit aufgegeben wird.

(2) bis (6) ...

**Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung**

**§ 19a.** (1) ...

(2) Die Selbstversicherung beginnt

1. bei der erstmaligen Inanspruchnahme mit dem Tag des Beginnes der geringfügigen Beschäftigung, wenn der Antrag binnen sechs Wochen nach diesem Zeitpunkt gestellt wird,
2. sonst mit dem der Antragstellung folgenden Tag, im Falle der Beendigung der Selbstversicherung nach Abs. 3 Z 2 oder 3 jedoch frühestens nach Ablauf von drei Kalendermonaten nach dieser Beendigung.

(3) bis (6) ...

**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 4. ...
5. die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues
  - a) bis e) ...
  - f) für Bezieher einer Sonderunterstützung gemäß § 1 Abs. 1 oder Art. V Abs. 7 des Sonderunterstützungsgesetzes, BGBl. Nr. 642/1973, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 201/1996;
  - g) für Beschäftigte jener Betriebe, für deren Beschäftigte die Betriebskrankenkasse Pengg am 31. Dezember 2001 die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung durchgeführt hat.

**Geltende Fassung:**

(2) bis (4) ...

**Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

§ 31. (1) und (2) ...

(3) Zu den Aufgaben im Sinne des Abs. 2 Z 1 gehören:

1. bis 11. ...

12. die Herausgabe eines Heilmittelverzeichnisses unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2. In diesem Verzeichnis sind jene Arzneispezialitäten anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (zB für gewisse Krankheitsgruppen oder Altersstufen von Patienten, in bestimmter Menge oder Darreichungsform) ohne die sonst notwendige chef- oder kontrollärztliche Bewilligung für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können. In diesem Verzeichnis sind ferner jene Stoffe für magistrale Zubereitungen anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen nur mit vorheriger chef- oder kontrollärztlicher Bewilligung für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können;

13. und 14. ...

(4) ...

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

1. bis 11. ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

(2) bis (4) ...

**Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

§ 31. (1) und (2) ...

(3) Zu den Aufgaben im Sinne des Abs. 2 Z 1 gehören:

1. bis 11. ...

12. die Herausgabe eines Heilmittelverzeichnisses; in dieses Verzeichnis sind jene in Österreich zugelassenen Arzneispezialitäten aufzunehmen, a) die nach den Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen PatientInnenutzen im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) annehmen lassen und b) deren Abgabe allein auf Grund ärztlicher Anordnung ohne die sonst notwendige chef- oder kontrollärztliche Bewilligung für Rechnung der Sozialversicherungsträger medizinisch und wirtschaftlich sinnvoll und vertretbar ist.

Die Aufnahme von Arzneispezialitäten in das Heilmittelverzeichnis (§§ 351c ff.) erfolgt entweder allgemein oder nur für bestimmte Verwendungen (zB für bestimmte Krankheitsgruppen oder Altersstufen von PatientInnen oder in bestimmter Menge oder Darreichungsform oder für bestimmte ärztliche Fachgruppen). Im Heilmittelverzeichnis sind ferner jene Stoffe für magistrale Zubereitungen anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen nur mit vorheriger chef- oder kontrollärztlicher Bewilligung für Rechnung der Versicherungsträger abgegeben werden können. Der Hauptverband ist darüber hinaus berechtigt, für jene in Österreich zugelassenen Arzneispezialitäten, für die eine Kostenübernahme durch die Versicherungsträger unter bestimmten Voraussetzungen nur mit vorheriger chef- oder kontrollärztlicher Bewilligung zulässig ist, eine Heilmittel-Sonderliste als Anlage zum Heilmittelverzeichnis herauszugeben;

13. und 14. ...

(4) ...

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

1. bis 11. ...

### **Geltende Fassung:**

12. über Form und Inhalt sowie die Ausstellung der Krankenscheine (Zahnbehandlungsscheine) und die Dauer ihrer Gültigkeit;
  13. bis 15. ...
  16. für die Befreiung von der Rezeptgebühr (Herabsetzung der Rezeptgebühr) sowie für die Befreiung von der Krankenscheingebühr bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten; in diesen Richtlinien ist der für die Befreiung (Herabsetzung) in Betracht kommende Personenkreis nach allgemeinen Gruppenmerkmalen zu umschreiben; darüber hinaus ist eine Befreiungs-(Herabsetzungs-)möglichkeit im Einzelfall in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des (der) Versicherten sowie der Art und Dauer der Erkrankung vorzusehen;
- 16a. bis 32. ...
33. über die Aufteilung der Beiträge zur Krankenversicherung auf die einzelnen Krankenversicherungsträger bei mehrfacher Versicherung; hiebei ist insbesondere auf die Leistungserbringung durch die einzelnen Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen.

(6) bis (11) ...

### **Zielvereinbarung**

**§ 32a.** (1) Der Verwaltungsrat hat zur Koordinierung des Verwaltungshandelns der Versicherungsträger Zielvereinbarungen zu treffen.

(2) und (3) ...

### **Management**

**§ 32c.** Zur Erfüllung der Aufgaben nach den §§ 32a und 32b ist ein Management einzurichten. Der Verwaltungsrat hat hierfür durch Beschluss zwei qualifizierte Mitarbeiter(innen) des leitenden Dienstes nach den Bestimmungen

### **Vorgeschlagene Fassung:**

13. bis 15. ...
  16. für die Befreiung von der Rezeptgebühr (Herabsetzung der Rezeptgebühr) sowie für die Befreiung vom Service-Entgelt bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten; in diesen Richtlinien ist der für die Befreiung (Herabsetzung) in Betracht kommende Personenkreis nach allgemeinen Gruppenmerkmalen zu umschreiben; darüber hinaus ist eine Befreiungs-(Herabsetzungs-)möglichkeit im Einzelfall in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des (der) Versicherten sowie der Art und Dauer der Erkrankung vorzusehen;
- 16a. bis 32. ...
33. über die Aufteilung der Beiträge zur Krankenversicherung auf die einzelnen Krankenversicherungsträger bei mehrfacher Versicherung; hiebei ist insbesondere auf die Leistungserbringung durch die einzelnen Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen;
  34. zur einheitlichen Vollzugspraxis der Versicherungsträger bzw. bestimmter Gruppen von Versicherungsträgern im Bereich des Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens nach Anhörung der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretungen; diese Richtlinien sind mindestens ein Mal jährlich neu zu beschließen.
- (6) bis (11) ...

### **Zielvereinbarung**

**§ 32a.** (1) Der Verwaltungsrat hat zur Koordinierung des Verwaltungshandelns der Versicherungsträger Zielvereinbarungen zu treffen. Er hat sich dabei eines Zielsteuerungssystems zu bedienen.

(2) und (3) ...

### **Management**

**§ 32c.** Zur Erfüllung der Aufgaben nach den §§ 32a und 32b ist ein Management einzurichten. Der Verwaltungsrat hat hierfür durch Beschluss zwei qualifizierte Mitarbeiter(innen) des leitenden Dienstes nach den Bestimmungen

**Geltende Fassung:**

der Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs, die bei verschiedenen Versicherungsträgern beschäftigt sind, jeweils für die Dauer von zwei Jahren zu bestellen, wobei eine unmittelbare Wiederbestellung unzulässig ist. Zumindest eine(r) dieser zwei qualifizierten Mitarbeiter(innen) muss der (die) leitende Angestellte eines Versicherungsträgers sein. Die bestellten Personen sind für die Dauer der Ausübung ihres Amtes unter Fortzahlung ihrer Bezüge vom Dienst freizustellen. Die Versicherungsträger (der Hauptverband) sind verpflichtet, die vom Management zur Erfüllung seiner Aufgaben ergehenden Aufträge vorrangig zu erfüllen und überdies bei Bedarf dem Management das zur Erfüllung seiner Aufgaben notwendige Personal sowie die erforderlichen Räumlichkeiten und Mittel vorrangig zur Verfügung zu stellen. Dieses Personal ist in gleicher Weise wie das Management vom Dienst freizustellen. Dienort ist der Sitz sowohl des Hauptverbandes als auch jenes Versicherungsträgers, dem die jeweils in das Management bestellte Person angehört. Das Management ist hinsichtlich seines aufgabenbezogenen Verhaltens der Controllinggruppe unmittelbar verantwortlich; die Controllinggruppe entscheidet auch über die Erforderlichkeit des zur Verfügung zu stellenden Personals und der zur Verfügung zu stellenden Räumlichkeiten und Mittel. Der Hauptverband hat unter Einhaltung der Bestimmungen des § 588 Abs. 14 den Versicherungsträgern die Kosten des zur Verfügung gestellten Personals und der zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten und Mittel zu ersetzen. Aus der Wahrnehmung der vom Management ergehenden Aufträge zur Erfüllung seiner Aufgaben resultiert kein Kostenersatzanspruch an den Hauptverband. Abschnitt IX des Achten Teiles ist sinngemäß anzuwenden.

**Sonstige meldepflichtige Personen (Stellen)**

§ 36. (1) und (2) ...

(3) Die den Heimarbeitern nach den jeweiligen gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit arbeitsrechtlich gleichgestellten Personen (§ 4 Abs. 1 Z 7) haben die in den §§ 33 und 34 vorgeschriebenen Meldungen selbst zu erstatten. Die Bestimmungen der §§ 33 Abs. 1 und 34 Abs. 1 sind hiebei entsprechend anzuwenden.

**Entgelt**

§ 49. (1) bis (5) ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

der Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs, die bei verschiedenen Versicherungsträgern beschäftigt sind, jeweils für die Amtsdauer der Controllinggruppe zu bestellen. Zumindest eine(r) dieser zwei qualifizierten Mitarbeiter(innen) muss der (die) leitende Angestellte eines Versicherungsträgers sein. Die bestellten Personen sind für die Dauer der Ausübung ihres Amtes unter Fortzahlung ihrer Bezüge vom Dienst freizustellen. Die Versicherungsträger (der Hauptverband) sind verpflichtet, die vom Management zur Erfüllung seiner Aufgaben ergehenden Aufträge vorrangig zu erfüllen und überdies bei Bedarf dem Management das zur Erfüllung seiner Aufgaben notwendige Personal sowie die erforderlichen Räumlichkeiten und Mittel vorrangig zur Verfügung zu stellen. Dieses Personal ist in gleicher Weise wie das Management vom Dienst freizustellen. Dienort ist der Sitz sowohl des Hauptverbandes als auch jenes Versicherungsträgers, dem die jeweils in das Management bestellte Person angehört. Das Management ist hinsichtlich seines aufgabenbezogenen Verhaltens der Controllinggruppe unmittelbar verantwortlich; die Controllinggruppe entscheidet auch über die Erforderlichkeit des zur Verfügung zu stellenden Personals und der zur Verfügung zu stellenden Räumlichkeiten und Mittel. Der Hauptverband hat unter Einhaltung der Bestimmungen des § 588 Abs. 14 den Versicherungsträgern die Kosten des zur Verfügung gestellten Personals und der zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten und Mittel zu ersetzen. Aus der Wahrnehmung der vom Management ergehenden Aufträge zur Erfüllung seiner Aufgaben resultiert kein Kostenersatzanspruch an den Hauptverband. Abschnitt IX des Achten Teiles ist sinngemäß anzuwenden.

**Sonstige meldepflichtige Personen (Stellen)**

§ 36. (1) und (2) ...

(3) Die im § 4 Abs. 1 Z 6 genannten Vorstandsmitglieder (Geschäftsleiter) sowie die den Heimarbeitern nach den jeweiligen gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit arbeitsrechtlich gleichgestellten Personen (§ 4 Abs. 1 Z 7) haben die in den §§ 33 und 34 vorgeschriebenen Meldungen selbst zu erstatten. Die Bestimmungen der §§ 33 Abs. 1 und 34 Abs. 1 sind hiebei entsprechend anzuwenden.

**Entgelt**

§ 49. (1) bis (5) ...

### **Geltende Fassung:**

(6) Die Versicherungsträger und die Verwaltungsbehörden sind an rechtskräftige Entscheidungen der Gerichte, in denen Entgeltansprüche des Dienstnehmers (Lehrlings) festgestellt werden, gebunden. Dieser Bindung steht die Rechtskraft der Beitragsvorschreibung nicht entgegen. Diese Bindung tritt nicht ein, wenn der gerichtlichen Entscheidung kein Streitiges Verfahren vorangegangen ist oder ein Anerkenntnisurteil gefällt wurde. Die Gerichte erster Instanz haben je eine Ausfertigung der rechtskräftigen Entscheidungen über Entgeltansprüche von Dienstnehmern (Lehrlingen) binnen vier Wochen ab Rechtskraft an die Gebietskrankenkasse jenes Landes zu übersenden, in dem der Sitz des Gerichtes liegt; gleiches gilt für gerichtliche Vergleiche über die genannten Ansprüche.

(7) ...

### **Dauer der Beitragspflicht**

§ 55. (1) ...

(2) Für Pflichtversicherte gemäß § 4 Abs. 4 sind die allgemeinen Beiträge jedenfalls für Kalendermonate, in denen eine versicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt wurde, zu entrichten.

### **Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge; Beitragsvorauszahlung**

§ 58. (1) bis (5) ...

(6) Der Träger der Krankenversicherung, bei dem nach Abs. 4 die Beiträge einzuzahlen sind, ist ausschließlich berufen, die Beitragsforderung rechtlich geltend zu machen. Soweit ein Versicherungsträger Beiträge für andere Rechtsträger (Bund, Fonds, Interessenvertretungen, andere Versicherungsträger ua.) einhebt, wird er auch dann als deren Vertreter tätig, wenn er alle Beitragsforderungen in einem Betrag geltend macht. Dies gilt auch für die Einhebung von Zuschlägen, Nebengebühren, Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren usw. sowie im Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden. Forderungen aus der Einhebung von Krankenscheingebühren (§§ 135 Abs. 3, 153 Abs. 4) sowie von Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren gelten in diesem Zusammenhang als Beitragsforderungen.

(7) und (8) ...

### **Ausmaß und Entrichtung**

§ 77. (1) bis (5) ...

### **Vorgeschlagene Fassung:**

(6) Die Versicherungsträger und die Verwaltungsbehörden sind an rechtskräftige Entscheidungen der Gerichte, in denen Entgeltansprüche des Dienstnehmers (Lehrlings) festgestellt werden, gebunden. Dieser Bindung steht die Rechtskraft der Beitragsvorschreibung nicht entgegen. Diese Bindung tritt nicht ein, wenn der gerichtlichen Entscheidung kein Streitiges Verfahren vorangegangen ist oder ein Anerkenntnisurteil gefällt oder ein gerichtlicher Vergleich geschlossen wurde. Die Gerichte erster Instanz haben je eine Ausfertigung der rechtskräftigen Entscheidungen über Entgeltansprüche von Dienstnehmern (Lehrlingen) binnen vier Wochen ab Rechtskraft an die Gebietskrankenkasse jenes Landes zu übersenden, in dem der Sitz des Gerichtes liegt; gleiches gilt für gerichtliche Vergleiche über die genannten Ansprüche.

(7) ...

### **Dauer der Beitragspflicht**

§ 55. (1) ...

### **Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge; Beitragsvorauszahlung**

§ 58. (1) bis (5) ...

(6) Der Träger der Krankenversicherung, bei dem nach Abs. 4 die Beiträge einzuzahlen sind, ist ausschließlich berufen, die Beitragsforderung rechtlich geltend zu machen. Soweit ein Versicherungsträger Beiträge für andere Rechtsträger (Bund, Fonds, Interessenvertretungen, andere Versicherungsträger ua.) einhebt, wird er auch dann als deren Vertreter tätig, wenn er alle Beitragsforderungen in einem Betrag geltend macht. Dies gilt auch für die Einhebung von Zuschlägen, Nebengebühren, Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren usw. sowie im Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden. Forderungen aus der Einhebung von Krankenscheingebühren oder Service-Entgelt (§§ 135 Abs. 3, 153 Abs. 4) sowie von Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren gelten in diesem Zusammenhang als Beitragsforderungen.

(7) und (8) ...

### **Ausmaß und Entrichtung**

§ 77. (1) bis (5) ...

