

7161 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Bundesrates

Erstellt am 14.12.2004

Mit sichtbar gemachten Abänderungen bzw. Druckfehlerberichtigungen, die im Plenum des Nationalrates beschlossen wurden

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert werden
(3. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2004 – 3. SVÄG 2004)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (63. Novelle zum ASVG)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 106/2004, wird wie folgt geändert:

Teil 1

1. Im § 31 Abs. 3 Z 13 zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „Verwaltungsrat“ durch den Ausdruck „Verbandsvorstand“ ersetzt.

2. Im § 31 Abs. 5a letzter Satz wird der Ausdruck „des Verwaltungsrates“ durch den Ausdruck „der Trägerkonferenz“ ersetzt.

3. Im § 31b Abs. 2 wird der Ausdruck „des Verwaltungsrates“ jeweils durch den Ausdruck „der Trägerkonferenz“ und der Ausdruck „der Verwaltungsrat“ im dritten Satz durch den Ausdruck „die Trägerkonferenz“ ersetzt.

4. In der Überschrift zum 6. Unterabschnitt des Abschnittes III des Ersten Teiles entfällt der Ausdruck „Zielvereinbarungen und“.

5. § 32a samt Überschrift lautet:

„Controllinggruppe

§ 32a. Beim Hauptverband ist eine Controllinggruppe **mit einer Amtsdauer von jeweils fünf Jahren** einzurichten, der das Monitoring und Controlling des Verwaltungshandelns der Versicherungsträger obliegt.“

6. § 32b Abs. 1 wird aufgehoben.

7. Die bisherigen Abs. 2 bis 4 des § 32b erhalten die Bezeichnungen „1“ bis „3“.

8. Im § 32b Abs. 1 Z 1 (neu) wird der Ausdruck „dem Verwaltungsrat“ durch den Ausdruck „der Trägerkonferenz“ ersetzt.

9. Im § 32b Abs. 1 (neu) entfällt der letzte Satz.

10. § 32b Abs. 2 (neu) Z 1 lautet:

„1. der Zielsteuerung nach § 441e und“.

11. Im § 32b Abs. 2 (neu) dritter Satz wird der Ausdruck „dem Verwaltungsrat“ durch den Ausdruck „der Trägerkonferenz“ ersetzt.

12. Im § 32c erster Satz wird der Ausdruck „§§ 32a und 32b“ durch den Ausdruck „§§ 32b und 441e“ ersetzt.

13. Im § 32c zweiter Satz wird der Ausdruck „der Verwaltungsrat“ durch den Ausdruck „die Trägerkonferenz“ ersetzt.

14. Im § 32c entfällt der dritte Satz.

15. § 32c vierter Satz lautet:

„Den bestellten Personen ist die für die Ausübung ihres Amtes erforderliche freie Zeit unter Fortzahlung ihrer Bezüge zu gewähren.“

16. Im § 32d Abs. 2 zweiter Satz wird der Ausdruck „des Verwaltungsrates“ durch den Ausdruck „der Trägerkonferenz“ ersetzt.

17. Nach § 32e wird folgender § 32f samt Überschrift eingefügt:

„Entschädigungen“

§ 32f. (1) Die Mitglieder der Controllinggruppe haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten unter Anwendung der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 31.

(2) Der/die Vorsitzende der Controllinggruppe und dessen/deren StellvertreterIn haben Anspruch auf Entschädigung. Das Nähere hat der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch Verordnung zu bestimmen, wobei die für ein Jahr zustehende Entschädigung 40 % des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen darf.

(3) Die Mitglieder der Controllinggruppe haben, soweit für sie nicht Abs. 2 gilt, Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch Verordnung festzusetzen hat.

(4) Die Tätigkeit als Mitglied der Controllinggruppe begründet kein Dienstverhältnis zum Hauptverband.“

17a. Im § 34 Abs. 2 letzter Satz wird der Ausdruck „15. des Folgemonats“ durch den Ausdruck „Ende des Folgemonats“ ersetzt.

18. Im § 420 Abs. 5 Z 2 erster Satz wird der Ausdruck „Der Präsident, der Vizepräsident und die Mitglieder des Verwaltungsrates“ durch den Ausdruck „Der/die Verbandsvorsitzende, der/die Verbandsvorsitzenden-StellvertreterIn und die Mitglieder des Verbandsvorstandes“ ersetzt und entfällt der Ausdruck „, des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich“.

19. Im § 440 Abs. 5 Z 1 wird der Klammerausdruck „(Hauptversammlung)“ durch den Klammerausdruck „(Trägerkonferenz)“ und der Klammerausdruck „(Verwaltungsrates)“ durch den Klammerausdruck „(Verbandsvorstandes)“ ersetzt.

20. Im § 440a Abs. 3 Z 3 wird der Ausdruck „Hauptversammlung“ durch den Ausdruck „Trägerkonferenz“ ersetzt.

21. Im § 440a Abs. 5 Z 2 wird der Klammerausdruck „(Hauptversammlung)“ durch den Klammerausdruck „(Trägerkonferenz)“ und der Klammerausdruck „(Verwaltungsrates)“ durch den Klammerausdruck „(Verbandsvorstandes)“ ersetzt.

22. Im § 440f Abs. 4 wird der Klammerausdruck „(Geschäftsführung)“ durch den Klammerausdruck „(der/die Verbandsvorsitzende)“ ersetzt.

23. Abschnitt IVa des Achten Teiles lautet:

„ABSCHNITT IVa
Verwaltungskörper des Hauptverbandes
Arten der Verwaltungskörper

§ 441. Die Verwaltungskörper des Hauptverbandes sind

- die Trägerkonferenz und
- der Verbandsvorstand.

Trägerkonferenz

§ 441a. (1) Die Trägerkonferenz besteht

1. aus den Obmännern/Obfrauen und ihren ersten Stellvertretern/Stellvertreterinnen
 - a) der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt,
 - b) der Pensionsversicherungsanstalt,
 - c) der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
 - d) der Gebietskrankenkassen,
 - e) der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
 - f) der Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
 - g) der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
 - h) der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates und
 - i) der nach der Versichertenzahl größten Betriebskrankenkasse sowie
2. aus drei Seniorenvertretern/Seniorenvertreterinnen, die von den drei mitgliederstärksten im Bundesseniorenbeirat vertretenen Seniorenorganisationen (§ 3 des Bundes-Seniorengegesetzes, BGBl. I Nr. 84/1998) zu entsenden sind.

Für jeden Obmann/jede Obfrau und für jeden ersten Stellvertreter/jede erste Stellvertreterin ist vom Vorstand des jeweiligen Versicherungsträgers ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin zu entsenden, der/die von jener Gruppe der VersicherungsvertreterInnen im Vorstand zu wählen ist, der der/die zu Vertretende angehört. Für jeden Seniorenvertreter/jede Seniorenvertreterin ist von den in Betracht kommenden Seniorenorganisationen je ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin zu entsenden.

(2) Die Trägerkonferenz ist beschlussfähig, wenn zumindest die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend ist. Ein gültiger Beschluss bedarf der Zustimmung der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen.

(3) Die Trägerkonferenz wählt aus ihrer Mitte für eine Funktionsdauer von vier Jahren einen Vorsitzenden/eine Vorsitzende und zwei StellvertreterInnen, denen die Vertretung der Trägerkonferenz gegenüber dem Verbandsvorstand und gegenüber den Versicherungsträgern obliegt. Wiederwahlen sind zulässig. Der/die Vorsitzende hat insbesondere für die rechtzeitige Einberufung der Trägerkonferenz Sorge zu tragen, die Trägerkonferenz zu leiten und die Sitzungspolizei wahrzunehmen. Die näheren Bestimmungen sind in einer von der Trägerkonferenz zu beschließenden „Geschäftsordnung der Trägerkonferenz“ (§ 456a) zu treffen.

Verbandsvorstand

§ 441b. (1) Der Verbandsvorstand besteht aus zwölf Mitgliedern, die von der Trägerkonferenz auf der Grundlage der nach Abs. 2 vorgelegten Vorschläge für vier Jahre entsendet werden; hiebei hat eine Hälfte der Verbandsvorstandsmitglieder der Gruppe der DienstgeberInnen, die andere Hälfte der Gruppe der DienstnehmerInnen anzugehören; die VersicherungsvertreterInnen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates sind der Gruppe der DienstgeberInnen, das von der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst vorzuschlagende Mitglied ist der Gruppe der DienstnehmerInnen zuzurechnen. Wiederholte Entsendungen sind zulässig. Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu entsenden, das derselben Gruppe wie der/die zu Vertretende anzugehören hat. Wird in den Vorschlägen nach Abs. 2 eine wahlwerbende Fraktion nach Abs. 3 nicht berücksichtigt, die in mehr als einem Drittel aller Generalversammlungen der Versicherungsträger nach § 441a Abs. 1 Z 1 lit. a bis d und i - jeweils in der Gruppe der DienstnehmerInnen oder in der Gruppe der DienstgeberInnen - vertreten ist, so hat die betreffende Fraktion jeweils ein weiteres Mitglied in den Verbandsvorstand zu entsenden; diesem Mitglied kommt kein Stimmrecht zu.

(2) Die öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen (§ 421) sowie der Österreichische Gewerkschaftsbund und die Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs haben ein Vorschlagsrecht unter folgenden Auflagen:

1. Die Mitglieder des Verbandsvorstandes haben dem Kreis der **Vorstandsmitglieder und der** Mitglieder der **General- und** Kontrollversammlungen der im § 441a Abs. 1 Z 1 genannten Versicherungsträger anzugehören.
2. Je fünf Mitglieder sind von der Wirtschaftskammer Österreich aus dem Kreis der VersicherungsvertreterInnen der DienstgeberInnen und von der Bundesarbeitskammer aus dem Kreis der VersicherungsvertreterInnen der DienstnehmerInnen vorzuschlagen, wobei neben der Berücksichtigung der fachlichen Eignung der VersicherungsvertreterInnen auch darauf Bedacht zu nehmen ist, dass im Verbandsvorstand ein repräsentativer Querschnitt aller DienstnehmerInnen- und DienstgeberInnengruppen vertreten ist.
3. Ein Mitglied ist von der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs vorzuschlagen.
4. Ein Mitglied ist von der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst vorzuschlagen.
5. Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied vorzuschlagen, das derselben Gruppe wie der/die zu Vertretende anzugehören hat.

(3) Die Wirtschaftskammer Österreich und die Bundesarbeitskammer haben bei ihren Vorschlägen auf die von den wahlwerbenden Fraktionen bei den – der Vorschlagserstattung letztvorangegangenen – Wahlen zu den Fachgruppen und Fachvertretungen der Wirtschaftskammern bzw. zu den satzungsgebenden Organen der Arbeiterkammern der Länder (Vollversammlungen) vorgenommenen Nominierungen unter Zugrundelegung der gesamten Ergebnisse dieser Wahlen nach dem System d'Hondt Bedacht zu nehmen.

(4) Der/die Vorsitzende der Trägerkonferenz hat die im Abs. 2 genannten Interessenvertretungen aufzufordern, ihre Vorschläge innerhalb einer angemessenen Frist, die zumindest einen Monat zu betragen hat, zu erstatten. Verstreicht diese Frist ungenutzt, so hat der/die Vorsitzende der Trägerkonferenz und seine/ihre StellvertreterInnen das Vorschlagsrecht nach den Abs. 1 bis 3 auszuüben.

(5) Folgt die Trägerkonferenz dem Vorschlag einer der im Abs. 2 genannten Interessenvertretungen ganz oder teilweise nicht, so hat der/die Vorsitzende der Trägerkonferenz die in Betracht kommende Interessenvertretung aufzufordern, innerhalb einer angemessenen Frist, die zumindest 14 Tage zu betragen hat, einen neuen Vorschlag zu erstatten; Abs. 4 zweiter Satz ist anzuwenden. Gleichzeitig ist eine neuerliche Sitzung der Trägerkonferenz zum Zweck der Entsendung anzuberaumen. Folgt die Trägerkonferenz ganz oder teilweise nicht dem Vorschlag des/der Vorsitzenden der Trägerkonferenz und seiner/ihrer StellvertreterInnen (Abs. 4), so haben diese innerhalb von 14 Tagen einen neuen Vorschlag unter Anberaumung einer neuerlichen Sitzung der Trägerkonferenz zu erstatten.

(6) Der Verbandsvorstand ist beschlussfähig, wenn zumindest die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist. Ein gültiger Beschluss bedarf – sofern gesetzlich nichts anderes bestimmt ist – der Zustimmung der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen.

(7) Der Verbandsvorstand wählt aus seiner Mitte für die Dauer seiner Funktionsperiode mit der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen einen Verbandsvorsitzenden/eine Verbandsvorsitzende und einen/eine Verbandsvorsitzenden-StellvertreterIn, wobei sowohl die DienstnehmerInnen- als auch die DienstgeberInnengruppe vertreten sein muss.

(8) Dem/der Verbandsvorsitzenden obliegt die Vertretung des Verbandsvorstandes gegenüber der Trägerkonferenz und gegenüber den Versicherungsträgern. Er/sie hat insbesondere für die rechtzeitige Einberufung des Verbandsvorstandes Sorge zu tragen, die Sitzungen des Verbandsvorstandes zu leiten und die Sitzungspolizei wahrzunehmen. Die näheren Bestimmungen sind in einer vom Verbandsvorstand zu beschließenden „Geschäftsordnung des Verbandsvorstandes“ (§ 456a) zu treffen. In dieser Geschäftsordnung sind auch die näheren Bestimmungen über die Wahl des/der Verbandsvorsitzenden und des/der Verbandsvorsitzenden-StellvertreterIn festzulegen.

Unvereinbarkeit

§ 441c. (1) Für die Dauer der Ausübung einer Funktion im Verbandsvorstand ruht die Funktion als VersicherungsvertreterIn in einem Versicherungsträger.

(2) Die Obmänner/Obfrauen und ihre ersten StellvertreterInnen der in § 441a Abs. 1 genannten Versicherungsträger sind von der Entsendung in den Verbandsvorstand ausgeschlossen.

(3) Die Mitglieder des Nationalrates, des Bundesrates, der Landtage, der Bundesregierung und der Landesregierungen dürfen nicht Mitglieder des Verbandsvorstandes sein.

Aufgaben der Trägerkonferenz

§ 441d. (1) Die Trägerkonferenz hat mindestens einmal im Jahr zusammenzutreten.

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

1. die Entsendung der Mitglieder des Verbandsvorstandes;
2. die Beschlussfassung über den vom Verbandsvorstand vorgelegten Jahresvoranschlag (Haushaltsplan einschließlich eines Investitionsplanes); dieser ist dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zur Kenntnis zu bringen;
3. die Genehmigung des Rechnungsabschlusses und die Entlastung des Verbandsvorstandes; diese ist dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zur Kenntnis zu bringen;
4. die Beschlussfassung über die Satzung, die Mustersatzung nach § 455 Abs. 2, die Musterkrankeordnung nach § 456 und die Mustergeschäftsordnung nach § 456a sowie über deren Änderungen;
5. die Erlassung einer Verordnung über den Kostenbeitrag nach § 31 Abs. 2 Z 4;
6. die Beschlussfassung über Richtlinien zur Regelung der dienstrechtlichen Verhältnisse nach § 31 Abs. 3 Z 9;
7. die Zustimmung zu Beschlüssen des Verbandsvorstandes zu Gesamtverträgen nach § 31 Abs. 3 Z 11;
8. die Beschlussfassung über Richtlinien nach § 31 Abs. 5 sowie über deren Änderungen;
9. die Beschlussfassung eines Leitbildes für den Hauptverband;
10. die Entscheidung über Anträge auf Verfolgung von Ansprüchen, die dem Hauptverband gegen Mitglieder der Verwaltungskörper aus deren Amtsführung erwachsen, und die Bestellung der zur Verfolgung dieser Ansprüche Beauftragten;
11. die Beschlussfassung über den aus dem Rechnungsabschluss und den statistischen Nachweisungen bestehenden Jahresbericht des Hauptverbandes und der bei ihm errichteten Fonds.