**Geltende Fassung:**

(6) Weiterversicherte nach § 17, die aus der Pflichtversicherung ausgeschlossen sind, um einen nahen Angehörigen (eine nahe Angehörige) mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze unter gänzlicher Beanspruchung ihrer Arbeitskraft in häuslicher Umgebung zu pflegen, haben in der Pensionsversicherung nur die Beitragsteile, die gemäß den §§ 51 Abs. 3 Z 3 lit. a und 51a Abs. 1 auf den Versicherten entfallen, zu tragen; die gemäß den genannten Bestimmungen auf den Dienstgeber entfallenden Beitragsteile sind aus Mitteln des Bundes zu tragen. Eine solche Beitragstragung durch den Bund kommt pro Pflegefall nur für eine einzige Person in Betracht und erfolgt auch während eines zeitweiligen stationären Pflegeaufenthaltes der pflegebedürftigen Person.

(7) ...

**Anpassung der Renten aus der Unfallversicherung**

**§ 108g.** (1) Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner eines jeden Jahres sind die Renten aus der Unfallversicherung mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen; soweit Renten nicht nach festen Beträgen bemessen sind, gilt dies jedoch nur dann, wenn der Versicherungsfall vor dem 1. Jänner des vorangegangenen Jahres eingetreten ist, und zwar mit der Maßgabe, daß die erstmalige Anpassung, sofern der Versicherungsfall im zweiten Halbjahr eingetreten ist, mit dem um 0,5 erhöhten halben Anpassungsfaktor vorzunehmen ist.

(2) bis (6) ...

**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. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, die ihre Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Angehörigeneigenschaft von Kindern, die eine im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992, BGBl. Nr. 305, genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn sie ein ordentli-

**Vorgeschlagene Fassung:**

(6) Weiterversicherte nach § 17, die aus der Pflichtversicherung ausgeschlossen sind, um einen nahen Angehörigen (eine nahe Angehörige) mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze unter gänzlicher Beanspruchung ihrer Arbeitskraft in häuslicher Umgebung zu pflegen, haben in der Pensionsversicherung nur die Beitragsteile, die gemäß den §§ 51 Abs. 3 Z 3 lit. a und 51a Abs. 1 auf den Versicherten entfallen, zu tragen; die gemäß den genannten Bestimmungen auf den Dienstgeber entfallenden Beitragsteile sind aus Mitteln des Bundes zu tragen. Eine solche Beitragstragung durch den Bund kommt pro Pflegefall nur für eine einzige Person in Betracht und erfolgt auch während eines zeitweiligen stationären Pflegeaufenthaltes der pflegebedürftigen Person.

(7) ...

**Anpassung der Renten aus der Unfallversicherung**

**§ 108g.** (1) Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner eines jeden Jahres sind die Renten aus der Unfallversicherung, soweit der Versicherungsfall vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist, mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen.

(2) bis (6) ...

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

#### **Geltende Fassung:**

ches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 311/1992, betreiben;

2. und 3. ...

(5) bis (11) ...

#### **Bemessungsgrundlage**

§ 125. (1) Bemessungsgrundlage für das Krankengeld ist der Arbeitsverdienst, der dem (der) Versicherten in jenem Beitragszeitraum (§ 44 Abs. 2) gebührte, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches voranging; liegt ein solcher Beitragszeitraum nicht vor, so ist der laufende Beitragszeitraum maßgebend. Lohn- und Gehaltserhöhungen auf Grund von Normen kollektiver Rechtsgestaltung sind zu berücksichtigen.

(2) bis (5) ...

#### **Erkrankung im Ausland**

§ 130. (1) Hält sich eine in der Krankenversicherung pflichtversicherte Person im Ausland auf, so erhält sie für die Dauer des Auslandsaufenthaltes die ihr beim zuständigen Versicherungsträger für sich und ihre sich ebenfalls im Zusammenhang mit dem dienstlichen Auftrag im Ausland aufhaltenden Angehörigen zustehenden Leistungen – unbeschadet einer Pflichtversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. f – vom Dienstgeber. Solange der Dienstgeber das Entgelt im Sinne des § 49 Abs. 1, 3 und 4 weiter gewährt, beschränkt sich die vorstehende Verpflichtung des Dienstgebers auf die Sachleistungen.

(2) bis (4) ...

#### **Jugendlichenuntersuchungen**

§ 132a. (1) ...

(2) Als Jugendliche im Sinne des Abs. 1 gelten Personen nach Vollendung des 15. Lebensjahres, soweit sie aber das 15. Lebensjahr vor Beendigung der

#### **Vorgeschlagene Fassung:**

- a) entweder Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 bezogen wird oder
- b) zwar keine Familienbeihilfe bezogen wird, sie jedoch ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 311/1992 betreiben;

2. und 3. ...

(5) bis (11) ...

#### **Bemessungsgrundlage**

§ 125. (1) Bemessungsgrundlage für das Krankengeld ist für die Beitragsermittlung heranzuziehende und auf einen Kalendertag entfallende Arbeitsverdienst, der dem (der) Versicherten in jenem Beitragszeitraum (§ 44 Abs. 2) gebührte, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches voranging; liegt ein solcher Beitragszeitraum nicht vor, so ist der laufende Beitragszeitraum maßgebend. Lohn- und Gehaltserhöhungen auf Grund von Normen kollektiver Rechtsgestaltung sind zu berücksichtigen.

(2) bis (5) ...

#### **Erkrankung im Ausland**

§ 130. (1) Hält sich eine in der Krankenversicherung pflichtversicherte Person im dienstlichen Auftrag im Ausland auf, so erhält sie für die Dauer des Auslandsaufenthaltes die ihr beim zuständigen Versicherungsträger für sich und ihre sich ebenfalls im Zusammenhang mit dem dienstlichen Auftrag im Ausland aufhaltenden Angehörigen zustehenden Leistungen – unbeschadet einer Pflichtversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. f – vom Dienstgeber. Solange der Dienstgeber das Entgelt im Sinne des § 49 Abs. 1, 3 und 4 weiter gewährt, beschränkt sich die vorstehende Verpflichtung des Dienstgebers auf die Sachleistungen.

(2) bis (4) ...

#### **Jugendlichenuntersuchungen**

§ 132a. (1) ...

(2) Als Jugendliche im Sinne des Abs. 1 gelten Personen nach Vollendung des 15. Lebensjahres, soweit sie aber das 15. Lebensjahr vor Beendigung der

### **Geltende Fassung:**

allgemeinen Schulpflicht vollendet haben, nach dem Ablauf des letzten Schuljahres, alle diese, solange sie das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) bis (6) ...

### **Ärztliche Hilfe**

**§ 135.** (1) und (2) ...

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt, in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers hat der Erkrankte einen Krankenschein vorzulegen. Der Hauptverband hat hierfür einen einheitlichen, für alle Versicherungsträger gültigen Vordruck aufzulegen. Für jeden Krankenschein (ausgenommen Überweisungsscheine, Zuweisungsscheine) ist vom Anspruchsberechtigten eine Gebühr von 3,63 € den Dienstgeber (§ 361 Abs. 3) bzw. an die sonst zur Ausstellung des Krankenscheines verpflichtete Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Diese Gebühr darf nicht eingehoben werden

1. für als Angehörige geltende Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6),
2. für
  - a) Bezieher einer Pension nach diesem Bundesgesetz,
  - b) Personen, die gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz teilversichert sind,
  - c) die gemäß § 479a Abs. 1 Z 2 Versicherten,
  - d) Bezieher von Sonderunterstützung gemäß § 1 Abs. 1 des Sonderunterstützungsgesetzes in der Fassung des Strukturanpassungsgesetzes 1996, BGBl. Nr. 201, und für deren Angehörige,
3. für in der Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen sowie in der Krankenversicherung der Hinterbliebenen nach dem Heeresversorgungsgesetz versicherte Personen,
4. für Personen, die eine einkommensabhängige Rentenleistung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, dem Heeresversorgungsgesetz oder dem Opferfürsorgegesetz beziehen, und für deren Angehörige (§ 123),
5. für Personen, die an einer anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheit leiden,

### **Vorgeschlagene Fassung:**

allgemeinen Schulpflicht vollendet haben, nach dem Ablauf des letzten Schuljahres, alle diese, solange sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) bis (6) ...

### **Ärztliche Hilfe**

**§ 135.** (1) und (2) ...

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt, in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers hat der (die) Erkrankte die innerhalb des ELSY als Krankenscheinersatz zu verwendende Chipkarte vorzulegen. Bei der im Kalenderjahr erstmaligen Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung ist von der anspruchsberechtigten Person ein Service-Entgelt von 10 € an den Vertragsarzt, die Vertrags-Gruppenpraxis oder die eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen, soweit ein solches in diesem Kalenderjahr nicht bereits nach § 153 Abs. 4 gezahlt wurde. Das Service-Entgelt darf nicht eingehoben werden

1. für als Angehörige geltende Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6),
2. für
  - a) Bezieher einer Pension nach diesem Bundesgesetz,
  - b) Personen, die nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz teilversichert sind,
  - c) die nach § 479a Abs. 1 Z 2 Versicherten,
  - d) Bezieher von Sonderunterstützung nach § 1 Abs. 1 des Sonderunterstützungsgesetzes in der Fassung des Strukturanpassungsgesetzes 1996, BGBl. Nr. 201, und für deren Angehörige,
3. für in der Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen sowie in der Krankenversicherung der Hinterbliebenen nach dem Heeresversorgungsgesetz versicherte Personen,
4. für Personen, die eine einkommensabhängige Rentenleistung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, dem Heeresversorgungsgesetz oder dem Opferfürsorgegesetz beziehen, und für deren Angehörige (§ 123),
5. für Personen, die an einer anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheit leiden,



**Geltende Fassung:**

6. für Personen, die auf Grund der Richtlinien gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 hievon befreit sind.

Bei der Erstattung der Kosten der Krankenbehandlung gemäß § 131 Abs. 1 bis 3 hat der Versicherungsträger den Betrag einzubehalten, der bei der Inanspruchnahme eines Vertragsarztes als Krankenscheingebühr zu entrichten gewesen wäre.

(4) und (5) ...

**Behandlungsbeitrag – Ambulanz**

**§ 135a.** (1) ...

(2) Der Behandlungsbeitrag darf nicht eingehoben werden

1. bis 8. ...

Dies gilt nicht, wenn der Ambulanzbesuch durch schuldhafte Beteiligung an einem Raufhandel bedingt ist oder sich als unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Missbrauch von Suchtgiften erweist.

(3) und (4) ...

**Versagung des Krankengeldes**

**§ 142.** (1) Das Krankengeld gebührt nicht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit, die sich der Versicherte durch schuldhafte Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Mißbrauches von Suchtgiften erweist.

(2) ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

6. für Personen, die auf Grund der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 16 hievon befreit sind.

(4) und (5) ...

**Behandlungsbeitrag – Ambulanz**

**§ 135a.** (1) ...

(2) Der Behandlungsbeitrag darf nicht eingehoben werden

1. bis 8. ...

Dies gilt nicht, wenn der Ambulanzbesuch

- a) durch schuldhafte Beteiligung an einem Raufhandel bedingt ist, sofern der (die) Versicherte (Angehörige) nach § 91 StGB rechtskräftig verurteilt wurde, ode
- b) sich als unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Missbrauch von Suchtgiften erweist.

(3) und (4) ...

**Versagung des Krankengeldes**

**§ 142.** (1) Das Krankengeld gebührt nicht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit,

- 1. die sich der (die) Versicherte durch schuldhafte Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat, sofern er (sie) nach § 91 StGB rechtskräftig verurteilt wurde, oder
- 2. die sich als unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Missbrauch von Suchtgiften erweist.

(2) ...

**Geltende Fassung:****Zahnbehandlung und Zahnersatz**

§ 153. (1) bis (3) ...

(4) Bei der Inanspruchnahme der chirurgischen oder konservierenden Zahnbehandlung durch einen Vertragszahnarzt oder Vertragsdentisten oder in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in einer eigenen Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers ist ein Zahnbehandlungsschein vorzulegen. Der Hauptverband hat hierfür einen einheitlichen, für alle Versicherungsträger gültigen Vordruck aufzulegen. Für jeden Zahnbehandlungsschein (ausgenommen Überweisungsscheine, Zuweisungsscheine) ist vom Anspruchsberechtigten eine Gebühr von 50 S an den Dienstgeber (§ 361 Abs. 3) bzw. an die sonst zur Ausstellung des Zahnbehandlungsscheines verpflichtete Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. § 135 Abs. 3 vierter und fünfter Satz ist anzuwenden.

(5) ...

**Bemessungsgrundlage für die Geldleistungen; Allgemeines**

§ 178. (1) ...

(2) Die Bemessungsgrundlage beträgt jährlich höchstens das 360fache der täglichen Höchstbeitragsgrundlage in der Unfallversicherung (§ 45 Abs. 1) zuzüglich allfälliger nach § 179 zu berücksichtigender Sonderzahlungen.

**Bemessungsgrundlage unter Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen**

§ 179. (1) In der Unfallversicherung ist Bemessungsgrundlage, soweit sie nicht nach § 181 zu ermitteln ist, die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen im letzten Jahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles. Dieser Summe sind die im letzten Jahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles angefallenen Sonderzahlungen bis zu dem sich aus § 54 Abs. 1 ergebenden Höchstbetrag zuzuschlagen, soweit für sie Sonderbeiträge fällig geworden sind. Diese Bestimmungen sind auf die gemäß § 7 Z 3 lit. b in der Unfallversicherung Teilversicherten so anzuwenden, als ob für sie Beiträge zur Unfallversicherung wie für Vollversicherte zu entrichten wären.

(2) Hat die Versicherung noch nicht ein Jahr, aber mindestens sechs Wochen gedauert, so ist Bemessungsgrundlage der Betrag, der sich bei entspre-

**Vorgeschlagene Fassung:****Zahnbehandlung und Zahnersatz**

§ 153. (1) bis (3) ...

(4) Bei der Inanspruchnahme der chirurgischen oder konservierenden Zahnbehandlung durch einen Vertragszahnarzt oder Vertragsdentisten oder in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in einer eigenen Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers ist die innerhalb des ELSY als Krankenscheinersatz zu verwendende Chipkarte vorzulegen. Bei der im Kalenderjahr erstmaligen Inanspruchnahme einer chirurgischen (konservierenden) Zahnbehandlung ist von der anspruchsberechtigten Person ein Service-Entgelt von 10 € an den Vertragszahnarzt (Vertragsdentisten), die Vertrags-Gruppenpraxis oder die eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen, soweit ein solches in diesem Kalenderjahr nicht bereits nach § 135 Abs. 3 gezahlt wurde. § 135 Abs. 3 letzter Satz ist anzuwenden.

(5) ...

**Bemessungsgrundlage für die Geldleistungen; Allgemeines**

§ 178. (1) ...

(2) Die Bemessungsgrundlage beträgt jährlich höchstens das 360fache der im letzten Kalenderjahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles geltenden täglichen Höchstbeitragsgrundlage in der Unfallversicherung (§ 45 Abs. 1) zuzüglich allfälliger nach § 179 zu berücksichtigender Sonderzahlungen bis zum 60fachen dieser täglichen Höchstbeitragsgrundlage (§ 54 Abs. 1).

**Bemessungsgrundlage unter Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen**

§ 179. (1) In der Unfallversicherung ist Bemessungsgrundlage, soweit sie nicht nach § 181 zu ermitteln ist, die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen im letzten Kalenderjahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles. Dieser Summe sind die im letzten Kalenderjahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles angefallenen Sonderzahlungen hinzuzurechnen, soweit von diesen Sonderbeiträge fällig geworden sind. Diese Bestimmungen sind auf die gemäß § 7 Z 3 lit. b in der Unfallversicherung Teilversicherten so anzuwenden, als ob für sie Beiträge zur Unfallversicherung wie für Vollversicherte zu entrichten wären.

(2) Hat die Versicherung im letzten Kalenderjahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles kürzer als zwölf Monate, aber mindestens sechs Wochen ge-

#### **Geltende Fassung:**

chender Anwendung des Abs. 1 ergeben würde, wenn die Versicherung durch ein volles Jahr bestanden hätte.

(3) Hat die Versicherung noch nicht sechs Wochen gedauert, so ist die Bemessungsgrundlage auf Grund der Beitragsgrundlagen zu errechnen, die für Versicherte derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend zutreffen.

#### **Bemessungsgrundlage nach festen Beträgen**

**§ 181.** (1) Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b Teilversicherten, die selbständig erwerbstätig sind, gilt als Bemessungsgrundlage ein Betrag von 9 655,72 € im Kalenderjahr. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 108 f) vervielfachte Betrag. Hat ein gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b Teilversicherter die Höherversicherung gemäß § 20 Abs. 1 in Anspruch genommen, so erhöht sich die Bemessungsgrundlage um die der Beitragszahlung gemäß § 77 Abs. 4 zugrunde gelegten Beträge.