(3) Die Trägerkonferenz kann unter Aufrechterhaltung ihrer eigenen Verantwortlichkeit Ausschüsse einsetzen und diesen einzelne ihrer Obliegenheiten übertragen. Sie hat jedenfalls einen Rechnungsprüfungsausschuss zu bilden, dem die Vorbereitung der Beschlüsse nach Abs. 2 Z 2, 3 und 11 obliegt.

(4) Der/die Vorsitzende der Trägerkonferenz und seine/ihre StellvertreterInnen sind berechtigt, an den Sitzungen des Verbandsvorstandes mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie sind deshalb in gleicher Weise wie deren Mitglieder von jeder Sitzung des Verbandsvorstandes in Kenntnis zu setzen und mit den diesen zur Verfügung gestellten Unterlagen zu beteiligen.

Zielsteuerung

§ 441e. (1) Die Trägerkonferenz hat nach Anhörung der Versicherungsträger und des Verbandsvorstandes zur Koordinierung des Verwaltungshandels der Versicherungsträger im Rahmen ihrer Zuständigkeit Ziele zu beschließen. Sie hat sich dabei eines Zielsteuerungssystems zu bedienen.

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

1. für das folgende Kalenderjahr und
2. für eine mittelfristige Periode

zu beschließen.

(3) Der/die Vorsitzende der Trägerkonferenz hat diese Ziele mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen abzustimmen.

Aufgaben des Verbandsvorstandes

§ 441f. (1) Dem Verbandsvorstand obliegt die Besorgung aller Aufgaben des Hauptverbandes, die nicht ausdrücklich durch Gesetz der Trägerkonferenz zugewiesen sind. Er vertritt den Hauptverband nach außen.

(2) Der Verbandsvorstand kann unter Aufrechterhaltung seiner eigenen Verantwortlichkeit Ausschüsse einsetzen und diesen einzelne seiner Obliegenheiten übertragen.

(3) Der Verbandsvorstand hat beratende Ausschüsse für die Aufgabenbereiche Krankenversicherung und Prävention, Alterssicherung, Unfallversicherung sowie Informationstechnologie zu bilden. In diese Ausschüsse kann außerdem die Trägerkonferenz aus ihrer Mitte Mitglieder entsenden.

(4) Darüber hinaus hat der Verbandsvorstand unter Aufrechterhaltung seiner eigenen Verantwortlichkeit die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Verbandsmanagement (§ 441g) zu übertragen.

(5) Der/die Verbandsvorsitzende und der/die Verbandsvorsitzenden-StellvertreterIn sind berechtigt, an den Sitzungen der Trägerkonferenz mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie sind deshalb in gleicher Weise wie deren Mitglieder von jeder Sitzung der Trägerkonferenz in Kenntnis zu setzen und mit den diesen zur Verfügung gestellten Unterlagen zu beteiligen.

(6) Der Verbandsvorstand kann mit Zweidrittelmehrheit die Einberufung einer außerordentlichen Sitzung der Trägerkonferenz beschließen. Der/die Vorsitzende der Trägerkonferenz ist verpflichtet, einen solchen Beschluss des Verbandsvorstandes unverzüglich zu vollziehen.

(7) Ergibt sich die Notwendigkeit eines Beschlusses des Verbandsvorstandes zu einem Zeitpunkt, in dem dieser nicht zusammengetreten ist, und kann auf Grund der Dringlichkeit der Sache nicht bis zur nächsten ordentlichen Sitzung des Verbandsvorstandes zugewartet werden, so hat der/die Verbandsvorsitzende den Verbandsvorstand zu einer außerordentlichen Sitzung einzuberufen.

(8) Der Verbandsvorstand hat zu den Beschlüssen des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich (§ 442) innerhalb angemessener Frist Stellung zu nehmen und diese Stellungnahme auch der Trägerkonferenz vorzulegen.

Verbandsmanagement

§ 441g. (1) Das Verbandsmanagement besteht aus dem/der leitenden Angestellten und seinen/ihren höchstens drei Stellvertretern/Stellvertreterinnen. Sie werden vom Verbandsvorstand im Wege einer öffentlichen Stellenausschreibung für eine Funktionsperiode von vier Jahren bestellt, wobei das Stellenbesetzungsgebot, BGBl. I Nr. 26/1998, anzuwenden ist. Wiederbestellungen sind zulässig.

(2) Das Verbandsmanagement ist an die Weisungen des Verbandsvorstandes gebunden; es hat dem Verbandsvorstand regelmäßig über die ihm übertragenen Aufgaben zu berichten und alle Aufklärungen zu geben und alle Unterlagen vorzulegen, die dieser zur Ausübung seiner Tätigkeit benötigt.

Teilnahme der Betriebsvertretungen an den Sitzungen der Verwaltungskörper des Hauptverbandes

§ 441h. Zwei in einer gemeinsamen Sitzung der Vorsitzenden der Betriebsvertretungen aller Versicherungsträger aus ihrer Mitte mit einfacher Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen gewählte VertreterInnen sind an den Sitzungen der Trägerkonferenz und des Verbandsvorstandes mit beratender Stimme teilnahmeberechtigt. § 439 ist entsprechend anzuwenden.“

24. Im Achten Teil wird nach Abschnitt IVa folgender Abschnitt IVb samt Überschrift eingefügt:

„ABSCHNITT IVb

Sozial- und Gesundheitsforum Österreich

Einrichtung und Zusammensetzung

§ 442. (1) Beim Hauptverband ist ein „Sozial- und Gesundheitsforum Österreich“ einzurichten, dessen Mitglieder vom Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen nach Abs. 2 für vier Jahre zu bestellen sind.

(2) Für je ein Mitglied steht der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeitskammer, dem Seniorenrat und dem Bundesjugendbeirat das Vorschlagsrecht zu. Dem Österreichischen Gewerkschaftsbund steht das Vorschlagsrecht für zwei Mitglieder zu, von denen eines auf Vorschlag der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst zu bestellen ist. Für je ein Mitglied steht der Industriellenvereinigung, der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs, der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, der Bundesstrukturkommission für den Bereich der öffentlichen Spitäler, der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, der Österreichischen Bischofskonferenz, dem Evangelischen Oberkirchenrat A. B. und H. B., der Arbeitsgemeinschaft der Patientenanwälte, dem Fonds Gesundes Österreich, dem Österreichischen Zivilinvalidenverband, dem Kriegsopfer- und Behindertenverband Österreich, der ArGe Selbsthilfe Österreich, der Pharmig Vereinigung pharmazeutischer Unternehmen, den medizinischen Fakultäten der österreichischen Universitäten und der Akademie der Wissenschaften das Vorschlagsrecht zu. Weiters haben der Bundesminister für Finanzen, jede Landesregierung, der Österreichische Städtebund, der Österreichische Gemeindebund und jede der im Nationalrat vertretenen politischen Parteien je ein Mitglied vorzuschlagen. Schließlich hat die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen einen Gesundheitsökonomen/eine Gesundheitsökonomin und ein weiteres Mitglied und

der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zwei weitere Mitglieder unter Berücksichtigung ihrer fachlichen Eignung zu bestellen.

(3) Das Sozial- und Gesundheitsforum Österreich ist beschlussfähig, wenn zumindest ein Drittel seiner Mitglieder anwesend ist. Ein gültiger Beschluss bedarf der Zustimmung der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen. Erreicht die überstimmte Minderheit in inhaltlichen Fragen zumindest die Stärke von einem Viertel der Mitglieder des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich, so ist die abweichende begründete Meinung dieser Minderheit dem Beschluss des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich anzuschließen.

(4) Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz bestellt auf Vorschlag des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich aus dessen Mitte einen Vorsitzenden/eine Vorsitzende und einen Stellvertreter/eine Stellvertreterin. Dem/der Vorsitzenden obliegt die Vertretung des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich gegenüber den Verwaltungskörpern des Hauptverbandes, gegenüber den Versicherungsträgern und nach außen. Insbesondere hat er für die rechtzeitige Einberufung des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich Sorge zu tragen, die Sitzungen zu leiten und die Sitzungspolizei wahrzunehmen. Die näheren Bestimmungen sind in einer vom Sozial- und Gesundheitsforum Österreich zu beschließenden „Geschäftsordnung des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich“ (§ 456a) zu treffen.

Aufgaben

§ 442a. Dem Sozial- und Gesundheitsforum Österreich obliegt die Beratung der Trägerkonferenz, des Verbandsvorstandes, des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen in Fragen der allgemeinen sozialpolitischen Entwicklungen. Zu den Aufgaben des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich zählt es insbesondere, aktuelle und künftige sozialpolitische Entwicklungen zu verfolgen, zu erforschen bzw. durch Vergabe von Forschungsaufträgen erforschen zu lassen, und auf dieser Grundlage Vorschläge zur Verbesserung der sozialen Leistungen oder zur Kostenminimierung bei den Sozialversicherungsträgern und beim Hauptverband zu erstatten. Die Forschungsergebnisse sind in einem jährlich herauszugebenden „Weißbuch der österreichischen Sozialpolitik“ zu veröffentlichen.

Entschädigungen

§ 442b. (1) Die Tätigkeit als Mitglied des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich erfolgt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung und begründet kein Dienstverhältnis zum Hauptverband.

(2) Die Mitglieder des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten unter Anwendung der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 31.

(3) Der/die Vorsitzende des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich und sein/ihr Stellvertreter oder seine/ihrre Stellvertreterin haben Anspruch auf Entschädigung. Das Nähere hat der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch Verordnung zu bestimmen, wobei die für ein Jahr zustehende Entschädigung 40 % des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen darf.

(4) Die Mitglieder des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich haben, soweit für sie nicht Abs. 3 gilt, Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch Verordnung festzusetzen hat.“

24a. Im § 446a zweiter Satz wird nach dem Ausdruck „§ 81 Abs. 2“ der Ausdruck „sowie für die Gründung von Tochtergesellschaften bzw. die Beteiligung an weiteren Vereinen und Gesellschaften im Rahmen solcher Finanzierungs- und Betreibermodelle“ eingefügt.

25. Im § 447b Abs. 2 vorletzter Satz wird der Ausdruck „des Verwaltungsrates“ durch den Ausdruck „der Trägerkonferenz“ ersetzt.

25a. Nach § 448 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Der Aufsicht des Bundes unterliegen auch die im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen nach § 81 Abs. 2 errichteten (gegründeten) Vereine, Fonds oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung bzw. Vereine, Fonds oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung, an denen der Hauptverband oder mindestens ein Versicherungsträger im Rahmen eines solchen Finanzierungs- und Betreibermodells beteiligt ist. Dies gilt jedenfalls so lange, als die Beteiligung des Hauptverbandes bzw. der Versicherungsträger ein Ausmaß von mindestens 50 % umfasst oder die Gesellschafts- oder Stimmrechtsanteile mindestens 50 % betragen. Im Fall einer Minderheitsbetei-

ligung des Hauptverbandes bzw. der Versicherungsträger sind die Aufsichtsrechte des Bundes in geeigneter Weise sicherzustellen.“

26. *Im § 448 Abs. 3 vorletzter Satz wird der Klammerausdruck „(des Verwaltungsrates des Hauptverbandes)“ durch den Klammerausdruck „(100 % bzw. 50 % der niedrigsten Funktionsgebühr eines Mitgliedes des Verbandsvorstandes des Hauptverbandes)“ ersetzt.*

27. *Im § 453 Abs. 2 erster Satz wird der Klammerausdruck „(Hauptversammlung)“ durch den Klammerausdruck „(Trägerkonferenz)“, der Klammerausdruck „(Verwaltungsrates)“ durch den Klammerausdruck „(Verbandsvorstandes)“ und der Klammerausdruck „(Präsidenten)“ durch den Klammerausdruck „(des/der Verbandsvorsitzenden)“ ersetzt.*

28. *Im § 453 Abs. 2 zweiter Satz wird der Klammerausdruck „(Präsidenten)“ durch den Klammerausdruck „(des/der Verbandsvorsitzenden)“ ersetzt.*

29. *Im § 453 Abs. 2 letzter Satz wird der Klammerausdruck „(Präsident)“ durch den Klammerausdruck „(der/die Verbandsvorsitzende)“ ersetzt.*

30. *Im § 455 Abs. 3 erster Satz wird der Ausdruck „Geschäftsführung“ durch den Ausdruck „Trägerkonferenz“ ersetzt.*

31. *Im § 455 Abs. 3 zweiter Satz wird der Ausdruck „Geschäftsführung“ durch den Ausdruck „Trägerkonferenz“ ersetzt.*

32. *Im § 456a Abs. 1 wird nach dem Ausdruck „Versicherungsträger“ der Ausdruck „und des Hauptverbandes“ eingefügt.*

33. *§ 456a Abs. 3 erster Satz lautet:*

„Die Geschäftsordnungen der Vorstände (der Trägerkonferenz, des Verbandsvorstandes) haben Anhänge zu enthalten, in denen Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieser Verwaltungskörper anzuführen sind, mit denen diese einzelne ihrer Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann/der Obfrau oder die Be- sorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers (dem Verbandsma- nagement des Hauptverbandes) übertragen haben.“

34. *Im § 456a Abs. 4 wird der Ausdruck „für die Hauptversammlung, die Geschäftsführung und den Ver- waltungsrat“ durch den Ausdruck „für die Generalversammlung, den Vorstand und die Kontrollversamm- lung“ ersetzt.*

35. *Im § 460 Abs. 1 dritter Satz wird der Klammerausdruck „(Verwaltungsrat)“ durch den Klammeraus- druck „(Verbandsvorstand)“ ersetzt.*

36. *Im § 460 Abs. 3 erster Satz wird der Klammerausdruck „(der Geschäftsführung)“ durch den Klam- merausdruck „(Verbandsvorstand)“ ersetzt.*

37. *Im § 460 Abs. 3 zweiter Satz wird der Klammerausdruck „(Verwaltungsrat)“ durch den Klammeraus- druck „(der/die Verbandsvorsitzende)“ ersetzt.*

38. *Im § 460 Abs. 5 erster Satz wird der Klammerausdruck „(dem für Personalangelegenheiten zuständi- gen Geschäftsführer)“ durch den Klammerausdruck „(dem/der Verbandsvorsitzenden)“ ersetzt.*

39. *Im § 593 Abs. 3 dritter Satz wird der Klammerausdruck „(der Geschäftsführung)“ durch den Klam- merausdruck „(Verbandsvorstandes)“ ersetzt.*

40. *Nach § 617 wird folgender § 618 samt Überschrift angefügt:*

„Schlussbestimmungen zu Art. 1 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004 (63. Novelle)

§ 618. (1) Die §§ 31 Abs. 3 Z 13 und Abs. 5a, 31b Abs. 2, 32a samt Überschrift, 32b Abs. 1 bis 3, 32c, 32d Abs. 2, 32f samt Überschrift, **34 Abs. 2**, 420 Abs. 5 Z 2, 440 Abs. 5 Z 1, 440a Abs. 3 Z 3 und Abs. 5 Z 2, 440f Abs. 4, 441 bis 441h samt Überschriften, 442 bis 442b samt Überschriften, **446a**, 447b Abs. 2, 448 Abs. **1a und** 3, 453 Abs. 2, 455 Abs. 3, 456a Abs. 1, 3 und 4, 460 Abs. 1, 3 und 5 sowie 593 Abs. 3 und die Überschrift zum 6. Unterabschnitt des Abschnittes III des Ersten Teiles in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(2) § 32b Abs. 1 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(3) Die drei mitgliederstärksten im Bundesseniorenbirat vertretenen Seniorenorganisationen (§ 3 des Bundesseniorengesetzes, BGBl. I Nr. 84/1998) sind verpflichtet, die von ihnen nach § 441a Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004 zu entsendenden Mitglieder der Trägerkonferenz bis zum 31. Dezember 2004 zu bestimmen und dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz namhaft zu machen.