(2) bis (6) ...

#### **Bemessungsgrundlage in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i**

**§ 181b.** Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i in der Unfallversicherung Teilversicherten gilt als Bemessungsgrundlage für Barleistungen,

- a) die nach Vollendung des 15., aber vor Vollendung des 18. Lebensjahres gebühren, ein Betrag von 4 827,49 €
- b) die nach Vollendung des 18., aber vor Vollendung des 24. Lebensjahres gebühren, ein Betrag von 6 437,27 €
- c) die nach Vollendung des 24. Lebensjahres gebühren, ein Betrag von 9 655,72 €

#### **Vorgeschlagene Fassung:**

dauert, so ist Bemessungsgrundlage jener Betrag, der sich bei Anwendung des Abs. 1 ergeben würde, wenn die Versicherung während des gesamten letzten Kalenderjahres vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bestanden hätte.

(3) Kann Abs. 2 nicht angewendet werden, aber hat die Versicherung vor dem Eintritt des Versicherungsfalles insgesamt mindestens sechs Wochen gedauert, so ist Bemessungsgrundlage jener Betrag, der sich ergeben würde, wenn die Versicherung während des gesamten Kalenderjahres des Eintrittes des Versicherungsfalles bestanden hätte.

(4) Hat die Versicherung vor dem Eintritt des Versicherungsfalles insgesamt kürzer als sechs Wochen gedauert, so ist die Bemessungsgrundlage auf Grund jener Beitragsgrundlagen zu errechnen, die für Versicherte derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend zutreffen.

#### **Bemessungsgrundlage nach festen Beträgen**

**§ 181.** (1) Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b Teilversicherten, die selbständig erwerbstätig sind, gilt als Bemessungsgrundlage ein Betrag von 15 198,91 € im Kalenderjahr. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 108 f) vervielfachte Betrag. Hat ein gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b Teilversicherter die Höherversicherung gemäß § 20 Abs. 1 in Anspruch genommen, so erhöht sich die Bemessungsgrundlage um die der Beitragszahlung gemäß § 77 Abs. 4 zugrunde gelegten Beträge.

(2) bis (6) ...

#### **Bemessungsgrundlage in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i**

**§ 181b.** Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i in der Unfallversicherung Teilversicherten gilt als Bemessungsgrundlage für Barleistungen,

- a) die nach Vollendung des 15., aber vor Vollendung des 18. Lebensjahres gebühren, ein Betrag von 7 598,87 €
- b) die nach Vollendung des 18., aber vor Vollendung des 24. Lebensjahres gebühren, ein Betrag von 10 132,80 €
- c) die nach Vollendung des 24. Lebensjahres gebühren, ein Betrag von 15 198,91 €

**Geltende Fassung:**

An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 108f) vervielfachten Beträge. Die Bemessungsgrundlage nach § 180 hat für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i in der Unfallversicherung Teilversicherten außer Betracht zu bleiben.

**Berücksichtigung von Versicherungsmonaten****§ 233. (1) ...**

(2) Für die Feststellung und Erfüllung der Wartezeit (§§ 235 und 236) und für die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen nach den §§ 253a Abs. 1 Z 2, 253b Abs. 1 Z 2 und 253c Abs. 1 Z 1 sind Versicherungsmonate, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei folgende Reihenfolge gilt:

- Beitragsmonat der Pflichtversicherung,
- Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung,
- Ersatzmonat nach den §§ 227a und 228a, der als Beitragsmonat (der Pflichtversicherung) zu berücksichtigen ist,
- leistungswirksamer Ersatzmonat mit Ausnahme von Ersatzmonaten nach den §§ 227a und 228a,
- sonstiger Ersatzmonat nach den §§ 227a und 228a,
- leistungsunwirksamer Ersatzmonat.

(3) ...

**Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen in der Bemessungsgrundlage****§ 242. (1) und (2) ...**

(3) Jahresbeitragsgrundlage für Beitragszeiten der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz in Beitragsmonaten der Pflichtversicherung: Die Tagesbeitragsgrundlage (Abs. 2 Z 1) ist mit der Zahl der innerhalb des entsprechenden Kalenderjahres in Beitragsmonaten der Pflichtversicherung (§ 232 Abs. 1 in Verbindung mit § 233 Abs. 1 und § 251a Abs. 7) liegenden Beitragstagen der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz unter Bedachtnahme auf Abs. 2 Z 3 zu vervielfachen.

(4) bis (11) ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 108f) vervielfachten Beträge. Die Bemessungsgrundlage nach § 180 hat für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i in der Unfallversicherung Teilversicherten außer Betracht zu bleiben.

**Berücksichtigung von Versicherungsmonaten****§ 233. (1) ...**

(2) Für die Feststellung und Erfüllung der Wartezeit (§§ 235 und 236) und für die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen nach den §§ 253a Abs. 1 Z 2, 253b Abs. 1 Z 2 und 253c Abs. 1 Z 1 sind Versicherungsmonate, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei folgende Reihenfolge gilt:

- Beitragsmonat der Pflichtversicherung,
- Ersatzmonat nach den §§ 227a und 228a, der als Beitragsmonat (der Pflichtversicherung) zu berücksichtigen ist,
- leistungswirksamer Ersatzmonat mit Ausnahme von Ersatzmonaten nach den §§ 227a und 228a,
- Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung,
- sonstiger Ersatzmonat nach den §§ 227a und 228a,
- leistungsunwirksamer Ersatzmonat.

(3) ...

**Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen in der Bemessungsgrundlage****§ 242. (1) und (2) ...**

(3) Jahresbeitragsgrundlage für Beitragszeiten der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz in Beitragsmonaten der Pflichtversicherung: Die Tagesbeitragsgrundlage (Abs. 2 Z 1) ist mit der Zahl der innerhalb des entsprechenden Kalenderjahres in Beitragsmonaten der Pflichtversicherung (§ 232 Abs. 1 in Verbindung mit § 233 Abs. 1 und § 251a Abs. 8) liegenden Beitragstagen der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz unter Bedachtnahme auf Abs. 2 Z 3 zu vervielfachen.

(4) bis (11) ...

**Geltende Fassung:**

**Leistungszugehörigkeit des Versicherten in der Pensionsversicherung**

§ 245. (1) bis (3) ...

(4) Für die Anwendung der Abs. 2 und 3 zählen neutrale Monate, während derer ein Leistungsanspruch aus einem Versicherungsfall des Alters oder aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit gegeben war, als Versicherungsmonate des Zweiges der Pensionsversicherung, der von dem die Leistung (Gesamtleistung) auszahlenden Versicherungsträger durchgeführt wird. Trifft hiebei jedoch ein Leistungsanspruch aus einem Versicherungsfall des Alters oder aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung mit Versicherungszeiten aus einem anderen Zweig der Pensionsversicherung zusammen, gelten die vollen Kalendermonate dieses Leistungsanspruches wie Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der knappschaftlichen Pensionsversicherung.

(5) bis (7) ...

**Leistungszugehörigkeit des Versicherten und Berücksichtigung von Zeiten und Beiträgen bei Erwerb von Versicherungsmonaten auch in anderen Pensionsversicherungen (Wanderversicherung, Mehrfachversicherung)**

§ 251a. (1) bis (6) ...

(7) Ist ein Versicherter nach den Abs. 2 bis 5 der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz zugehörig, so hat der leistungszuständige Versicherungsträger (§ 246) die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes mit folgender Maßgabe anzuwenden:

1. und 2. ...

**Kinder**

§ 252. (1) ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

**Leistungszugehörigkeit des Versicherten in der Pensionsversicherung**

§ 245. (1) bis (3) ...

(4) Für die Anwendung der Abs. 2 und 3 zählen neutrale Monate, während derer ein Leistungsanspruch aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit gegeben war, als Versicherungsmonate des Zweiges der Pensionsversicherung, der von dem die Leistung (Gesamtleistung) auszahlenden Versicherungsträger durchgeführt wird. Trifft hiebei jedoch ein Leistungsanspruch aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung mit Versicherungszeiten aus einem anderen Zweig der Pensionsversicherung zusammen, gelten die vollen Kalendermonate dieses Leistungsanspruches wie Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der knappschaftlichen Pensionsversicherung.

(5) bis (7) ...

(8) Tritt während eines aufrechten Pensionsanspruches ein weiterer Versicherungsfall in der Pensionsversicherung ein, so bleibt es – abweichend von den Abs. 1 bis 5 – bei der bisherigen Leistungszugehörigkeit. Die Feststellung der Leistungszugehörigkeit in Fällen des § 254 Abs. 4 ist davon nicht berührt.

**Leistungszugehörigkeit des Versicherten und Berücksichtigung von Zeiten und Beiträgen bei Erwerb von Versicherungsmonaten auch in anderen Pensionsversicherungen (Wanderversicherung, Mehrfachversicherung)**

§ 251a. (1) bis (6) ...

(7) Tritt während eines aufrechten Pensionsanspruches ein weiterer Versicherungsfall in der Pensionsversicherung ein, so bleibt es – abweichend von den Abs. 1 bis 5 – bei der bisherigen Leistungszugehörigkeit. Die Feststellung der Leistungszugehörigkeit in Fällen des § 254 Abs. 4 ist davon nicht berührt.

(8) Ist ein Versicherter nach den Abs. 2 bis 5 oder 7 der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz zugehörig, so hat der leistungszuständige Versicherungsträger (§ 246) die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes mit folgender Maßgabe anzuwenden:

1. und 2. ...

**Kinder**

§ 252. (1) ...

**Geltende Fassung:**

(2) Die Kindeseigenschaft besteht auch nach der Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn und solange das Kind

1. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, die seine Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Kindeseigenschaft von Kindern, die eine im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992, BGBl. Nr. 305, genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn sie ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 311/1992, betreiben;

2. ...

**Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausgleichszulage**

§ 292. (1) bis (4) ...

(5) Der Ermittlung des Nettoeinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb sind 70 vH des Versicherungswertes (§ 12 des Bauern-Pensionsversicherungsgesetzes) dieses Betriebes zugrunde zu legen. § 23 Abs. 10 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes ist hiebei nicht anzuwenden. Dieser Betrag, gerundet auf Cent, gilt als monatliches Nettoeinkommen aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb.

(6) bis (13) ...

**Fälligkeit des Überweisungsbetrages**

§ 309. Der Überweisungsbetrag nach § 308 Abs. 1 ist binnen 18 Monaten nach Einlangen des Anrechnungsbescheides beim zuständigen Versicherungsträger zu leisten. Innerhalb der gleichen Frist sind auch die Beiträge nach § 308 Abs. 3 zu erstatten. Im Fall des § 308 Abs. 3 vorletzter Satz tritt an die Stelle des Anrechnungsbescheides der Antrag des (der) Versicherten. Bei verspäteter Flüssigmachung ist der Überweisungsbetrag mit dem für das Jahr, in dem der

**Vorgeschlagene Fassung:**

(2) Die Kindeseigenschaft besteht auch nach der Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn und solange das Kind

1. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, die seine Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Kindeseigenschaft von Kindern, die eine im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992 genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn für sie
  - a) entweder Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 bezogen wird oder
  - b) zwar keine Familienbeihilfe bezogen wird, sie jedoch ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 311/1992 betreiben;

2. ...

**Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausgleichszulage**

§ 292. (1) bis (4) ...

(5) Der Ermittlung des Nettoeinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb sind 70 vH des Versicherungswertes (§ 23 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) dieses Betriebes zugrunde zu legen. § 23 Abs. 10 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes ist hiebei nicht anzuwenden. Dieser Betrag, gerundet auf Cent, gilt als monatliches Nettoeinkommen aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb.

(6) bis (13) ...

**Fälligkeit des Überweisungsbetrages**

§ 309. Der Überweisungsbetrag nach § 308 Abs. 1 ist binnen 18 Monaten nach Einlangen des Anrechnungsbescheides beim zuständigen Versicherungsträger zu leisten; wird jedoch ein Verfahren zur Versetzung in den Ruhestand eingeleitet, so ist der Überweisungsbetrag unverzüglich zu leisten. Innerhalb der gleichen Frist sind auch die Beiträge nach § 308 Abs. 3 zu erstatten. Im Fall des § 308 Abs. 3 vorletzter Satz tritt an die Stelle des Anrechnungsbescheides

#### **Geltende Fassung:**

Anrechnungsbescheid bzw. der Antrag beim Versicherungsträger einlangt, geltenden Aufwertungsfaktor nach § 108 c aufzuwerten.

#### **Fälligkeit der Überweisungsbeträge**

§ 312. Die Überweisungsbeträge sind binnen 18 Monaten nach dem Ausscheiden aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zu leisten bzw. zurückzuzahlen. § 309 letzter Satz gilt entsprechend.

#### **Landesberufungskommission**

§ 345. (1) Für jedes Land ist auf Dauer eine Landesberufungskommission zu errichten. Diese besteht aus einem Richter des Dienststandes als Vorsitzenden und aus vier Beisitzern. Der Vorsitzende ist vom Bundesminister für Justiz zu bestellen; der Vorsitzende muß ein Richter sein, der im Zeitpunkt seiner Bestellung bei einem Gerichtshof in Arbeits- und Sozialrechtssachen tätig ist. Je zwei Beisitzer werden von der zuständigen Ärztekammer und dem Hauptverband entsendet.

(2) und (3) ...

#### **Vorgeschlagene Fassung:**

der Antrag des (der) Versicherten. Bei verspäteter Flüssigmachung ist der Überweisungsbetrag mit dem für das Jahr, in dem der Anrechnungsbescheid bzw. der Antrag beim Versicherungsträger einlangt, geltenden Aufwertungsfaktor nach § 108 c aufzuwerten.

#### **Fälligkeit der Überweisungsbeträge**

§ 312. Die Überweisungsbeträge sind binnen 18 Monaten nach dem Ausscheiden aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zu leisten bzw. zurückzuzahlen; wird jedoch ein Antrag auf eine Pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung gestellt, so sind die Überweisungsbeträge unverzüglich zu leisten bzw. zurückzuzahlen. § 309 letzter Satz gilt entsprechend.

#### **Landesberufungskommission**

§ 345. (1) Für jedes Land ist auf Dauer eine Landesberufungskommission zu errichten. Diese besteht aus einem Richter als Vorsitzendem und vier Beisitzern. Der Vorsitzende ist vom Bundesminister für Justiz zu bestellen; der Vorsitzende muss ein Richter sein, der im Zeitpunkt seiner Bestellung bei einem Gerichtshof in Arbeits- und Sozialrechtssachen tätig ist. Je zwei Beisitzer sind vom Bundesminister für Justiz auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes zu bestellen. Versicherungsvertreter(innen) und Arbeitnehmer(innen) jenes Versicherungsträgers sowie Angehörige und Arbeitnehmer(innen) jener Ärztekammer, die Vertragsparteien des Gesamtvertrages sind, auf dem der streitgegenständliche Einzelvertrag beruht, dürfen im jeweiligen Verfahren nicht Beisitzer sein.

(2) und (3) ...

#### **Elektronische Abrechnung**

§ 348g. Die Vertragspartner nach diesem Abschnitt sind verpflichtet, spätestens ab 1. Jänner 2004 die für die Versicherten (Angehörigen) erbrachten Leistungen mit den Versicherungsträgern nach einheitlichen Grundsätzen elektronisch abzurechnen. Diese Grundsätze sind bis 31. Dezember 2002 vom Hauptverband festzulegen.

#### **Elektronische Abrechnung**

§ 349a. Die Vertragspartner nach diesem Abschnitt sind verpflichtet, spätestens ab 1. Jänner 2004 die für die Versicherten (Angehörigen) erbrachten

**Geltende Fassung:**

**Abgabe von Heilmitteln**

**§ 350.** (1) Heilmittel (§ 136) und Heilbehelfe (§ 137) usw. dürfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten nur unter folgenden Voraussetzungen abgegeben werden:

1. ...
2. Verordnung durch einen (eine) mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis stehende(n) Arzt (Gruppenpraxis) und

3. ...

(2) ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

Leistungen mit den Versicherungsträgern nach einheitlichen Grundsätzen elektronisch abzurechnen. Diese Grundsätze sind bis 31. Dezember 2002 vom Hauptverband festzulegen.

**Abgabe von Heilmitteln**

**§ 350.** (1) Heilmittel (§ 136) und Heilbehelfe (§ 137) usw. dürfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten nur unter folgenden Voraussetzungen abgegeben werden:

1. ...
2. Verordnung
  - a) durch einen Vertragsarzt (eine Vertrags-Gruppenpraxis) oder
  - b) durch einen ermächtigten Arzt, der bei einer Vertragskrankenanstalt beschäftigt ist, welche mit dem zuständigen Sozialversicherungsträger eine Vereinbarung über Verordnungen abgeschlossen hat,
    - bei der Entlassung von PatientInnen aus der stationären Pflege oder
    - während der Nachtstunden, an Wochenenden oder Feiertagen, wenn die Verordnung wegen Unaufschiebbarkeit der ärztlichen Handlung erforderlich ist, und

3. ...

(2) ...

**Abschnitt V**

**Aufnahme von Arzneyspezialitäten in das Heilmittelverzeichnis**

**Antragstellung**

**§ 351c.** (1) Bei der Entscheidung über die Aufnahme in das Heilmittelverzeichnis sind für inländische und ausländische Produkte dieselben Prüfmaßstäbe anzulegen. Der Antragsteller hat dem Hauptverband alle für die Entscheidung über die Aufnahme bedeutsamen Unterlagen aus pharmakologischer, medizinisch-therapeutischer und ökonomischer Sicht, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu entsprechen haben, vorzulegen. Damit ist nachzuweisen, dass die beantragte Arzneyspezialität in der Regel für eine Krankenbehandlung



**Geltende Fassung:****Vorgeschlagene Fassung:**

nach § 133 Abs. 2 in den Fällen, in denen die Kosten von der Sozialversicherung zu tragen sind, geeignet ist. Der Antragsteller hat einen pharmakologisch, medizinisch-therapeutisch und ökonomisch untermauerten Vergleich der beantragten Arzneispezialität mit den im Heilmittelverzeichnis angeführten ähnlichen Arzneispezialitäten (Vergleichspräparaten) vorzulegen. Bei diesem Vergleich ist von der häufigsten Indikation, der medizinisch zweckmäßigsten Dosierung und der hauptsächlich betroffenen PatientInnengruppe auszugehen, wobei folgende Fallgruppen zu unterscheiden sind:

1. Hat die beantragte Arzneispezialität die gleiche oder eine ähnliche therapeutische Wirkung hinsichtlich des PatientInnennutzens wie eine bereits in das Heilmittelverzeichnis aufgenommene Arzneispezialität, so ist die Aufnahme abzulehnen, wenn damit keine angemessene Verringerung der Kosten verbunden ist; bei wirkstoffidentischen Arzneispezialitäten ist eine bedeutsame Verringerung der Kosten erforderlich.
2. Wird für die beantragte Arzneispezialität ein höherer Preis angestrebt als der für die im Heilmittelverzeichnis angeführten Vergleichspräparate geltende Preis, so hat dies der Anbotsteller insbesondere durch die Vorlage von klinischen Vergleichsstudien und pharmaökonomischen Evaluationen zu begründen. Bei Offensichtlichkeit kann der Hauptverband auf die Vorlage der pharmaökonomischen Evaluationen durch den Anbotsteller vorläufig verzichten.
3. Sind im Heilmittelverzeichnis keine Vergleichspräparate angeführt, so hat der Antragsteller einen Vergleich mit anderen Arzneispezialitäten, mit anderen therapeutischen Möglichkeiten sowie mit Nichtbehandlung vorzulegen, und zwar durch pharmaökonomische Evaluationen, medizinisch-therapeutische und gegebenenfalls pharmakologische Studien.

(2) Bestehen berechtigte Zweifel an der Übertragbarkeit der Ergebnisse der klinischen Studien der beantragten Arzneispezialität auf die Anwendung in der Praxis oder liegen international keine ausreichenden Erfahrungen bei der Anwendung der beantragten Arzneispezialität vor, so kann der Hauptverband vom Antragsteller die Vorlage von Anwendungsbeobachtungen verlangen. So lange diese Anwendungsbeobachtungen nicht vorliegen, ist die Aufnahme der beantragten Arzneispezialität in das Heilmittelverzeichnis unzulässig; in die Heilmittel-Sonderliste (§ 31 Abs. 3 Z 12 letzter Satz) kann sie hingegen aufgenommen werden.

**Geltende Fassung:**

**Vorgeschlagene Fassung:**

48

(3) Bei Arzneispezialitäten, die vornehmlich der Behandlung von Akutkrankheiten dienen, ist nur jene Packungsgröße aufzunehmen, deren Inhalt für die Behandlung des Regelfalles ausreicht. Bei Arzneispezialitäten, die der Behandlung von chronischen Krankheiten dienen, ist eine Packungsgröße zur Anbehandlung oder Erprobung (Kleinpackung) und eine zweite Packungsgröße für die medikamentöse Versorgung für die Dauer eines Monats aufzunehmen.

(4) Voraussetzung für die Aufnahme einer Arzneispezialität in das Heilmittelverzeichnis ist die vorherige Bestätigung des Antragstellers über die Lieferfähigkeit.

(5) Der Hauptverband ist berechtigt, das Verfahren über die Aufnahme einer Arzneispezialität in das Heilmittelverzeichnis von sich aus unter sinngemäßer Anwendung der Voraussetzungen und Prüfmaßstäbe nach Abs. 1 und nach § 31 Abs. 3 Z 12 einzuleiten. Das vertriebsberechtigte Unternehmen ist davon zu verständigen.

**Entscheidung des Hauptverbandes**

**§ 351d.** (1) Der Hauptverband hat über den Antrag innerhalb von 180 Tagen nach dessen Einlangen zu entscheiden. Diese Frist beginnt erst mit Vorliegen eines vollständigen Antrages zu laufen. Wird im Verfahren festgestellt, dass zusätzliche Informationen seitens des Antragstellers entscheidungsrelevant sind, so wird die Frist bis zur Beistellung dieser Informationen gehemmt. Der Hauptverband hat den Antrag abzulehnen, wenn die Unterlagen auch nach Aufforderung zur Ergänzung nicht vollständig sind. Insbesondere ist der Nachweis der Zulassung der beantragten Arzneispezialität in Österreich eine wesentliche Voraussetzung für die Vollständigkeit des Antrages.

(2) Der Hauptverband hat seine Entscheidungen zu begründen. Der Antragsteller ist über die Möglichkeit der Beschwerde an die Unabhängige Heilmittelkommission sowie über die Rechtsmittelfristen nach § 351i Abs. 3 zu belehren.

(3) Ist ein Verfahren abgeschlossen, so ist der Hauptverband zur Entscheidung über einen neuerlichen Antrag hinsichtlich ein und derselben Arzneispezialität erst dann verpflichtet, wenn das vertriebsberechtigte Unternehmen dem Hauptverband unter sinngemäßer Anwendung der Voraussetzungen und Prüfmaßstäbe nach den §§ 31 Abs. 3 Z 12 und 351c Abs. 1 das Vorliegen wesentlicher neuer Erkenntnisse nachweist.

1183 der Beilagen

**Geltende Fassung:**

**Vorgeschlagene Fassung:**

### **Änderung der Verschreibbarkeit, Preiserhöhung**

§ 351e. (1) Das vertriebsberechtigte Unternehmen kann die Änderung der Verschreibbarkeit seiner im Heilmittelverzeichnis angeführten Arzneispezialität (entweder allgemein oder nur für bestimmte Verwendungen) fordern. Der Hauptverband entscheidet über den Antrag unter sinngemäßer Anwendung der in den §§ 31 Abs. 3 Z 12 und 351c Abs. 1 festgelegten Prüfmaßstäbe. § 351d Abs. 1 ist anzuwenden.

(2) Das vertriebsberechtigte Unternehmen kann die Erhöhung des Preises seiner im Heilmittelverzeichnis angeführten Arzneispezialität fordern. Der Hauptverband entscheidet über den Antrag unter sinngemäßer Anwendung der in den §§ 31 Abs. 3 Z 12 und 351c Abs. 1 festgelegten Prüfmaßstäbe. § 351d Abs. 1 ist so anzuwenden, dass der Hauptverband bereits innerhalb von 90 Tagen zu entscheiden hat. Bei einer außergewöhnlich hohen Zahl von Anträgen kann diese Frist ein einziges Mal um 60 Tage verlängert werden; die Verlängerung ist dem vertriebsberechtigten Unternehmen vor Ablauf der 90-Tage-Frist mitzuteilen.

### **Streichung aus dem Heilmittelverzeichnis**

§ 351f. (1) Der Hauptverband hat das Heilmittelverzeichnis regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob die angeführten Arzneispezialitäten den Prüfmaßstäben nach den §§ 31 Abs. 3 Z 12 und 351c Abs. 1 entsprechen. Er hat eine Arzneispezialität aus dem Heilmittelverzeichnis zu streichen oder die Anführung auf bestimmte Verwendungen einzuschränken, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme nicht oder nur mehr für bestimmte Verwendungen erfüllt sind, insbesondere weil neue pharmakologische oder medizinisch-therapeutische oder ökonomische Umstände eingetreten sind. Der Hauptverband hat vor der Entscheidung, eine Arzneispezialität aus dem Heilmittelverzeichnis zu streichen, dem vertriebsberechtigten Unternehmen Gelegenheit zur Stellungnahme binnen 30 Tagen zu geben. Das vertriebsberechtigte Unternehmen hat dem Hauptverband auf Verlangen binnen 60 Tagen jene Unterlagen vorzulegen, die geeignet sind, die Zweifel aus pharmakologischer oder medizinisch-therapeutischer oder ökonomischer Sicht auszuräumen. Allfällige Kosten für die Erstellung diesbezüglicher Gutachten oder Studien trägt das vertriebsberechtigte Unternehmen.

(2) Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen hat jede Aufhebung der Zulassung einer Arzneispezialität dem Hauptverband mit-

**Geltende Fassung:**

**Vorgeschlagene Fassung:**

50

zuteilen. Mit Zustellung der Mitteilung ist die Arzneispezialität unverzüglich aus dem Heilmittelverzeichnis zu streichen.

#### **Verordnungsermächtigung, Werbeverbot**

**§ 351g.** (1) Die nähere Organisation und das Verfahren zur Herausgabe des Heilmittelverzeichnisses regelt der Hauptverband durch Verordnung, die der Genehmigung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen bedarf. Sie ist vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen.

(2) Der Hauptverband ist ermächtigt, in der Verordnung nach Abs. 1 pauschalierte Kostenersätze für alle vom vertriebsberechtigten Unternehmen oder vom Antragsteller gestellten Anträge festzulegen. Die Höhe der pauschalierten Kostenersätze hat sich nach den Kosten eines durchschnittlichen Verfahrens zu richten, wobei jedenfalls zwischen Verfahren zur Aufnahme einer Arzneispezialität in das Heilmittelverzeichnis und Verfahren zur Änderung der Verschreibbarkeit bzw. Preiserhöhung von Arzneispezialitäten zu unterscheiden ist. Die vertriebsberechtigten Unternehmen oder die Antragsteller haben die Kostenersätze gleichzeitig mit der Antragstellung an den Hauptverband zu entrichten. Geschieht dies nicht, so gilt der Antrag als unvollständig.

(3) Für die im Heilmittelverzeichnis angeführten Arzneispezialitäten, insbesondere für rezeptfreie Produkte, ist jegliche Werbung, die für die Verbraucher(innen) bestimmt ist, zu unterlassen; ausgenommen von diesem Werbeverbot sind rezeptfreie Arzneispezialitäten, die vom Hauptverband von sich aus (§ 351c Abs. 5) gegen den Willen des vertriebsberechtigten Unternehmens in das Heilmittelverzeichnis aufgenommen wurden.

#### **Einrichtung und Zusammensetzung der Unabhängigen Heilmittelkommission**

**§ 351h.** (1) Zur Überprüfung der Entscheidungen des Hauptverbandes über die Aufnahme von Arzneispezialitäten in das Heilmittelverzeichnis ist beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen eine Unabhängige Heilmittelkommission einzurichten.

(2) Die Unabhängige Heilmittelkommission besteht aus einem Richter (einer Richterin) des Obersten Gerichtshofes als Vorsitzendem (als Vorsitzender) und sieben BeisitzerInnen. Die Mitglieder werden jeweils für eine Amtsdauer von fünf Jahren bestellt. Sachverhalte, die ein Naheverhältnis zur Sozial- oder Privatversicherung oder zu Pharmaunternehmen begründen könnten, sind vor

1183 der Beilagen

**Geltende Fassung:**

**Vorgeschlagene Fassung:**

der Bestellung sowie nach ihrem Eintreten gegenüber dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen und den nach Abs. 3 vorschlagsberechtigten Stellen offen zu legen. Wer befangen ist, hat sich im konkreten Verfahren jeglicher Tätigkeit zu enthalten.

(3) Der (die) Vorsitzende der Unabhängigen Heilmittelkommission wird vom Bundesminister für Justiz bestellt. Als BeisitzerInnen gehören der Unabhängigen Heilmittelkommission an:

1. ein Facharzt (eine Fachärztin) für Pharmakologie und Toxikologie, der (die) vom Vorstand der Österreichischen Pharmakologischen Gesellschaft vorgeschlagen wird;
2. ein niedergelassener Vertragsarzt (eine niedergelassene Vertragsärztin), der (die) von der Österreichischen Ärztekammer vorgeschlagen wird;
3. ein Pharmazeut (eine Pharmazeutin), der (die) von der Österreichischen Apothekerkammer vorgeschlagen wird;
4. ein Gesundheitsökonom (eine Gesundheitsökonomin), der (die) von der Wirtschaftskammer Österreich vorgeschlagen wird;
5. ein Gesundheitsökonom (eine Gesundheitsökonomin), der (die) vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen vorgeschlagen wird;
6. ein Sozialökonom (eine Sozialökonomin), der (die) von der Bundesarbeitskammer vorgeschlagen wird;
7. ein(e) mit klinischen Studien vertraute(r) Arzt (Ärztin), der (die) vom Hauptverband vorgeschlagen wird.

Die BeisitzerInnen werden vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen bestellt.

(4) Für den (die) Vorsitzende(n) und die BeisitzerInnen sind gleichzeitig mit ihrer Bestellung und auf dieselbe Weise Stellvertreter(innen) zu bestellen. Der (die) jeweilige Stellvertreter(in) hat das Mitglied der Unabhängigen Heilmittelkommission, zu dessen Vertretung er (sie) bestellt wurde, zu vertreten, wenn dieses an der Ausübung seiner Funktion in der Unabhängigen Heilmittelkommission verhindert ist.

(5) Die Mitglieder der Unabhängigen Heilmittelkommission und ihre Stellvertreter(innen) sind in Ausübung ihres Amtes unabhängig und weisungs-

**Geltende Fassung:**

**Vorgeschlagene Fassung:**

52

frei; sie sind zur Amtsverschwiegenheit verpflichtet. Entscheidungen der Unabhängigen Heilmittelkommission unterliegen weder der Aufhebung noch der Änderung im Verwaltungsweg.

(6) Ein Mitglied der Unabhängigen Heilmittelkommission ist vom bestellenden Bundesminister seines Amtes zu entheben, wenn die Bestellungs Voraussetzungen nach Abs. 2 nicht mehr vorliegen oder wenn das Mitglied

1. dies beantragt oder
2. seine Pflichten nicht erfüllt oder nicht in der Lage ist, seine Pflichten zu erfüllen.

**Aufgaben der Unabhängigen Heilmittelkommission**

§ 351i. (1) Die Unabhängige Heilmittelkommission entscheidet

1. über Beschwerden des Antragstellers,
  - a) dessen Antrag auf Aufnahme einer Arzneyspezialität in das Heilmittelverzeichnis (teilweise) abgelehnt wurde oder
  - b) über dessen Antrag nicht fristgerecht (§ 351d Abs. 1) entschieden wurde;
2. über Beschwerden des vertriebsberechtigten Unternehmens, dessen Arzneyspezialität aus dem Heilmittelverzeichnis gestrichen werden soll.

(2) Die Unabhängige Heilmittelkommission entscheidet auch über Beschwerden des vertriebsberechtigten Unternehmens gegen Entscheidungen des Hauptverbandes, mit denen Forderungen nach einer Änderung der Verschreibbarkeit oder nach einer Preiserhöhung von Arzneyspezialitäten abgelehnt wurden, oder wenn über diese Forderungen nicht fristgerecht (§ 351d Abs. 1) entschieden wurde.