(4) Die Mitglieder der Trägerkonferenz nach § 441a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004 werden erstmals vom Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zur konstituierenden Sitzung eingeladen. Mit ihrem ersten Zusammentreffen ist die Trägerkonferenz konstituiert. In der konstituierenden Sitzung wählen die Mitglieder der Trägerkonferenz aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden/eine Vorsitzende und zwei Vorsitzenden-StellvertreterInnen; das an Lebensjahren älteste Mitglied aus dem Kreis der Obmänner/Obfrauen führt hiebei den Vorsitz. Die Trägerkonferenz hat bis zum 31. Jänner 2005 die Mitglieder und Ersatzmitglieder des Verbandsvorstandes zu entsenden; die entsprechenden Vorschläge der Interessenvertretungen sind bis längstens 7. Jänner 2005 zu erstatten.

(5) Die Mitglieder des Verbandsvorstandes nach § 441b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004 werden erstmals vom Vorsitzenden/von der Vorsitzenden der Trägerkonferenz zur konstituierenden Sitzung in der Weise eingeladen, dass der Verbandsvorstand ab 1. Februar 2005 seine Aufgaben und Obliegenheiten wahrnehmen kann. Mit seinem ersten Zusammentreffen ist der Verbandsvorstand konstituiert. In der konstituierenden Sitzung wählen die Mitglieder des Verbandsvorstandes aus ihrer Mitte einen Verbandsvorsitzenden/eine Verbandsvorsitzende und einen/eine Verbandsvorsitzenden-StellvertreterIn; der/die Vorsitzende der Trägerkonferenz führt hiebei den Vorsitz.

(6) Der Verbandsvorstand hat bis zum 31. März 2005 mit Wirkung ab 1. April 2005 das Verbandsmanagement zu bestellen.

(7) Bis zum Ablauf des 31. März 2005 führt die bisherige Geschäftsführung nach den §§ 441c und 442b ASVG in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung die Geschäfte des Hauptverbandes unter Weisungsgebundenheit gegenüber dem Verbandsvorstand und der Trägerkonferenz weiter. Bis zur Konstituierung der Trägerkonferenz nach Abs. 4 haben der Verwaltungsrat nach den § 441b und 442a ASVG in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung und die Hauptversammlung nach den §§ 441a und 442 ASVG in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung ihre Aufgaben weiter zu besorgen.“

Teil 2

1. Im § 26 Abs. 1 Z 4 lit. a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 entfällt der Ausdruck „mit Ausnahme der Kleinseilbahnen.“

1a. Im § 31 Abs. 5 Z 16 wird nach dem Ausdruck „Krankenscheingebühr“ der Ausdruck „und vom Service-Entgelt“ eingefügt.

2. § 31 Abs. 5 Z 33 wird aufgehoben.

2a. § 31c samt Überschrift lautet:

„Krankenscheinersatz

§ 31c. (1) Eine innerhalb des ELSY zu verwendende Chipkarte (insbesondere die e-card) hat alle Arten von Krankenscheinen (Krankenkassenschecks, Behandlungsscheine, Patientenscheine, Arzthilfescheine) zu ersetzen. Sie ist zu diesem Zweck ab dem Zeitpunkt ihrer Verfügbarkeit bei jeder Inanspruchnahme eines/einer mit der entsprechenden technischen Infrastruktur ausgestatteten Vertragspartners/Vertragspartnerin (§§ 338 ff.) vorzulegen. Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen ist ermächtigt, im Einführungszeitraum regional jeweils den Zeitpunkt festzulegen, ab dem von der Vorlage des Krankenscheines wegen der gesicherten Verfügbarkeit der technischen Infrastruktur der e-card abzusehen ist.

(2) Für die e-card ist von der anspruchsberechtigten Person ein Service-Entgelt von 10 € pro Kalenderjahr für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Für die im § 135 Abs. 3 Z 1 bis 6 genannten Personen ist das Service-Entgelt nicht zu entrichten.

(3) Das Service-Entgelt ist jeweils zum 15. November für das folgende Kalenderjahr, erstmals zum 15. November 2005 für das Jahr 2006, vom Versicherten/von der Versicherten für sich und seine/ihre Angehörigen einzuheben durch

1. den Dienstgeber/die Dienstgeberin oder

2. die sonst zur Ausstellung von Krankenscheinen (Abs. 1) verpflichtete Stelle bzw. nach Ablösung des Krankenscheines durch die e-card zuletzt verpflichtet gewesene Stelle

und in entsprechender Anwendung der Vorschriften über die allgemeinen Beiträge an den Krankenversicherungsträger abzuführen. Der Hauptverband kann davon abweichende Bestimmungen über die Abführung der Service-Entgelte an die Krankenversicherungsträger in der Verordnung nach Abs. 4 vorsehen.

(4) Wurde das Service-Entgelt für ein Kalenderjahr von einer anspruchsberechtigten Person mehrfach eingehoben, so sind die über Abs. 2 hinausgehenden Beträge auf Antrag rückzuerstatteten. Das Nähere ist durch eine Verordnung des Hauptverbandes zu regeln.“

3. § 53b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 samt Überschrift lautet:

„Zuschüsse an die Dienstgeber/innen

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

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

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

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

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

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

4. Im § 71 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 106/2004 wird der Ausdruck „§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. a bis d“ durch den Ausdruck „§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. a bis e“ ersetzt.

5. Im § 71 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 entfällt der Ausdruck „im vorhinein“.

6. § 128 samt Überschrift lautet:

„Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 128. Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungsträger, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.“

7. Der bisherige Text des § 131b erhält die Absatzbezeichnung „(1“; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Zuschuss festzusetzen. Die Höhe des Zuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für

diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.“

7a. Im § 135 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 140/2002 wird der zweite Satz durch folgenden Satz ersetzt:

„Für die e-card ist ein Service-Entgelt nach § 31c zu entrichten.“

7b. Im § 153 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 140/2002 werden der zweite und der dritte Satz durch folgenden Satz ersetzt:

„Für die e-card ist ein Service-Entgelt nach § 31c zu entrichten.“

8. Im § 172 Abs. 1 letzter Satz wird nach dem Ausdruck „ASchG“ der Ausdruck „und Zuschüsse zur teilweisen Vergütung des Aufwandes für die Entgeltfortzahlung nach § 53b“ eingefügt.

9. ~~Dem § 173 Z 1 wird folgende lit. j angefügt: Im § 173 wird am Ende der Z 2 der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 3 angefügt:~~

„3. im Falle einer durch eine Krankheit oder einen Unfall verursachten Arbeitsverhinderung des/der Versicherten:

~~„j) Zuschüsse zur teilweisen Vergütung des Aufwandes für die Entgeltfortzahlung (§ 53b);“~~ „nach § 53b.“

10. § 447h wird aufgehoben: 9a. § 175 Abs. 5 Z 1 lautet:

„1. bei der Teilnahme an Schulveranstaltungen, schulbezogenen Veranstaltungen sowie individuellen Berufs(bildungs)orientierungen nach den §§ 13, 13a und 13b des Schulunterrichtsgesetzes, BGBl. Nr. 472/1986;“

10. § 447h samt Überschrift lautet:

„Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung

§ 447h. (1) Beim Hauptverband ist ein Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung zu errichten. 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 Gesundheit und Frauen vorzulegen.

(2) Die Mittel des Fonds werden aufgebracht durch:

1. die Überweisungen nach § 447a Abs. 8 Z 2;
2. sonstige Einnahmen.