(3) Beschwerden nach den Abs. 1 und 2 sind binnen 30 Tagen nach Zustellung der Entscheidung des Hauptverbandes bei der Unabhängigen Heilmittelkommission einzubringen. Gleichzeitig sind die Beschwerden dem Hauptverband zur Kenntnis zu bringen. Die Beschwerden haben aufschiebende Wirkung. Sie können sich nur auf Sachverhalte und Umstände beziehen, die zum Zeitpunkt der Entscheidung des Hauptverbandes vom vertriebsberechtigten Unternehmen sowie vom Hauptverband bereits eingebracht worden sind. Die Unabhängige Heilmittelkommission darf sich bei ihrer Entscheidungsfindung

1183 der Beilagen

**Geltende Fassung:**

**Vorgeschlagene Fassung:**

nicht auf Sachverhalte und Umstände stützen, die nach der Entscheidung des Hauptverbandes vom vertriebsberechtigten Unternehmen sowie vom Hauptverband eingebracht werden.

(4) Die Unabhängige Heilmittelkommission hat die Entscheidung des Hauptverbandes,

1. mit der der Antrag auf Aufnahme in das Heilmittelverzeichnis abgelehnt wurde oder
2. mit der eine Arzneispezialität aus dem Heilmittelverzeichnis gestrichen werden soll oder
3. mit der die Verschreibbarkeit einer Arzneispezialität geändert werden soll,

aufzuheben, wenn der Hauptverband im Verfahren sein Ermessen überschritten oder nicht nachvollziehbar ausgeübt hat; dabei sind alle in der Beschwerde vorgebrachten Argumente zu würdigen. Der Hauptverband hat sodann innerhalb von 120 Tagen nach Zustellung der Aufhebungsentscheidung neu zu entscheiden, widrigenfalls der Antrag als angenommen gilt oder die Arzneispezialität wieder in das Heilmittelverzeichnis aufzunehmen ist oder die Einschränkung der Verschreibbarkeit aufzuheben ist. Der Hauptverband ist bei seiner neuerlichen Entscheidung an die in der Aufhebungsentscheidung geäußerte Auffassung der Unabhängigen Heilmittelkommission gebunden.

(5) Die Unabhängige Heilmittelkommission entscheidet auf Antrag selbst über die Aufnahme einer Arzneispezialität in das Heilmittelverzeichnis, wenn der Hauptverband nicht fristgerecht entschieden hat. Die Unabhängige Heilmittelkommission hat innerhalb von 180 Tagen nach Einlangen dieses Antrages zu entscheiden, widrigenfalls der Antrag als angenommen gilt.

(6) Die Unabhängige Heilmittelkommission ist beschlussfähig, wenn der (die) Vorsitzende und mindestens vier andere Mitglieder anwesend sind. Sie trifft ihre Entscheidungen mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des (der) Vorsitzenden oder seines (ihres) Stellvertreters (ihrer/seiner Stellvertreterin) den Ausschlag.

**Sitzungen der Unabhängigen Heilmittelkommission**

**§ 351j.** (1) Die Unabhängige Heilmittelkommission wird vom (von der) Vorsitzenden, der (die) auch die Sitzungen zu leiten hat, nach Bedarf einberufen. Über jede Sitzung ist ein Protokoll zu führen.

**Geltende Fassung:**

**§ 361.** (1) und (2) ...

(3) Der Antragsteller hat die zur Feststellung des geltend gemachten Anspruches erforderlichen Urkunden und in seinen Händen befindlichen Unterlagen über den Versicherungsverlauf beizubringen. Bei einem Antrag auf eine Leistung der Krankenversicherung, die von der Höhe einer Bemessungsgrundlage abhängig ist, hat der Antragsteller eine Bestätigung des Dienstgebers über die Höhe des Entgeltes beizubringen. Das Nähere über Form und Inhalt der Bestätigung bestimmt die Satzung. Der Dienstgeber ist zur Ausstellung solcher Bestätigungen sowie zur Ausstellung von Krankenscheinen (§ 135 Abs. 3) und Zahnbehandlungsscheinen (§ 153 Abs. 4) für die bei ihm beschäftigten Versicherten und für Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2 Z 2 bis 4 dieser Versicherten verpflichtet. Das Nähere über die Ausstellung der Krankenscheine und der Zahnbehandlungsscheine für sonstige Angehörige des Versicherten bestimmt die Krankenordnung.

(4) ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

(2) Die Tagesordnung und die Sitzungsunterlagen sind den Mitgliedern spätestens 30 Tage vor der Sitzung zu übermitteln.

(3) Die Bürogeschäfte der Unabhängigen Heilmittelkommission sind vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen zu führen.

(4) Die Sitzungen der Unabhängigen Heilmittelkommission sind öffentlich. Bei der Behandlung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen kann der (die) Vorsitzende die Öffentlichkeit ausschließen.

(5) Die Unabhängige Heilmittelkommission gibt sich eine Geschäftsordnung, in der die Organisation so zu regeln ist, dass sie den Anforderungen des Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention entsprechen. Sie bedarf der Genehmigung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen und ist vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen. Auf das Verfahren vor der Unabhängigen Heilmittelkommission sind die Vorschriften des AVG anzuwenden, soweit in diesem Abschnitt nichts anderes bestimmt wird.

(6) Die Mitglieder der Unabhängigen Heilmittelkommission haben Anspruch auf eine dem Zeit- und Arbeitsaufwand entsprechende Vergütung, deren Höhe vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen festzulegen ist.

**§ 361.** (1) und (2) ...

(3) Der Antragsteller hat die zur Feststellung des geltend gemachten Anspruches erforderlichen Urkunden und in seinen Händen befindlichen Unterlagen über den Versicherungsverlauf beizubringen. Bei einem Antrag auf eine Leistung der Krankenversicherung, die von der Höhe einer Bemessungsgrundlage abhängig ist, hat der Antragsteller eine Bestätigung des Dienstgebers über die Höhe des Entgeltes beizubringen. Das Nähere über Form und Inhalt der Bestätigung bestimmt die Satzung.

(4) ...



**Geltende Fassung:**

**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 19. 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) bis (6) ...

**Mitglieder des Beirates**

**§ 440a.** (1) ...

(2) Die Beiratsmitglieder müssen im Zeitpunkt ihrer Bestellung das 19. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnsitz, Beschäftigungsort (ihre Betriebsstätte) im Sprengel des in Betracht kommenden Versicherungsträgers haben. Überdies müssen sie zu diesem Zeitpunkt diesem Versicherungsträger als Leistungsberechtigter, pflichtversicherter Dienstnehmer oder Dienstgeber von solchen angehören. Beiratsmitglieder können auch Vorstandsmitglieder oder Bedienstete von gemäß § 440 c Abs. 2 vorschlagsberechtigten Vereinen und deren Verbänden sein.

(3) bis (5) ...

**Aufgaben der Hauptversammlung**

**§ 442.** (1) ...

(2) Der Hauptversammlung obliegt

1. die Genehmigung der Satzung, der Mustersatzung nach § 455 Abs. 2, der Musterkrankenordnung nach § 456 und der Mustergeschäftsordnung nach § 456a und deren Änderungen;

2. bis 5. ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

**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) bis (6) ...

**Mitglieder des Beirates**

**§ 440a.** (1) ...

(2) Die Beiratsmitglieder müssen im Zeitpunkt ihrer Bestellung das 18. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnsitz, Beschäftigungsort (ihre Betriebsstätte) im Sprengel des in Betracht kommenden Versicherungsträgers haben. Überdies müssen sie zu diesem Zeitpunkt diesem Versicherungsträger als Leistungsberechtigter, pflichtversicherter Dienstnehmer oder Dienstgeber von solchen angehören. Beiratsmitglieder können auch Vorstandsmitglieder oder Bedienstete von gemäß § 440 c Abs. 2 vorschlagsberechtigten Vereinen und deren Verbänden sein.

(3) bis (5) ...

**Aufgaben der Hauptversammlung**

**§ 442.** (1) ...

(2) Der Hauptversammlung obliegt

1. die Zustimmung zu Beschlüssen des Verwaltungsrates über die Satzung, die Mustersatzung nach § 455 Abs. 2, die Musterkrankenordnung nach § 456 und die Mustergeschäftsordnung nach § 456a sowie über deren Änderungen;
- 1a. die Zustimmung zu Beschlüssen des Verwaltungsrates über die Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 34 sowie über deren Änderungen;

2. bis 5. ...

**Geltende Fassung:**

**Aufgaben des Verwaltungsrates**

**§ 442a.** (1) ...

(2) Dem Verwaltungsrat allein obliegt

1. bis 4. ...

5. die Stellung eines Antrags auf Genehmigung der Satzung, der Mustersatzung nach § 455 Abs. 2, der Musterkrankenordnung nach § 456 und der Mustergeschäftsordnung nach § 456a und deren Änderungen an die Hauptversammlung;

6. und 7. ...

8. bei qualifizierter Untätigkeit der Geschäftsführung die Vornahme jener Geschäftsführungstätigkeiten, die vorgenommen werden müssen, um drohende Schäden von Hauptverband, Versicherungsträgern bzw. Versicherten abzuwenden. Solche Beschlüsse sind dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen unverzüglich zur Kenntnis zu bringen.

(3) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse der Geschäftsführung zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Verwaltungsrates:

1. bis 5. ...

6. Beschlussfassung über Zuwendungen aus dem Ausgleichsfonds an beitragspflichtige Krankenversicherungsträger nach § 447c;

7. und 8. ...

(4) bis (9) ...

**Sondervorschriften für Betriebskrankenkassen**

**§ 445.** Für Betriebskrankenkassen gelten folgende Sondervorschriften:

1. bis 4. ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

**Aufgaben des Verwaltungsrates**

**§ 442a.** (1) ...

(2) Dem Verwaltungsrat allein obliegt

1. bis 4. ...

5. die Beschlussfassung über die Satzung, die Mustersatzung nach § 455 Abs. 2, die Musterkrankenordnung nach § 456 und die Mustergeschäftsordnung nach § 456a sowie über deren Änderungen;

5a. die Beschlussfassung über die Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 34 sowie über deren Änderungen;

6. und 7. ...

8. bei qualifizierter Untätigkeit der Geschäftsführung die Vornahme jener Geschäftsführungstätigkeiten, die vorgenommen werden müssen, um drohende Schäden von Hauptverband, Versicherungsträgern bzw. Versicherten abzuwenden. Solche Beschlüsse sind dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen unverzüglich zur Kenntnis zu bringen;

9. die Beschlussfassung über die Gesamthöhe der jährlich zu erbringenden Zielerreichungs-Zuschüsse nach § 447c.

(3) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse der Geschäftsführung zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Verwaltungsrates:

1. bis 5. ...

6. Beschlussfassung über Angelegenheiten nach den §§ 447b und 447c;

7. und 8. ...

(4) bis (9) ...

**Sondervorschriften für Betriebskrankenkassen**

**§ 445.** Für Betriebskrankenkassen gelten folgende Sondervorschriften:

1. bis 4. ...

**Geltende Fassung:**

5. Unbeschadet der Z 1 kann die Betriebskrankenkasse Sachkosten zur ordnungsgemäßen Verwaltung aus der ordentlichen Gebarung bestreiten, wenn die liquiden Mittel (§ 447b Abs. 6) am Ende eines Geschäftsjahres zur Deckung von mindestens drei Monatsaufwendungen ausreichen; die so verwendeten Mittel dürfen pro Kalenderjahr nicht mehr als 3 vT der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres betragen.

**Vermögensanlage**

**§ 446.** (1) Die zur Anlage verfügbaren Mittel der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) sind zinsbringend anzulegen. Sie dürfen unbeschadet des Abs. 3 und des § 447 nur angelegt werden:

1. in mündelsicheren, inländischen Wertpapieren;
2. in Darlehen, die nach den Bestimmungen des § 230c ABGB zur Anlegung von Mündelgeld geeignet sind;
3. in inländischen Liegenschaften, wenn deren Erwerb nach den Bestimmungen des § 230 d ABGB zur Anlegung von Mündelgeld geeignet ist;
4. in Einlagen bei Kreditunternehmen, die nach Art und Umfang ihres Geschäftsbetriebes, dem Verhältnis ihrer Eigenmittel zu den Gesamtverbindlichkeiten oder zufolge einer bestehenden besonderen Haftung ausreichende Sicherheit bieten.

(2) Die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung haben die zur Anlage nach Abs. 1 bestimmten Mittel auf die einzelnen Länder entsprechend verteilt anzulegen.

(3) ...

**Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger**

**§ 447a.** (1) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds hat eine ausgeglichene Gebarung bzw. eine ausreichende Liquidität der Gebietskrankenkassen, der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversiche-

**Vorgeschlagene Fassung:**

5. Unbeschadet der Z 1 kann die Betriebskrankenkasse Sachkosten zur ordnungsgemäßen Verwaltung aus der ordentlichen Gebarung bestreiten, wenn die liquiden Mittel (§ 447b Abs. 4 zweiter Satz) am Ende eines Geschäftsjahres zur Deckung von mindestens drei Monatsaufwendungen ausreichen; die so verwendeten Mittel dürfen pro Kalenderjahr nicht mehr als 3 vT der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres betragen.

**Vermögensanlage**

**§ 446.** (1) Die zur Anlage verfügbaren Mittel der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) sind zinsenbringend anzulegen. Sie dürfen unbeschadet des Abs. 3 und des § 447 nur angelegt werden:

1. in verzinslichen Wertpapieren, die in Euro von Mitgliedstaaten der Europäischen Union begeben wurden, oder
2. in verzinslichen Wertpapieren, die in Euro von Kreditinstituten begeben wurden, deren Bonität als zweifelsfrei vorhanden erachtet wird, oder
3. in auf Euro lautenden Einlagen bei Kreditinstituten, deren Bonität als zweifelsfrei vorhanden erachtet wird, oder
4. in Fonds, ausgenommen Immobilienfonds, unter den Beschränkungen nach den Z 1 bis 3 und nach Abs. 2 oder
5. in Immobilienfonds.

Für die Beurteilung der Bonität von Kreditinstituten können Mindest-Ratings der vom Markt anerkannten Rating-Agenturen herangezogen werden.

(2) Der Einsatz derivativer Instrumente im Sinne der besonderen außerbilanzmäßigen Geschäfte nach Z 1 der Anlage 2 zu § 22 des Bankwesengesetzes ist zulässig, wenn er nachweislich zur Absicherung bestehender Positionen nach Abs. 1 dient.

(3) ...

**Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger**

**§ 447a.** (1) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds hat eine ausgeglichene Gebarung bzw. eine ausreichende Liquidität der Gebietskrankenkassen, der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsan-

### **Geltende Fassung:**

rungsanstalt der Bauern als Träger der Krankenversicherung zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muß. Weiters ist zum Abschluß eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorzulegen.

(2) Die Mittel des Ausgleichsfonds werden aufgebracht durch:

1. ...
2. Aufgehoben.
3. ...

(3) Die Gebietskrankenkassen, die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern als Träger der Krankenversicherung haben einen Beitrag im Ausmaß von 2,0% ihrer Beitragseinnahmen zu entrichten; bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern ist hiebei nur von den Beitragseinnahmen des Versicherungsträgers als Träger der Krankenversicherung auszugehen. Dieser Beitrag ist von der Summe der für das vorhergehende Kalenderjahr fällig gewordenen Beiträge zu ermitteln; er ist in zwei gleichen Teilbeträgen jeweils am 1. April und am 1. Oktober eines jeden Kalenderjahres dem Hauptverband zu überweisen.

(4) Von den Jahreseinnahmen (Abs. 2) sind 10 vH zur Bildung einer Rücklage zu verwenden, die nur zur Deckung eines außerordentlichen Aufwandes aus den im § 447 c Abs. 1 lit. a angeführten Gründen herangezogen werden darf. Erreicht diese Rücklage die Höhe von 1 vH der Summe der Beitragseinnahmen der Gebietskrankenkassen, der Versicherungsanstalt des öster-

### **Vorgeschlagene Fassung:**

stalt der Bauern, der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter als Träger der Krankenversicherung zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss. Weiters ist zum Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorzulegen.

(2) Die Mittel des Ausgleichsfonds werden aufgebracht durch:

1. ...
2. zusätzliche Erträge aus der Tabaksteuer auf Grund von Preiserhöhungen ab 1. Juli 2002;
3. ...