(3) Die Mittel des Fonds sind für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie für vom Hauptverband koordinierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu verwenden. Mindestens 10 % dieser Mittel sind jeweils für bundesweite Maßnahmen zur Förderung und Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu verwenden; der Hauptverband hat die Verwendung dieser Mittel bis 31. August jedes Jahres zu planen und mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen abzustimmen. Die Überweisung der verbleibenden Mittel an die Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter als Träger der Krankenversicherung erfolgt nach Maßgabe des Einlangens

1. im Jahr 2005 nach dem Schlüssel des § 447f Abs. 11 Z 2 und
2. in den Jahren 2006 bis 2008 unter Berücksichtigung der Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Beschluss der Trägerkonferenz.

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

1. die zahlenmäßige Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie eine Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen,

- 2. eine Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie einer Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre,**
- 3. die Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind,**
- 4. eine gezielte Evaluierung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen nach spezifischen Risikogruppen,**
- 5. die Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.“**

11. Im § 473 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 wird der Ausdruck „nach den §§ 472 und 474“ durch den Ausdruck „nach § 472“ ersetzt.

12. § 474 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 106/2004 wird aufgehoben.

13. § 474 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 106/2004 erhält die Bezeichnung „(2)“.

14. Im § 597 Abs. 6 wird der Ausdruck „2004“ durch den Ausdruck „2005“ ersetzt.

15. Im § 600 Abs. 1 ~~Z 4a wird der Ausdruck „2005“ durch den Ausdruck „2006“ ersetzt.~~ wird die Z 4a durch folgende Z 4a und 4b ersetzt:

- „4a. mit 1. Jänner 2005 § 58 Abs. 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 140/2002;**
- 4b. mit 1. Jänner 2006 die §§ 31 Abs. 5 Z 16, 135 Abs. 3, 153 Abs. 4 und 361 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 140/2002;“**

16. Im § 609 Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „474 Abs. 1, 2 und 3 (neu)“ durch den Ausdruck „474 Abs. 1 und 2“ ersetzt.

17. § 609 Abs. 5 erster Satz lautet:

„Der Hauptverband hat mit der Österreichischen Ärztekammer für die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau bis spätestens 31. März 2005 einen Gesamtvertrag über die Beziehungen zu den freiberuflich tätigen Ärzt/inn/en und den Gruppenpraxen abzuschließen.“

18. § 609 Abs. 5 zweiter Satz lautet:

„Bis dahin gilt § 343 Abs. 1 in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung für bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau versicherte Personen,

1. für die am 31. Dezember 2004 die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues in der Krankenversicherung zuständig war,
2. die nach dem 31. Dezember 2004 die Voraussetzungen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. i bis l erfüllen,
3. die nach dem 31. Dezember 2004 aufgrund des Abschnittes IV des Vierten Teiles dieses Bundesgesetzes eine Pension beziehen,
4. die nach dem 31. Dezember 2004 den ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst antreten und die unmittelbar vor Antritt des Präsenzdienstes die Voraussetzungen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. i bis l erfüllt haben.“

19. Nach § 609 Abs. 9 wird folgender Abs. 9a eingefügt:

„(9a) In einer Rahmenvereinbarung oder Verordnung nach Abs. 9 ist zu bestimmen, dass die Einholung der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger nach § 350 Abs. 3 erster Satz unter Verwendung der technischen Infrastruktur der e-card zu erfolgen hat. In der Verordnung nach Abs. 9 kann zur Sicherstellung der Nutzung der technischen Infrastruktur der e-card für diesen Zweck die verpflichtende Bekanntgabe technischer Anforderungen durch den Hauptverband vorgesehen werden. Steht die technische Infrastruktur der e-card für diesen Zweck nach dem 31. Dezember 2004 nicht zur Verfügung, kann die Verordnung nach Abs. 9 die nachfolgende Kontrolle an Stelle der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung unter sinngemäßer Anwendung der §§ 31 Abs. 3 Z 12 lit. b, Abs. 5 Z 13, 343 Abs. 5 und 350 Abs. 3 mit der Maßgabe vorsehen, dass an die Stelle der Dokumentation der bestimmten Verwendung eine Dokumentation über die Auswahl der Arzneispezialität tritt. Den Gesamtvertragspartnern nach § 341 kann die Vereinbarung einer Beibehaltung der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung freigestellt oder aufgetragen werden.“

20. Nach § 618 wird folgender § 619 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 1 Teil 2 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xx/2004 (63. Novelle)

§ 619. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Dezember 2004 § 609 ~~Abs. 9a~~; **Abs. 9a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004;**
2. mit 1. Jänner 2005 die §§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. a, **31 Abs. 5 Z 16, 31c samt Überschrift**, 53b samt Überschrift, 71 Abs. 1 und 3, 128 samt Überschrift, 172 Abs. 1, 173 ~~Z 1 lit. j, Z 2 und 3, 175~~ **Abs. 5 Z 1, 447h samt Überschrift**, 473 Abs. 3, 474 Abs. 2 in der Fassung der Z 13, 597 Abs. 6, 600 Abs. 1 Z 4a **und 4b** sowie 609 Abs. 1 Z 2 und Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004;
3. mit 1. Jänner **2006 die §§ 135 Abs. 3 und 153 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004;**
- 4. mit 1. Jänner** 2008 § 131b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004.

(2) Es treten außer Kraft:

1. mit Ablauf des 31. Dezember 2004 die **(2) Die** §§ 31 Abs. 5 Z 33 und 474 Abs. 2 in der Fassung der ~~Z 12~~;
2. mit 1. Jänner 2005 § 447h.

Z 12 treten mit ~~(3) Gesamtvertragspartner nach § 341 können durch Vereinbarung die für die Abgabe von Arzneispezialitäten auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers notwendigen ärztlichen Bewilligungen (§ 350 Abs. 3 erster Satz) des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger aussetzen. Die Wahrung des finanziellen Gleichgewichtes des Systems der sozialen Sicherheit ist durch verbindliche Ziele sicherzustellen. Verlängerungen der Vereinbarung können nur erfolgen, solange die Ziele nicht überschritten werden. Der erforderliche Inhalt der Vereinbarung ist in der Rahmenvereinbarung oder der Verordnung nach § 609 Abs. 9 zu bestimmen.~~

~~(4) Sobald dem/der Versicherten sowie dem/der anspruchsberechtigten Angehörigen eine innerhalb des ELSV als Krankenscheinersatz zu verwendende Chipkarte zur Verfügung steht, hat er/sie diese auch während des Zeitraumes, in dem die Chipkarte noch nicht als Krankenscheinersatz gilt, bei jeder Inanspruchnahme eines Vertragspartners vorzulegen.~~

~~(5) Der Hauptverband hat der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bis zum 31. Mai 2005 einen gemeinsam mit den im Ausgleichsfonds vertretenen Krankenversicherungsträgern erarbeiteten Vorschlag für eine Neuregelung über einen Strukturausgleich zwischen den Gebietskrankenkassen zu übermitteln.“~~

Artikel 2

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (30. Novelle zum GSVG)

~~Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 105/2004, wird wie folgt geändert:~~

1. Nach § 85 Abs. 4 wird folgender Abs. 4a eingefügt:

~~„(4a) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Kostenersatz festzusetzen. Die Höhe des Kostenersatzes hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.“~~

2. § 87 samt Überschrift lautet:

„Leistungen bei mehrfacher Versicherung

~~§ 87. (1) Bei mehrfacher gesetzlicher Krankenversicherung sind die Sachleistungen und die Geldleistungen, soweit es sich um die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen handelt, für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Träger der Krankenversicherung, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die sonstigen Geldleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Krankenversicherungen.~~

~~(2) Hat eine Versicherte/ein Versicherter im Falle der Anstaltspflege Anspruch auf Leistungen gemäß § 96 Abs. 2, so sind diese Leistungen, soweit sie im Falle der Inanspruchnahme eines anderen Krankenversicherungsträgers über das Ausmaß der von diesem Versicherungsträger zu erbringenden Leistung hinausgehen, vom Versicherungsträger zusätzlich zu gewähren.“~~

3. Nach § 306 wird folgender § 307 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xx/2004 (30. Novelle)

§ 307. (1) Es treten in Kraft:

- 1. mit 1. Jänner 2005 § 87 samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004;
- 2. mit 1. Jänner 2008 § 85 Abs. 4a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004.