(3) Die Gebietskrankenkassen, die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern als Träger der Krankenversicherung haben einen Beitrag im Ausmaß von 2,0% ihrer Beitragseinnahmen zu entrichten; bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ist hiebei nur von den Beitragseinnahmen des Versicherungsträgers als Träger der Krankenversicherung auszugehen. Dieser Beitrag ist von der Summe der für das vorhergehende Kalenderjahr fällig gewordenen Beiträge zu ermitteln; er ist in zwei gleichen Teilbeträgen jeweils am 1. April und am 1. Oktober eines jeden Kalenderjahres dem Hauptverband zu überweisen. Der Betrag nach Abs. 2 Z 2 ist monatlich bis zum 25. des Folgemonates vom Bundesminister für Finanzen an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu überweisen.

(4) Von den Jahreseinnahmen (Abs. 2) sind 10% zur Bildung einer Rücklage zu verwenden, die nur zur Deckung eines außerordentlichen Aufwandes herangezogen werden darf. Erreicht diese Rücklage die Höhe von 0,5% der Summe der Beitragseinnahmen aller am Fonds beteiligten Krankenversicherungsträger im vorangegangenen Kalenderjahr, dann ist sie nicht weiter zu

### **Geltende Fassung:**

reichischen Bergbaues, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern als Träger der Krankenversicherung im vorangegangenen Kalenderjahr, dann ist die Rücklage nicht weiter zu erhöhen. Die Rücklage ist zinsbringend in mündelsicheren inländischen Wertpapieren oder in Einlagen bei Kreditunternehmen anzulegen, auf welche die Voraussetzungen des § 446 Abs. 1 Z 4 zutreffen.

(5) Zur Deckung einer erhöhten Belastung einer Gebietskrankenkasse aus den im § 447 b Abs. 8 angeführten Gründen ist eine besondere Rücklage zu bilden. Dieser Rücklage sind zuzuführen:

1. die Vermögenserträge eines Geschäftsjahres des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447 f),
2. 10 vH der Jahreseinnahmen (Abs. 2) des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger, erstmals für das Geschäftsjahr 1994,
3. ein Betrag von jährlich 14 534 566,83 € erstmals für das Geschäftsjahr 1994. Dieser Betrag wird durch Überweisungen aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger nach demselben Schlüssel aufgebracht, der für die Verteilung in § 447f Abs. 3 Z 2 festgesetzt ist. Der Betrag ist entsprechend der Veränderung der Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung gegenüber dem Jahr 1994 jährlich aufzuwerten.
4. ein Betrag von jährlich 7 267 283,42 € erstmals für das Geschäftsjahr 2001, aus Mitteln nach Abs. 4.

### **Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds**

**§ 447b.** (1) Den beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern (§ 447a Abs. 3) gebühren nach Maßgabe der Abs. 2 bis 7 für ein Geschäftsjahr Zu-

### **Vorgeschlagene Fassung:**

erhöhen. Die Rücklage ist zinsbringend im Sinne des § 446 Abs. 1 Z 1 bis 4 anzulegen.

(5) 45% der Einnahmen des Fonds nach Abs. 2 Z 1 sind zum Ausgleich von Strukturnachteilen (§ 447b) zu verwenden; die restlichen Einnahmen sind für Zielerreichungs-Zuschüsse (§ 447c) heranzuziehen. Mittel, die für die Erfüllung der Aufgaben des Fonds in einem Geschäftsjahr nicht benötigt wurden, sind einer allgemeinen Rücklage zuzuweisen. Diese Rücklage ist zinsbringend im Sinne des § 446 Abs. 1 Z 1 bis 4 anzulegen.

(6) Leistungen aus dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gebühren nicht, wenn

1. der Krankenversicherungsträger eine ungünstige Kassenlage durch Außerachtlassung der Grundsätze einer wirtschaftlichen Verwaltung selbst herbeigeführt hat oder
2. die Vermögenslage des Krankenversicherungsträgers so günstig ist, dass seine finanzielle Leistungsfähigkeit auch ohne Zuschussleistung gesichert ist.

### **Strukturausgleich**

**§ 447b.** (1) Zum Ausgleich von Strukturnachteilen gebühren den beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern (§ 447a Abs. 3) nach Maßgabe der

### **Geltende Fassung:**

zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds, wenn in diesem Geschäftsjahr die durchschnittliche Beitragseinnahme je Pflichtversicherten die Ausgleichsgrenze (Abs. 2) nicht erreicht.

(2) Ausgleichsgrenze ist der Durchschnitt aller Beitragseinnahmen je Pflichtversicherten, die im Rechnungsabschluß des betreffenden Geschäftsjahres bei allen beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern nachgewiesen sind.

(3) Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Beitragseinnahme je Pflichtversicherten gemäß Abs. 1 und Abs. 2 ist der sich aus der monatlichen Zählung der Pflichtversicherten ergebende Jahresdurchschnitt heranzuziehen.

(4) In den Fällen des Abs. 1 gebührt der Zuschuß – unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 5 und 7 – in der Höhe des Betrages, der sich durch Vervielfachung des Unterschiedsbetrages zwischen der Ausgleichsgrenze und der durchschnittlichen Beitragseinnahme je Pflichtversicherten des in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgers mit der Zahl der bei diesem im Jahresdurchschnitt pflichtversicherten Personen ergibt.

(5) Der Zuschuß gebührt für ein Geschäftsjahr höchstens in dem Ausmaß, das erforderlich ist, um die bei dem Krankenversicherungsträger am Ende des Geschäftsjahres vorhandenen liquiden Mittel auf ein Zwölftel der Jahresaufwendungen dieses Versicherungsträgers zu erhöhen. Er gebührt überdies höchstens im Ausmaß des Betrages, um den bei dem in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger 101 v. H. der Aufwendungen des betreffenden Geschäftsjahres die Einnahmen – ausgenommen allfällige Zuschüsse und Zuwendungen aus dem Ausgleichsfonds – übersteigen.

(6) Als liquide Mittel im Sinne des Abs. 5 gelten die Barbestände zuzüglich der Einlagen bei Geldinstituten und der Bilanzwert der Wertpapiere abzüglich der noch nicht abgeführten, für fremde Rechnung eingehobenen Beiträge

### **Vorgeschlagene Fassung:**

Abs. 2 bis 5 für ein Geschäftsjahr Strukturausgleichs-Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds.

(2) Für die Beurteilung, ob Strukturnachteile bestehen, sind insbesondere die Beitragseinnahmen je pflichtversicherter Person, der Aufwand für beitragsfrei anspruchsberechtigte Angehörige, die Beiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung je pflichtversicherter Person, der Aufwand für PensionsbezieherInnen, die Belastung durch den Betrieb einer allgemeinen Krankenanstalt und ein Großstadtfaktor sowie die Kassenlage, jeweils im betreffenden Geschäftsjahr, zu berücksichtigen. Das Nähere ist durch Richtlinien des Hauptverbandes festzulegen. Diese Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Verwaltungsrates und der Genehmigung durch den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen. Sie sind im Internet zu verlautbaren.

(3) Die Strukturausgleichs-Zuschüsse sind entsprechend den Strukturnachteilen nach Maßgabe der vorhandenen Mittel verhältnismäßig aufzuteilen.

(4) Ein Strukturausgleichs-Zuschuss gebührt nicht, wenn die liquiden Mittel am Ende des Geschäftsjahres ein Zwölftel der Jahresaufwendungen des Krankenversicherungsträgers überschreiten. Als liquide Mittel gelten die Barbestände zuzüglich der Einlagen bei Geldinstituten und der Bilanzwert der Wertpapiere abzüglich der noch nicht abgeführten, für fremde Rechnung eingehobenen Beiträge sowie der am Ende des Geschäftsjahres buchmäßig fälligen unberichtigten Versicherungsleistungen und sonstigen Verbindlichkeiten.

(5) Der Hauptverband hat die Strukturausgleichs-Zuschüsse nach Vorliegen der zu ihrer Ermittlung notwendigen Unterlagen den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern bis zum 1. Oktober des Folgegeschäftsjahres zu überweisen.

**Geltende Fassung:**

sowie der am Ende des Geschäftsjahres buchmäßig fälligen unberichtigten Versicherungsleistungen und sonstigen Verbindlichkeiten.

(7) Die sich aus der Anwendung der Abs. 4 und 5 für ein Geschäftsjahr ergebenden Zuschüsse dürfen zusammen 20 vH der am Ende dieses Geschäftsjahres frei verfügbaren Mittel des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nicht überschreiten und sind innerhalb dieses Höchstausmaßes verhältnismäßig zu kürzen.

(8) Darüber hinaus gebührt Gebietskrankenkassen, die gemäß § 23 Abs. 6 zum Betrieb einer Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, verpflichtet sind, ein Zuschuß, um diese erhöhte Belastung ganz oder teilweise zu decken.

(9) Der Hauptverband hat die gemäß Abs. 1 bzw. Abs. 8 gebührenden Zuschüsse nach Vorliegen der zu ihrer Ermittlung notwendigen Unterlagen den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern zu überweisen.

(10) Erreichen die liquiden Mittel nach Abs. 6 bei einem der beitragspflichtigen Krankenversicherungsträger am Ende eines Geschäftsjahres nicht ein Zwölftel der Jahresaufwendungen, so hat dieser Krankenversicherungsträger Anspruch auf einen Zuschuss in der Höhe von 30% der Beiträge nach § 447a Abs. 3.

**Zuwendungen aus dem Ausgleichsfonds**

**§ 447c.** (1) Aus dem Ausgleichsfonds können Zuwendungen an die beitragspflichtigen Krankenversicherungsträger (§ 447a Abs. 3) unter Bedachtnahme auf ihre Vermögenslage gewährt werden:

- a) um einen außerordentlichen Aufwand infolge unvorhergesehener Ereignisse (zum Beispiel Epidemien, Naturkatastrophen) ganz oder teilweise zu decken,
- b) um eine unterschiedliche Belastung aus der Gewährung von Sachleistungen, von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und zur Krankheitsverhütung sowie aus dem Betrieb eigener Gesundheitseinrichtungen ganz oder teilweise auszugleichen; eine unterschiedliche Belastung, die sich dadurch ergibt, daß mit Vertragspartnern erheblich über dem Bundesdurchschnitt liegende Honorare (Tarife) vereinbart wurden, hat hiebei außer Betracht zu bleiben,

**Vorgeschlagene Fassung:****Zielerreichung**

**§ 447c.** (1) Den beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern (§ 447a Abs. 3) gebühren nach Maßgabe der Abs. 2 bis 5 für ein Geschäftsjahr Zielerreichungs-Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds, wenn sie in diesem Geschäftsjahr

1. alle Richtlinien und Beschlüsse im Sinne des § 31 Abs. 6 und
2. die Zielvereinbarungen nach § 32a auf der Grundlage der Kennzahlen nach § 31 Abs. 3 Z 13 und 14 eingehalten haben. Ob die Voraussetzungen nach Z 2 für den jeweiligen Krankenversicherungsträger gegeben sind, ist von der Controllinggruppe festzustellen (§ 32b Abs. 3).

### **Geltende Fassung:**

- c) um eine ungünstige Kassenlage ganz oder teilweise zu beheben oder
  - d) um einen Beitrag zur Erwerbung, Errichtung oder Erweiterung von Einrichtungen zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 132a und 132b), zur Krankheitsverhütung, zur Krankenbehandlung, Zahnbehandlung, Anstaltspflege und Durchführung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu leisten, wenn diese Einrichtungen zur Erfüllung der Aufgaben der Krankenversicherungsträger erforderlich sind.
  - e) Entfällt.
- (2) Zuwendungen dürfen an Krankenversicherungsträger nicht gewährt werden, wenn
- a) die ungünstige Kassenlage (Abs. 1 lit. c) durch Außerachtlassung der Grundsätze einer wirtschaftlichen Verwaltung (zum Beispiel Errichtung von Verwaltungsgebäuden oder von eigenen Einrichtungen (§ 23 Abs. 6 dieses Bundesgesetzes, § 15 Abs. 2 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes) bei ungünstiger Vermögenslage und ohne dringenden Bedarf) vom Versicherungsträger herbeigeführt oder vorwiegend dadurch verursacht wurde, daß Verwaltungsgebäude oder eigene Einrichtungen innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem Zeitpunkt der Antragstellung auf Gewährung einer Zuwendung erworben, errichtet oder erweitert wurden oder
  - b) die Vermögenslage des Krankenversicherungsträgers so günstig ist, daß seine finanzielle Leistungsfähigkeit auch ohne Zuwendung gesichert ist.
- (3) Die Zuwendungen nach Abs. 1 sind von den Krankenversicherungsträgern beim Hauptverband unter Vorlage der erforderlichen Nachweise zu beantragen; dem Antrag ist ein Plan über die beabsichtigte Verwendung der beantragten Zuwendung beizuschließen.
- (4) Über den Antrag entscheidet die Geschäftsführung mit Zustimmung des Verwaltungsrates (§ 442a Abs. 3). Die Entscheidung der Geschäftsführung für innerhalb eines Kalenderjahres eingelangte Anträge ist bis spätestens 30. Juni des folgenden Kalenderjahres dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen zur Genehmigung vorzulegen.

### **Vorgeschlagene Fassung:**

- (2) Wurden die Zielvereinbarungen nach Abs. 1 Z 2 nicht zur Gänze eingehalten oder waren sie nachweislich und unbeeinflussbar nicht einhaltbar, so kann die Geschäftsführung mit Zustimmung des Verwaltungsrates dennoch, allerdings gekürzte Zielerreichungs-Zuschüsse zusprechen.
- (3) Die Zielerreichungs-Zuschüsse sind im Folgegeschäftsjahr zunächst für die aliquote Abdeckung der negativen allgemeinen Rücklage und sodann zur aliquoten Auffüllung der untergedeckten Leistungssicherungsrücklage bis zu einem Ausmaß von 50% des Sollbetrages heranzuziehen.
- (4) Die Gesamthöhe der jährlich zu erbringenden Zielerreichungs-Zuschüsse legt der Verwaltungsrat auf Vorschlag der Geschäftsführung im Rahmen der vorhandenen und der nach Abs. 3 erforderlichen Mittel mit Zustimmung der Hauptversammlung fest. Stimmt die Hauptversammlung nicht zu, so sind für das betreffende Geschäftsjahr keine Zielerreichungs-Zuschüsse auszuzahlen.



**Geltende Fassung:**

(5) Auf die Gewährung einer Zuwendung besteht kein Rechtsanspruch.

(6) Aufgehoben.

**Darlehen aus dem Ausgleichsfonds**

**§ 447 d.** (1) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds können den beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern auch Darlehen gewährt werden. Die Bestimmungen des § 447 c Abs. 3 bis 5 gelten entsprechend.

(2) Darüber hinaus können aus den Mitteln des Ausgleichsfonds den beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern kurzfristige Darlehen zur (teilweisen) Behebung einer ungünstigen Kassenlage gewährt werden. Auf die Gewährung eines solchen Darlehens besteht kein Rechtsanspruch.

**Zweckzuschüsse aus dem Ausgleichsfonds**

**§ 447 e.** (1) Um die Errichtung oder Erweiterung der im § 447 c Abs. 1 lit. d genannten Einrichtungen zu erleichtern, sind aus dem Ausgleichsfonds Zweckzuschüsse zu leisten. Die Höhe der Zweckzuschüsse beträgt jeweils 25 v. H. des notwendigen Aufwandes für die Errichtung oder Erweiterung dieser Einrichtungen. Darüber hinausgehende Zweckzuschüsse können unter Beachtung auf die Vermögenslage des in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgers gewährt werden. Die Leistung von Zweckzuschüssen schließt die Gewährung von Zuwendungen nach § 447 c Abs. 1 lit. d nicht aus.

(2) Zu den Gesamtkosten (Abs. 1) zählen die Bau- und Baunebenkosten (ausgenommen Liegenschaftskosten) und die Kosten für das medizinische und das nichtmedizinische Mobiliar.