~~(2) Sobald dem/der Versicherten sowie dem/der anspruchsberechtigten Angehörigen eine innerhalb des ELSY als Krankenscheinersatz zu verwendende Chipkarte zur Verfügung steht, hat er/sie diese auch während des Zeitraumes, in dem die Chipkarte noch nicht als Krankenscheinersatz gilt, bei jeder Inanspruchnahme eines Vertragspartners vorzulegen.“~~

Artikel 3

Änderungen des Bauern Sozialversicherungsgesetzes (29. Novelle zum BSVG)

~~Das Bauern Sozialversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 105/2004, wird wie folgt geändert:~~

1. Dem § 80 wird folgender Abs. 8 angefügt:

~~„(8) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Kostenzuschuss nach Abs. 1 festzusetzen. Die Höhe des Kostenzuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.“~~

2. § 80a samt Überschrift lautet:

„Leistungen bei mehrfacher Versicherung in der Krankenversicherung

~~§ 80a. Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für einen und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungsträger, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.“~~

3. Nach § 295 wird folgender § 296 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xx/2004 (29. Novelle)

§ 296. (1) Es treten in Kraft:

- 1. mit 1. Jänner 2005 § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004;
- 2. mit 1. Jänner 2008 § 80 Abs. 8 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004.

~~(2) Sobald dem/der Versicherten sowie dem/der anspruchsberechtigten Angehörigen eine innerhalb des ELSY als Krankenscheinersatz zu verwendende Chipkarte zur Verfügung steht, hat er/sie diese auch während des Zeitraumes, in dem die Chipkarte noch nicht als Krankenscheinersatz gilt, bei jeder Inanspruchnahme eines Vertragspartners vorzulegen.“~~

Artikel 4

Änderungen des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (32. Novelle zum B-KUVG)

~~Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 145/2003, wird wie folgt geändert:~~

1. Dem § 1 Abs. 1 Z 17 lit. b wird folgende sublit. ee angefügt:

~~„ee) deren Dienstverhältnis auf dem Landesvertragslehrergesetz 1966, BGBI. Nr. 172, beruht und nach Ablauf des 31. Dezember 2000 begründet wird;“~~

2. § 2 Abs. 1 erster Satz lautet:

~~„Von der Krankenversicherung sind – unbeschadet Abs. 2 – jeweils nur hinsichtlich der, von den folgenden Ausnahmetatbeständen umfassten Tätigkeiten ausgenommen:“~~

3. Im § 2 Abs. 1 Z 2 entfällt der Ausdruck „Kranken- und Unfallfürsorge der Beamten der Landeshauptstadt Innsbruck.“

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

~~„Dies gilt ebenso für die Lehrer/innen des Bundeslandes Wien nach dem Landesvertragslehrer- gesetz 1966 einschließlich der Bezieher/innen einer aus dieser Tätigkeit herrührenden Pension oder eines aus dieser Tätigkeit herrührenden Übergangsgeldes.“~~

5. Dem § 19 Abs. 1 Z 3 wird folgender Halbsatz angefügt:

~~„außer Betracht bleiben Beiträge, die der Dienstgeber für die Versicherten im Sinne des § 15 Bundesbe- zügegesetz, BGBI. I Nr. 64/1997, oder gleichartiger landesgesetzlicher Regelungen an eine Pensionskasse leistet, soweit sie nach § 26 Z 7 Einkommensteuergesetz 1988 nicht der Einkommen(Lohn)steuerpflicht unterliegen;“~~

6. Im § 26 Abs. 1 Z 3 wird folgender Halbsatz angefügt:

~~„§ 19 Abs. 1 Z 3 zweiter Halbsatz ist anzuwenden;“~~

7. § 57 samt Überschrift lautet:

„Leistungen bei mehrfacher Versicherung“

~~§ 57. Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungsträger, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.“~~

8. Der bisherige Text des § 60a erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:

~~„(2) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Zuschuss festzusetzen. Die Höhe des Zuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.“~~

9. Im § 194 Abs. 2 entfällt der Ausdruck „zum Inkrafttreten des § 57 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 174/1999 mit“ und der Ausdruck „2005“ wird durch den Ausdruck „2006“ ersetzt.

10. Im § 203 Abs. 2 wird der Ausdruck „2004“ durch den Ausdruck „2005“ ersetzt.

11. Nach § 209 wird folgender § 210 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xx/2004 (32. Novelle)

§ 210. (1) Es treten in Kraft:

~~1. mit 1. Jänner 2005 die §§ 1 Abs. 1 Z 17 lit. b sublit. ee, 2 Abs. 1 erster Satz und Abs. 2, 19 Abs. 1 Z 3, 26 Abs. 1 Z 3, 57 samt Überschrift, 194 Abs. 2 und 203 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004;~~

2. mit 1. Jänner 2008 § 60a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004;
 3. rückwirkend mit 1. Oktober 2004 § 2 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004.

(2) Sobald dem/der Versicherten sowie dem/der anspruchsberechtigten Angehörigen eine innerhalb des ELSY als Krankenscheinersatz zu verwendende Chipkarte zur Verfügung steht, hat er/sie diese auch während des Zeitraumes, in dem die Chipkarte noch nicht als Krankenscheinersatz gilt, bei jeder Inanspruchnahme eines Vertragspartners vorzulegen.“

Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(3) Gesamtvertragspartner nach § 341 können durch Vereinbarung die für die Abgabe von Arzneispezialitäten auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers notwendigen ärztlichen Bewilligungen (§ 350 Abs. 3 erster Satz) des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger aussetzen. Die Wahrung des finanziellen Gleichgewichtes des Systems der sozialen Sicherheit ist durch verbindliche Ziele sicherzustellen. Verlängerungen der Vereinbarung können nur erfolgen, solange die Ziele nicht überschritten werden. Der erforderliche Inhalt der Vereinbarung ist in der Rahmenvereinbarung oder der Verordnung nach § 609 Abs. 9 zu bestimmen.

(4) Der Hauptverband hat der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bis zum 31. Mai 2005 einen gemeinsam mit den im Ausgleichsfonds vertretenen Krankenversicherungsträgern erarbeiteten Vorschlag für eine Neuregelung über einen Strukturausgleich zwischen den Gebietskrankenkassen zu übermitteln.“

Artikel 2

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (30. Novelle zum GSVG)

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 105/2004, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 85 Abs. 4 wird folgender Abs. 4a eingefügt:

„(4a) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Kostenerersatz festzusetzen. Die Höhe des Kostenersatzes hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.“

2. § 87 samt Überschrift lautet:

„Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 87. (1) Bei mehrfacher gesetzlicher Krankenversicherung sind die Sachleistungen und die Geldleistungen, soweit es sich um die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen handelt, für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Träger der Krankenversicherung, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die sonstigen Geldleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Krankenversicherungen.

(2) Hat eine Versicherte/ein Versicherter im Falle der Anstaltpflege Anspruch auf Leistungen gemäß § 96 Abs. 2, so sind diese Leistungen, soweit sie im Falle der Inanspruchnahme eines anderen Krankenversicherungsträgers über das Ausmaß der von diesem Versicherungsträger zu erbringenden Leistung hinausgehen, vom Versicherungsträger zusätzlich zu gewähren.“

2a. § 109 samt Überschrift lautet:

„Verwendung von Chipkarten

§ 109. § 31c ASVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass in der Satzung vorzusehen ist, von welchen anspruchsberechtigten Personen ein Service-Entgelt einzuheben ist. Die Satzung hat hiebei auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers Bedacht zu nehmen. Die Einhebung erfolgt durch den Versicherungsträger.“

2b. Im § 218a zweiter Satz wird nach dem Ausdruck „§ 43 Abs. 2“ der Ausdruck „sowie für die Gründung von Tochtergesellschaften bzw. die Beteiligung an weiteren Vereinen und Gesellschaften im Rahmen solcher Finanzierungs- und Betreibermodelle“ eingefügt.

2c. Nach § 220 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Der Aufsicht des Bundes unterliegen auch die im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen nach § 43 Abs. 2 errichteten (gegründeten) Vereine, Fonds oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung bzw. Vereine, Fonds oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung, an denen der Versicherungsträger im Rahmen eines solchen Finanzierungs- und Betreibermodells beteiligt ist. Dies gilt jedenfalls so lange, als die Beteiligung des Versicherungsträgers ein Ausmaß von mindestens 50 % umfasst oder die Gesellschafts- oder Stimmrechtsanteile mindestens 50 % betragen. Im Fall einer Minderheitsbeteiligung des Versicherungsträgers sind die Aufsichtsrechte des Bundes in geeigneter Weise sicherzustellen.“

3. Nach § 306 wird folgender § 307 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xx/2004 (30. Novelle)

§ 307. Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2005 die §§ 87 samt Überschrift, 109 samt Überschrift, 218a und 220 Abs. 1a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004;
2. mit 1. Jänner 2008 § 85 Abs. 4a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004.“

Artikel 3

Änderungen des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (29. Novelle zum BSVG)

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 105/2004, wird wie folgt geändert:

1. Im § 80 Abs. 2 werden der dritte und der vierte Satz durch folgende Sätze ersetzt:

„Für ärztliche Hilfe und chirurgisch konservierende Zahnbehandlung durch niedergelassene Ärzte, Dentisten und Gruppenpraxen beträgt der Kostenanteil (Behandlungsbeitrag) einheitlich 7,14 € pro Behandlungsfall und Quartal. Als Behandlungsfall gilt auch die mehrmalig im Quartal erfolgende Leistungsinanspruchnahme.“

1a. Dem § 80 wird folgender Abs. 8 angefügt:

„(8) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Kostenzuschuss nach Abs. 1 festzusetzen. Die Höhe des Kostenzuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.“

2. § 80a samt Überschrift lautet:

„Leistungen bei mehrfacher Versicherung in der Krankenversicherung

§ 80a. Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungsträger, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.“

2a. § 101a samt Überschrift lautet:

„Verwendung von Chipkarten

§ 101a. § 31c ASVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass in der Satzung vorzusehen ist, von welchen anspruchsberechtigten Personen ein Service-Entgelt einzuheben ist. Die Satzung hat hiebei auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers Bedacht zu nehmen. Die Einhebung erfolgt durch den Versicherungsträger.“

2b. Im § 206a zweiter Satz wird nach dem Ausdruck „§ 41 Abs. 2“ der Ausdruck „sowie für die Gründung von Tochtergesellschaften bzw. die Beteiligung an weiteren Vereinen und Gesellschaften im Rahmen solcher Finanzierungs- und Betreibermodelle“ eingefügt.

2c. Nach § 208 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Der Aufsicht des Bundes unterliegen auch die im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen nach § 41 Abs. 2 errichteten (gegründeten) Vereine, Fonds oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung bzw. Vereine, Fonds oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung, an denen der Versicherungsträger im Rahmen eines solchen Finanzierungs- und Betreibermodells beteiligt ist. Dies gilt jedenfalls so lange, als die Beteiligung des Versicherungsträgers ein Ausmaß von mindestens 50 % umfasst oder die Gesellschafts- oder Stimmrechtsanteile mindestens 50 % betragen. Im Fall einer Minderheitsbeteiligung des Versicherungsträgers sind die Aufsichtsrechte des Bundes in geeigneter Weise sicherzustellen.“

2d. Im § 284 Abs. 1 wird die Z 3 durch folgende Z 3 und 3a ersetzt:

„3. mit 1. Jänner 2004 die §§ 165 und 168 und in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 142/2002;
3a. mit 1. Jänner 2006 die §§ 85 Abs. 3 und 95 Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 142/2002;“

3. Nach § 295 wird folgender § 296 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xx/2004 (29. Novelle)

§ 296. Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2005 die §§ 80 Abs. 2 dritter und vierter Satz, 80a samt Überschrift, 101a, 206a und 208 Abs. 1a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004;
2. mit 1. Jänner 2008 § 80 Abs. 8 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004;
3. rückwirkend mit 31. Dezember 2003 § 284 Abs. 1 Z 3 und 3a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2004.“

Artikel 4

Änderungen des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (32. Novelle zum B-KUVG)

Das Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 145/2003, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 Abs. 1 Z 17 lit. b wird folgende sublit. cc angefügt:

„cc) deren Dienstverhältnis auf dem Landesvertragslehrergesetz 1966, BGBI. Nr. 172, beruht und nach Ablauf des 31. Dezember 2000 begründet wird;“

2. § 2 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Von der Krankenversicherung sind – unbeschadet Abs. 2 – jeweils nur hinsichtlich der, von den folgenden Ausnahmetatbeständen umfassten Tätigkeiten ausgenommen:“

3. Im § 2 Abs. 1 Z 2 entfällt der Ausdruck „Kranken- und Unfallfürsorge der Beamten der Landeshauptstadt Innsbruck.“

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

„Dies gilt ebenso für die Lehrer/innen des Bundeslandes Wien nach dem Landesvertragslehrergesetz 1966 einschließlich der Bezieher/innen einer aus dieser Tätigkeit herrührenden Pension oder eines aus dieser Tätigkeit herrührenden Übergangsgeldes.“

5. Dem § 19 Abs. 1 Z 3 wird folgender Halbsatz angefügt:

„außer Betracht bleiben Beiträge, die der Dienstgeber für die Versicherten im Sinne des § 15 Bundesbezügegesetz, BGBI. I Nr. 64/1997, oder gleichartiger landesgesetzlicher Regelungen an eine Pensionskasse leistet, soweit sie nach § 26 Z 7 Einkommensteuergesetz 1988 nicht der Einkommen(Lohn)steuerpflicht unterliegen;“

6. Im § 26 Abs. 1 Z 3 wird folgender Halbsatz angefügt:

„§ 19 Abs. 1 Z 3 zweiter Halbsatz ist anzuwenden;“

7. § 57 samt Überschrift lautet:**„Leistungen bei mehrfacher Versicherung**

§ 57. Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Versicherungs träger, den die/der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.“

8. Der bisherige Text des § 60a erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Zuschuss festzusetzen. Die Höhe des Zuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.“

8a. § 63 Abs. 3 wird aufgehoben.**8b. § 69 Abs. 4 wird aufgehoben.****8c. § 86 samt Überschrift lautet:****„Verwendung von Chipkarten**

§ 86. § 31c ASVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass in der Satzung vorzusehen ist, von welchen anspruchsberechtigten Personen ein Service-Entgelt einzuheben ist. Die Satzung hat hiebei auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt Bedacht zu nehmen.“

9. Im § 194 Abs. 2 entfällt der Ausdruck „zum Inkrafttreten des § 57 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 174/1999 mit“ und der Ausdruck „2005“ wird durch den Ausdruck „2006“ ersetzt.**10. Im § 203 Abs. 2 wird der Ausdruck „2004“ durch den Ausdruck „2005“ ersetzt.****11. Nach § 209 wird folgender § 210 samt Überschrift angefügt:**

„Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004 (32. Novelle)

§ 210. (1) Es treten in Kraft:

- 1. mit 1. Jänner 2005 die §§ 1 Abs. 1 Z 17 lit. b sublit. cc, 2 Abs. 1 erster Satz und Abs. 2, 19 Abs. 1 Z 3, 26 Abs. 1 Z 3, 57 samt Überschrift, 86 samt Überschrift, 194 Abs. 2 und 203 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;**
- 2. mit 1. Jänner 2008 § 60a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;**
- 3. rückwirkend mit 1. Oktober 2004 § 2 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.**

(2) Die §§ 63 Abs. 3 und 69 Abs. 4 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2005 außer Kraft.“