(3) Die Zweckzuschüsse sind von den beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern beim Hauptverband zu beantragen. Dem Antrag sind alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen anzuschließen. Insbesondere sind vorzulegen:

**Vorgeschlagene Fassung:**

(5) Auf begründeten Antrag können bei nachgewiesenen Liquiditätsproblemen Vorauszahlungen geleistet werden. Falls die Hauptversammlung der Gewährung von Zielerreichungs-Zuschüssen nicht zustimmt, sind diese Vorauszahlungen verzinst zurückzuzahlen. Über Anträge und Rückzahlung entscheidet die Geschäftsführung. Die Höhe der Verzinsung berechnet sich jeweils für ein Kalenderjahr nach der von der Oesterreichischen Nationalbank verlautbarten Sekundärmarktrendite für Bundesanleihen im Oktober des dem Kalenderjahr vorangegangenen Jahres abzüglich 1,5 Prozentpunkten.

**Geltende Fassung:**

- a) Baubescheide, Baubeschreibungen, Baupläne;
- b) eine gegliederte Darstellung der Gesamtkosten auf Grund von Kostenvoranschlägen oder Rechnungen;
- c) Nachweise darüber, daß bei der Ermittlung der Gesamtkosten die „Richtlinien über die Vergabe von Leistungen durch Sozialversicherungsträger und den Hauptverband“ eingehalten wurden;
- d) Nachweise darüber, daß die in den §§ 23 Abs. 6 und 339 geforderten Voraussetzungen für die Errichtung oder Erweiterung der dort genannten Einrichtungen erfüllt sind.

(4) Der Zweckzuschuß wird in Teilbeträgen ausgezahlt. Der erste Teilbetrag ist frühestens nach Inangriffnahme der Errichtungs- oder Erweiterungsarbeiten fällig. Die weiteren Beträge sind nach Maßgabe des Fortschrittes der Errichtungs- oder Erweiterungsarbeiten anzuweisen.

(5) Aufgehoben.

(6) Die sich aus der Anwendung des Abs. 1 für ein Geschäftsjahr ergebenden Zweckzuschüsse dürfen zusammen höchstens 60 v. H. der am Ende des vorangegangenen Geschäftsjahres frei verfügbaren Mittel des Ausgleichsfonds betragen. Wird diese Grenze überschritten, so sind die Zweckzuschüsse innerhalb des Höchstausmaßes verhältnismäßig zu kürzen.

(7) Nach Vollendung des Vorhabens ist ohne Verzug, längstens jedoch ein Jahr nach Erteilung der Benützungsbewilligung, eine Endabrechnung über die Gesamtkosten vorzulegen.

(8) Die Bestimmungen des § 447 c Abs. 4 gelten entsprechend.

**Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds**

§ 447f. (1) bis (9) ...

(10) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 1 unter Berücksichtigung des Abs. 4 werden durch Überweisungen der Sozialversicherungsträger nach folgendem Schlüssel aufgebracht:

– Wiener Gebietskrankenkasse	17,44201%,
– Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,65468%,
– Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,94019%,

**Vorgeschlagene Fassung:**

**Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds**

§ 447f. (1) bis (9) ...

(10) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 1 unter Berücksichtigung des Abs. 4 werden durch Überweisungen der Sozialversicherungsträger nach folgendem Schlüssel aufgebracht:

– Wiener Gebietskrankenkasse	17,44201%,
– Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,65468%,
– Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,94019%,

**Geltende Fassung:**

– Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	15,08098%,
– Steiermärkische Gebietskrankenkasse	10,25023%,
– Kärntner Gebietskrankenkasse	5,42866%,
– Salzburger Gebietskrankenkasse	4,71656%,
– Tiroler Gebietskrankenkasse	5,63745%,
– Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,66966%,
– Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09170%,
– Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,31496%,
– Betriebskrankenkasse Semperit	0,17647%,
– Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG	0,03778%,
– Betriebskrankenkasse Alpine Donawitz	0,23028%,
– Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,06885%,
– Betriebskrankenkasse Kindberg	0,05414%,
– Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,20124%,
– Betriebskrankenkasse Pengg	0,03432%,
– Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Krankenversicherung)	1,06642%,
– Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Krankenversicherung)	4,10008%,
– Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	7,70689%,
– Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	5,22166%,
– Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)	4,58485%,
– Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Unfallversicherung)	0,01253%,
– Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Unfallversicherung)	0,00686%,
– Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	0,00275%,
– Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Unfallversicherung)	0,16929%,

**Vorgeschlagene Fassung:**

– Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	15,08098%,
– Steiermärkische Gebietskrankenkasse	10,25023%,
– Kärntner Gebietskrankenkasse	5,42866%,
– Salzburger Gebietskrankenkasse	4,71656%,
– Tiroler Gebietskrankenkasse	5,63745%,
– Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,66966%,
– Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09170%,
– Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,31496%,
– Betriebskrankenkasse Semperit	0,17647%,
– Betriebskrankenkasse Neusiedler	0,03778%,
– Betriebskrankenkasse Alpine Donawitz	0,23028%,
– Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,06885%,
– Betriebskrankenkasse Kindberg	0,05414%,
– Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,20124%,
– Betriebskrankenkasse Pengg	0,03432%,
– Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Krankenversicherung)	1,06642%,
– Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Krankenversicherung)	4,10008%,
– Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	7,70689%,
– Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	5,22166%,
– Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)	4,58485%,
– Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Unfallversicherung)	0,01253%,
– Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Unfallversicherung)	0,00686%,
– Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	0,00275%,
– Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Unfallversicherung)	0,16929%,

**Geltende Fassung:**

– Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten	0,02451%,
– Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter	0,06640%,
– Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Pensionsversicherung)	0,00481%,
– Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Pensionsversicherung)	0,00279%.

Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine sind durch Beschluss des Verwaltungsrates festzulegen.

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

1. ...

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

– Wiener Gebietskrankenkasse	24,08672%,
– Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,31833%,
– Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,23684%,
– Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	13,28656%,
– Steiermärkische Gebietskrankenkasse	8,18268%,
– Kärntner Gebietskrankenkasse	3,65138%,
– Salzburger Gebietskrankenkasse	5,02605%,
– Tiroler Gebietskrankenkasse	5,24579%,
– Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,44986%,
– Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,02426%,
– Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,08358%,
– Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,37166%,
– Betriebskrankenkasse Semperit	0,14598%,
– Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG	0,05913%,
– Betriebskrankenkasse Alpine Donawitz	0,17237%,
– Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,08233%,

**Vorgeschlagene Fassung:**

– Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten	0,02451%,
– Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter	0,06640%,
– Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Pensionsversicherung)	0,00481%,
– Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Pensionsversicherung)	0,00279%.

Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine sind durch Beschluss des Verwaltungsrates festzulegen.

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

1. ...

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

– Wiener Gebietskrankenkasse	24,08672%
– Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,31833%,
– Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,23684%,
– Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	13,28656%,
– Steiermärkische Gebietskrankenkasse	8,18268%,
– Kärntner Gebietskrankenkasse	3,65138%,
– Salzburger Gebietskrankenkasse	5,02605%,
– Tiroler Gebietskrankenkasse	5,24579%,
– Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,44986%,
– Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,02426%,
– Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,08358%,
– Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,37166%,
– Betriebskrankenkasse Semperit	0,14598%,
– Betriebskrankenkasse Neusiedler	0,05913%,
– Betriebskrankenkasse Alpine Donawitz	0,17237%,
– Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,08233%,

**Geltende Fassung:**

– Betriebskrankenkasse Kindberg	0,03685%,
– Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,17054%,
– Betriebskrankenkasse Pengg	0,01918%,
– Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, (als Träger der Krankenversicherung)	0,74147%,
– Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung A (als Träger der Krankenversicherung)	0,41862%,
– Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung B (als Träger der Krankenversicherung)	2,29409%,
– Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	10,57257%,
– Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	7,44147%,
– Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)	1,88169%.

Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 2001, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger von diesem Geschäftsjahr zum Geschäftsjahr 1999, in weiterer Folge vom laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen Geschäftsjahr vom Hauptverband neu festzusetzen. Hierbei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte und für Arbeitslose heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 6 werden aufgebracht

1. ...
2. soweit die Beitragseinnahmen nach Z 1 nicht ausreichen, durch Überweisungen der Krankenversicherungsträger nach einem Schlüssel, der sich aus den Gesamtüberweisungen nach Abs. 3 Z 1 und 2 anteilmäßig für jeden einzelnen Krankenversicherungsträger errechnet. Die

**Vorgeschlagene Fassung:**

– Betriebskrankenkasse Kindberg	0,03685%,
– Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,17054%,
– Betriebskrankenkasse Pengg	0,01918%,
– Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, (als Träger der Krankenversicherung)	0,74147%,
– Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung A (als Träger der Krankenversicherung)	0,41862%,
– Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung B (als Träger der Krankenversicherung)	2,29409%,
– Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	10,57257%,
– Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	7,44147%,
– Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)	1,88169%.

Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 2001, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger von diesem Geschäftsjahr zum Geschäftsjahr 1999, in weiterer Folge vom laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen Geschäftsjahr vom Hauptverband neu festzusetzen. Hierbei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte und für Arbeitslose heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 6 werden aufgebracht

1. ...
2. soweit die Beitragseinnahmen nach Z 1 nicht ausreichen, durch Überweisungen der Krankenversicherungsträger nach einem Schlüssel, der sich aus den Gesamtüberweisungen nach Abs. 3 Z 1 und 2 anteilmäßig für jeden einzelnen Krankenversicherungsträger errechnet. Die

### **Geltende Fassung:**

Prozentsätze des Schlüssels sind auf fünf Dezimalstellen zu runden. Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine sind durch Beschluss der Verbandskonferenz festzulegen, wobei für die Jahre 2001 und 2002 die endgültigen Gesamtbeiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1999 bzw. 2000 zu Grunde zu legen sind.

Übersteigen die Beitragseinnahmen nach Z 1 die für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 6 aufzubringenden Mittel, so ist der Differenzbetrag an die Krankenversicherungsträger unter Anwendung des Schlüssels nach Z 2 rückzuerstatten.

(13) und (14) ...

(15) Die Verbandskonferenz hat mit verbindlicher Wirkung im Sinne des § 31 Abs. 6 zu beschließen, zu welchen Teilen die Überweisungen nach Abs. 14 unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme der Leistungen nach § 149 Abs. 3 im Jahr 1999 von den einzelnen Sozialversicherungsträgern aufzubringen sind. Weiters sind mit diesem Beschluss der Verbandskonferenz die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine festzulegen.

### **Leistungen aus der Krankenversicherung**

**§ 468.** (1) bis (5) ...

(6) Die baren Leistungen der Krankenversicherung werden nach dem Tageswert einer Lohnstufe bemessen, die in den Satzungen der Gebietskrankenkassen entweder einheitlich für alle beim Träger der Krankenversicherung versicherten unständig Beschäftigten oder verschieden für einzelne Gruppen unständig Beschäftigter festzusetzen ist (Mitgliederklassen für unständig Beschäftigte). Bei der Bestimmung der Mitgliederklassen ist die Beitragsgrundlage für unständig Beschäftigte (§ 466 Abs. 2) und der erfahrungsmäßige Gesamtdurchschnitt der Arbeitstage aller bei der betreffenden Gebietskrankenkasse versicherten unständig Beschäftigten der in Betracht kommenden Beschäftigtengruppe in einem Kalendermonat zugrunde zu legen.

### **Vorgeschlagene Fassung:**

Prozentsätze des Schlüssels sind auf fünf Dezimalstellen zu runden. Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine sind durch Beschluss der Verwaltungsrat festzulegen, wobei für die Jahre 2001 und 2002 die endgültigen Gesamtbeiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1999 bzw. 2000 zu Grunde zu legen sind.

Übersteigen die Beitragseinnahmen nach Z 1 die für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 6 aufzubringenden Mittel, so ist der Differenzbetrag an die Krankenversicherungsträger unter Anwendung des Schlüssels nach Z 2 rückzuerstatten.

(13) und (14) ...

(15) Der Verwaltungsrat hat mit verbindlicher Wirkung im Sinne des § 31 Abs. 6 zu beschließen, zu welchen Teilen die Überweisungen nach § 149 Abs. 3 im Jahr 1999 von den einzelnen Sozialversicherungsträgern vorläufig aufzubringen sind. Ferner sind mit diesem Beschluss des Verwaltungsrates die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine festzulegen. Die endgültige Berechnung der auf die einzelnen Sozialversicherungsträger entfallenden Überweisungsbeträge hat unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme der Leistungen nach § 149 Abs. 3 im jeweiligen Jahr, erstmals für das Jahr 2002, bis zum 31. Juli des Folgejahres zu erfolgen. Die sich daraus ergebenden Differenzbeträge sind zwischen den Sozialversicherungsträgern unverzüglich auszugleichen.

### **Leistungen aus der Krankenversicherung**

**§ 468.** (1) bis (5) ...

(6) Die baren Leistungen der Krankenversicherung werden mit einem Betrag bemessen, der in den Satzungen der Gebietskrankenkassen entweder einheitlich für alle beim Träger der Krankenversicherung versicherten unständig Beschäftigten oder verschieden für einzelne Gruppen unständig Beschäftigter festzusetzen ist (Mitgliederklassen für unständig Beschäftigte). Bei der Bestimmung der Mitgliederklassen ist die Beitragsgrundlage für unständig Beschäftigte (§ 466 Abs. 2) und der erfahrungsmäßige Gesamtdurchschnitt der Arbeitstage aller bei der betreffenden Gebietskrankenkasse versicherten unständig Beschäftigten der in Betracht kommenden Beschäftigtengruppe in einem Kalendermonat zugrunde zu legen.

**Geltende Fassung:**

**Zusätzliche Pensionsversicherung**

§ 479. (1) Das Pensionsinstitut für Verkehr und öffentliche Einrichtungen und das Pensionsinstitut der Linzer Elektrizitäts-, Fernwärme- und Verkehrsbetriebe-Aktiengesellschaft bleiben als Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung von in der Pensionsversicherung pflichtversicherten Bediensteten der diesen Instituten angeschlossenen Betriebe weiter bestehen. Die genannten Pensionsinstitute sind Zuschusskassen des öffentlichen Rechtes und unterstehen der Aufsicht des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

(2) Bis zum Inkrafttreten einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung ist die zusätzliche Pensionsversicherung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger und auf die wirtschaftlichen Bedürfnisse der Versicherten durch die Satzung der Versicherungsträger zu regeln; nachstehende Bestimmungen sind entsprechend anzuwenden:

1. bis 3. ...

4. von den Bestimmungen des Achten Teiles die §§ 421 bis 425, 426 Abs. 1 Z 2 und Abs. 2, 431 bis 434 mit der Maßgabe, daß eine gültige Beschlußfassung über die Satzung und deren Änderung, soweit es sich um Beiträge und Leistungen handelt, oder über die Auflösung eines Trägers der zusätzlichen Pensionsversicherung nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen in jeder der beiden Gruppen erfolgen kann, 436 bis 438, 443, 444, 446, 447, 448 bis 453, 455 Abs. 1, 460, 460 a und 460 e; § 421 für den Bereich des Pensionsinstitutes der Linzer Elektrizitäts-, Fernwärme- und Verkehrsbetriebe Aktiengesellschaft mit der weiteren Maßgabe, daß die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber vom Betriebsunternehmer Linzer Elektrizitäts-, Fernwärme- und Verkehrsbetriebe Aktiengesellschaft zu entsenden sind.

(3) und (4) ...

**Schlußbestimmungen zu Art. I des 2. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996, BGBl. Nr. 764**

§ 567. (1) bis (7) ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

**Zusätzliche Pensionsversicherung**

§ 479. (1) Das Pensionsinstitut für Verkehr und öffentliche Einrichtungen und das Pensionsinstitut der Linz AG bleiben als Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung von in der Pensionsversicherung pflichtversicherten Bediensteten der diesen Instituten angeschlossenen Betriebe weiter bestehen. Die genannten Pensionsinstitute sind Zuschusskassen des öffentlichen Rechtes und unterstehen der Aufsicht des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

(2) Bis zum In-Kraft-Treten einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung ist die zusätzliche Pensionsversicherung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger und auf die wirtschaftlichen Bedürfnisse der Versicherten durch die Satzung der Versicherungsträger zu regeln; nachstehende Bestimmungen sind entsprechend anzuwenden:

1. bis 3. ...

4. von den Bestimmungen des Achten Teiles die §§ 421 bis 425, 426 Abs. 1 Z 2 und Abs. 2, 431 bis 434 mit der Maßgabe, dass eine gültige Beschlussfassung über die Satzung und deren Änderung, soweit es sich um Beiträge und Leistungen handelt, oder über die Auflösung eines Trägers der zusätzlichen Pensionsversicherung nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen in jeder der beiden Gruppen erfolgen kann, 436 bis 438, 443, 444, 446, 447, 448 bis 453, 455 Abs. 1, 460, 460 a und 460e; § 421 für den Bereich des Pensionsinstitutes der Linz AG mit der weiteren Maßgabe, dass die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber vom Betriebsunternehmer Linz AG für Energie, Telekommunikation, Verkehr und Kommunale Dienste zu entsenden sind.

(3) und (4) ...

**Schlussbestimmungen zu Art. I des 2. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996, BGBl. Nr. 764**

§ 567. (1) bis (7) ...

**Geltende Fassung:**

(8) Abweichend von den Bestimmungen des § 447f Abs. 9 wird der Gesamteibetrag der Überweisung unter Berücksichtigung der Beitragseinnahmen für die Kalenderjahre 1998 bis 2000 aufgebracht durch

1. ...

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

– Wiener Gebietskrankenkasse	24,33426%,
– Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,27709%,
– Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,22081%,
– Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	13,34493%,
– Steiermärkische Gebietskrankenkasse	8,13824%,
– Kärntner Gebietskrankenkasse	3,72204%,
– Salzburger Gebietskrankenkasse	5,15325%,
– Tiroler Gebietskrankenkasse	5,24571%,
– Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,51715%,
– Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,04847%,
– Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,08286%,
– Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,38132%,
– Betriebskrankenkasse Semperit	0,16554%,
– Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG	0,06205%,
– Betriebskrankenkasse Alpine Donawitz	0,18032%,
– Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,08630%,
– Betriebskrankenkasse Kindberg	0,05073%,
– Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,19403%,
– Betriebskrankenkasse Pengg	0,02105%,
– Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Krankenversicherung)	0,86075%,
– Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung A (als Träger der Krankenversicherung)	0,49018%,

**Vorgeschlagene Fassung:**

(8) Abweichend von den Bestimmungen des § 447f Abs. 9 wird der Gesamteibetrag der Überweisung unter Berücksichtigung der Beitragseinnahmen für die Kalenderjahre 1998 bis 2000 aufgebracht durch

1. ...

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

– Wiener Gebietskrankenkasse	24,33426%,
– Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,27709%,
– Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,22081%,
– Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	13,34493%,
– Steiermärkische Gebietskrankenkasse	8,13824%,
– Kärntner Gebietskrankenkasse	3,72204%,
– Salzburger Gebietskrankenkasse	5,15325%,
– Tiroler Gebietskrankenkasse	5,24571%,
– Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,51715%,
– Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,04847%,
– Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,08286%,
– Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,38132%,
– Betriebskrankenkasse Semperit	0,16554%,
– Betriebskrankenkasse Neusiedler	0,06205%,
– Betriebskrankenkasse Alpine Donawitz	0,18032%,
– Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,08630%,
– Betriebskrankenkasse Kindberg	0,05073%,
– Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,19403%,
– Betriebskrankenkasse Pengg	0,02105%,
– Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Krankenversicherung)	0,86075%,
– Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung A (als Träger der Krankenversicherung)	0,49018%,



**Geltende Fassung:**

- Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung B (als Träger der Krankenversicherung) 2,35496%,
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung) 10,37015%,
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung) 6,46282%,
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung) 2,23499%
- Wiener Gebietskrankenkasse 24,33426%,
- Niederösterreichische Gebietskrankenkasse 11,27709%,
- Burgenländische Gebietskrankenkasse 1,22081%,
- Oberösterreichische Gebietskrankenkasse 13,34493%,
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse 8,13824%,
- Kärntner Gebietskrankenkasse 3,72204%,

Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 1998, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger von diesem Geschäftsjahr zum Geschäftsjahr 1996, in weiterer Folge vom laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen Geschäftsjahr vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger neu festzusetzen. Hierbei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte, für Arbeitslose und der Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der Bauern heranzuziehen. Zusatzbeiträge gemäß Z 1 sind außer Betracht zu lassen.

3. und 4. ...

(9) ...

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 92**

§ 588. (1) bis (6) ...

(7) Auf männliche Versicherte, die vor dem 1. Oktober 1945 geboren sind, und auf weibliche Versicherte, die vor dem 1. Oktober 1950 geboren sind, sind

**Vorgeschlagene Fassung:**

- Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung B (als Träger der Krankenversicherung) 2,35496%,
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung) 10,37015%,
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung) 6,46282%,
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung) 2,23499%
- Wiener Gebietskrankenkasse 24,33426%,
- Niederösterreichische Gebietskrankenkasse 11,27709%,
- Burgenländische Gebietskrankenkasse 1,22081%,
- Oberösterreichische Gebietskrankenkasse 13,34493%,
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse 8,13824%,
- Kärntner Gebietskrankenkasse 3,72204%,

Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 1998, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger von diesem Geschäftsjahr zum Geschäftsjahr 1996, in weiterer Folge vom laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen Geschäftsjahr vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger neu festzusetzen. Hierbei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte, für Arbeitslose und der Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der Bauern heranzuziehen. Zusatzbeiträge gemäß Z 1 sind außer Betracht zu lassen.

3. und 4. ...

(9) ...

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 92**

§ 588. (1) bis (6) ...

(7) Auf männliche Versicherte, die vor dem 1. Oktober 1945 geboren sind, und auf weibliche Versicherte, die vor dem 1. Oktober 1950 geboren sind, sind

**Geltende Fassung:**

die §§ 253a Abs. 1, 253b Abs. 1 und 253c Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 92/2000 so anzuwenden, dass

dabei sind auch zu berücksichtigen:

- bis zu 60 Ersatzmonate nach den §§ 227a oder 228a dieses Bundesgesetzes oder nach den §§ 116a oder 116b GSVG oder nach den §§ 107a oder 107b BSVG, wenn sie sich nicht mit Beitragsmonaten decken,
- bis zu zwölf Ersatzmonate nach § 227 Abs. 1 Z 7 und 8 dieses Bundesgesetzes oder nach § 116 Abs. 1 Z 3 GSVG oder nach § 107 Abs. 1 Z 3 BSVG, soweit es sich um Zeiten des Präsenz- oder Zivildienstes handelt. § 261 Abs. 4 ist so anzuwenden, dass das Höchstausmaß der Verminderung höchstens zehn Steigerungspunkte beträgt.

2. Verordnung durch einen Vertragsarzt (eine Vertrags-Gruppenpraxis) oder während der Nachtstunden, an Wochenenden oder Feiertagen sowie bei der Entlassung von PatientInnen aus stationärer Pflege durch einen ermächtigten Arzt, der bei einer Vertragskrankenanstalt beschäftigt ist, die mit dem zuständigen Sozialversicherungsträger eine Vereinbarung über Verordnungen abgeschlossen hat, und

(7a) Die Pensionsversicherungsträger werden in den Jahren 2001 und 2002 ermächtigt, in den Richtlinien nach § 84 Abs. 6 zum Ausgleich besonderer Härten durch die Anhebung des Pensionsanfallsalters vorzusehen, dass dem (der) Versicherten auf Antrag eine Unterstützung nach pflichtgemäßem Ermessen des Versicherungsträgers und durch Beschluss der Selbstverwaltung zuerkannt wird. Die Höhe dieser Unterstützung ist im Einzelfall unter sinngemäßer Anwendung des § 306, die Dauer mit dem Zeitraum, der sich jeweils aus der Anhebung des Anfallsalters nach Abs. 6 ergibt, zu begrenzen. Abweichend von § 84 Abs. 3 können in diesen Jahren zusätzliche Mittel an den Unterstützungsfonds im Höchstausmaß von 0,5 vT der Erträge an Beiträgen für Versicherte überwiesen werden.

(8) bis (15) ...

**Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 99/2001 (58. Novelle)**

**§ 593.** (1) und (2) ...

(3) Alle vor Beginn des Jahres 2002 in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ vorgenommenen Verlautbarungen, denen ihrem Inhalt nach rechts-

**Vorgeschlagene Fassung:**

die §§ 253a Abs. 1, 253b Abs. 1 und 253c Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 92/2000 so anzuwenden, dass

dabei sind auch zu berücksichtigen:

- bis zu 60 Ersatzmonate nach den §§ 227a oder 228a dieses Bundesgesetzes oder nach den §§ 116a oder 116b GSVGoder nach den §§ 107a oder 107b BSVG, wenn sie sich nicht mit Beitragsmonaten decken,
- Ersatzmonate nach § 227 Abs. 1 Z 3, wenn sie sich nicht mit Ersatzmonaten nach § 227a oder nach § 228a decken,
- bis zu zwölf Ersatzmonate nach § 227 Abs. 1 Z 7 und 8 dieses Bundesgesetzes oder nach § 116 Abs. 1 Z 3 GSVG oder nach § 107 Abs. 1 Z 3 BSVG, soweit es sich um Zeiten des Präsenz- oder Zivildienstes handelt. § 261 Abs. 4 ist so anzuwenden, dass das Höchstausmaß der Verminderung höchstens zehn Steigerungspunkte beträgt.

(7a) Die Pensionsversicherungsträger werden in den Jahren 2001 bis 2003 ermächtigt, in den Richtlinien nach § 84 Abs. 6 zum Ausgleich besonderer Härten durch die Anhebung des Pensionsanfallsalters vorzusehen, dass dem (der) Versicherten auf Antrag eine Unterstützung nach pflichtgemäßem Ermessen des Versicherungsträgers und durch Beschluss der Selbstverwaltung zuerkannt wird. Die Höhe dieser Unterstützung ist im Einzelfall unter sinngemäßer Anwendung des § 306, die Dauer mit dem Zeitraum, der sich jeweils aus der Anhebung des Anfallsalters nach Abs. 6 ergibt, zu begrenzen. Abweichend von § 84 Abs. 3 können in diesen Jahren zusätzliche Mittel an den Unterstützungsfonds im Höchstausmaß von 0,5 vT der Erträge an Beiträgen für Versicherte überwiesen werden.

(7a) bis (15) ...

**Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 99/2001 (58. Novelle)**

**§ 593.** (1) und (2) ...

(3) Alle vor Beginn des Jahres 2002 in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ vorgenommenen Verlautbarungen, denen ihrem Inhalt nach rechts-

#### **Geltende Fassung:**

verbindliche Kraft zukommt, treten spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2005 außer Kraft, sofern sie nicht nach § 31 Abs. 9 im Internet wiederverlautbart wurden. Sie sind jedoch auf Sachverhalte, die sich vor ihrem Außer-Kraft-Treten ereignet haben, weiterhin anzuwenden. Eine Wiederverlautbarung nach der genannten Bestimmung erfolgt unabhängig vom ursprünglichen Normerzeugungsverfahren durch Beschluss des Vorstandes (Verbandsvorstandes) mit einfacher Stimmenmehrheit, der der Aufsichtsbehörde (§ 448) zur Kenntnis zu bringen ist. Anlässlich der Wiederverlautbarung können die in Art. 49a Abs. 2 B-VG genannten Änderungen vorgenommen werden. Ab dem fünften Tag nach der Kundmachung sind alle Gerichte und Verwaltungsbehörden an die wiederverlautbarten Texte gebunden.

(4) bis (8) ...

#### **Vorgeschlagene Fassung:**

verbindliche Kraft zukommt, treten spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2005 außer Kraft, sofern sie nicht nach § 31 Abs. 9 im Internet wiederverlautbart wurden. Sie sind jedoch auf Sachverhalte, die sich vor ihrem Außer-Kraft-Treten ereignet haben, weiterhin anzuwenden. Eine Wiederverlautbarung nach der genannten Bestimmung erfolgt unabhängig vom ursprünglichen Normerzeugungsverfahren durch Beschluss des Vorstandes (der Geschäftsführung) mit einfacher Stimmenmehrheit, der der Aufsichtsbehörde (§ 448) zur Kenntnis zu bringen ist. Anlässlich der Wiederverlautbarung können die in Art. 49a Abs. 2 B-VG genannten Änderungen vorgenommen werden. Ab dem fünften Tag nach der Kundmachung sind alle Gerichte und Verwaltungsbehörden an die wiederverlautbarten Texte gebunden.

(3a) § 210 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 99/2001 ist nur anzuwenden, wenn der letzte Versicherungsfall nach dem 31. Juli 2001 eingetreten ist.

(4) bis (8) ...

#### **Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. xxx/2002**

**§ 600.** (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. August 2002 die §§ 10 Abs. 1 und 2, 12 Abs. 1, 19a Abs. 2, 31 Abs. 5 Z 33 und 34, 32a Abs. 1, 32c, 36 Abs. 3, 49 Abs. 6, 77 Abs. 6, 123 Abs. 4 Z 1, 132a Abs. 2, 135a Abs. 2, 142 Abs. 1, 233 Abs. 2, 242 Abs. 3, 245 Abs. 4 und 8, 251a Abs. 7 und 8, 252 Abs. 2 Z 1, 292 Abs. 5, 345 Abs. 1, 348g samt Überschrift, 349a samt Überschrift, 350 Abs. 1 Z 2, 420 Abs. 2, 440a Abs. 2, 442 Abs. 2 Z 1 und 1a, 442a Abs. 2 Z 5 und 5a, 446 Abs. 1 und 2, 447a Abs. 2 Z 2, Abs. 3 letzter Satz und Abs. 4 letzter Satz, 447f Abs. 10, 11, 12 Z 2 und Abs. 15, 479 Abs. 1 und 2 Z 4, 567 Abs. 8 Z 2, 588 Abs. 7 und 7a sowie 593 Abs. 3 und 3a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2002;
2. mit 1. Oktober 2002 die §§ 31 Abs. 3 Z 12 und 351c bis 351j samt Überschriften in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2002;
3. mit 1. Jänner 2003 die §§ 26 Abs. 1 Z 5 lit. f und g, 108g Abs. 1, 178 Abs. 2, 179 Abs. 1 bis 4, 181 Abs. 1, 181b, 442 Abs. 2 Z 5 und 6, 442a

**Geltende Fassung:**

**Vorgeschlagene Fassung:**

74

Abs. 2 Z 8 und 9 sowie Abs. 3 Z 6, 445 Z 5, 447a Abs. 1, Abs. 3 erster Satz sowie Abs. 4 erster und zweiter Satz und Abs. 5 und 6, 447b samt Überschrift und 447c samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2002;

4. mit 1. Jänner 2004 die §§ 31 Abs. 5 Z 16, 58 Abs. 6, 135 Abs. 3, 153 Abs. 4, 309, 312 und 361 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2002;

5. rückwirkend mit 1. Jänner 2002 die §§ 125 Abs. 1, 130 Abs. 1 und 468 Abs. 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2002.

(2) Die §§ 10a und 55 Abs. 2 treten mit Ablauf des 31. Juli 2002 außer Kraft.

(3) Personen, die am 31. Dezember 1999 nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d pflichtversichert waren, sowie Pensionisten aus den in § 273 Abs. 6 GSVG genannten Berufsgruppen mit Pensionsstichtagen ab dem 1. Jänner 2000 bleiben in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz pflichtversichert.

(4) Die Betriebskrankenkasse Pengg gilt mit Ablauf des 31. Dezember 2002 als aufgelöst; das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen hat die bezüglich des Rechts- und Vermögensüberganges erforderlichen Anordnungen zu treffen.

(5) Die §§ 31 Abs. 3 Z 12 und 351c bis 351j in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2002 sind nur auf jene Fälle anzuwenden, in denen die Anbotstellung nach dem 30. September 2002 erfolgt.

(6) § 77 Abs. 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2002 ist anzuwenden

1. auf Personen, die den Antrag auf Weiterversicherung nach § 17 nach Ablauf des 31. Juli 2002 stellen;
2. auf Personen, die bereits am 31. Juli 2002 in der Pensionsversicherung weiterversichert sind und einen nahen Angehörigen (eine nahe Angehörige) im Sinne der genannten Bestimmung pflegen, wenn sie dies bis zum Ablauf des 31. Juli 2003 beim zuständigen Pensionsversicherungsträger beantragen. Diesfalls wird der auf den Dienstgeber entfal-

1183 der Beilagen

**Geltende Fassung:**

**Vorgeschlagene Fassung:**

lende Beitragsteil ab dem 1. August 2002 aus Mitteln des Bundes getragen; die zuviel gezahlten Beiträge sind den Weiterversicherten zu erstatten. Wird der Antrag später gestellt, so erfolgt die Beitragstragung aus Mitteln des Bundes erst ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten.

(7) Die §§ 179, 181 Abs. 1 und 181b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2002 sind nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, die nach dem 31. Dezember 2002 eintreten.