

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 82/2002, wird wie folgt geändert:

1. Im § 10 Abs. 1 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Dienstnehmer,“ der Ausdruck „der Personen hinsichtlich einer geringfügigen Beschäftigung nach § 5 Abs. 2, der in § 4 Abs. 4 bezeichneten Personen,“ eingefügt.

2. Im § 10 Abs. 2 erster Satz entfällt der Ausdruck „der Personen hinsichtlich einer geringfügigen Beschäftigung gemäß § 5 Abs. 2.“

3. § 10a wird aufgehoben.

4. Im § 12 Abs. 1 wird der Ausdruck „in den §§ 4 Abs. 4 und 10 Abs. 2“ durch den Ausdruck „in § 10 Abs. 2“ ersetzt.

5. § 19a Abs. 2 lautet:

„(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.“

6. Im § 26 Abs. 1 Z 5 wird der Punkt am Ende der lit. f durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende lit. g wird angefügt:

„g) für Beschäftigte jener Betriebe, für deren Beschäftigte die Betriebskrankenkasse Pengg am 31. Dezember 2001 die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung durchgeführt hat.“

7. § 31 Abs. 3 Z 12 lautet:

„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 PatientInnennutzen 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 Arznei-

spezialitäten, 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;“

8. § 31 Abs. 5 Z 12 wird aufgehoben.

9. § 31 Abs. 5 Z 16 erster Halbsatz lautet:

„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;“

10. Im § 31 Abs. 5 wird der Punkt am Ende der Z 33 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 34 wird angefügt:

„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.“

11. Dem § 32a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Er hat sich dabei eines Zielsteuerungssystems zu bedienen.“

12. Im § 32c zweiter Satz wird der Ausdruck „jeweils für die Dauer von zwei Jahren zu bestellen, wobei eine unmittelbare Wiederbestellung unzulässig ist“ durch den Ausdruck „jeweils für die Amtsdauer der Controllinggruppe zu bestellen“ ersetzt.

13. Im § 36 Abs. 3 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Die“ der Ausdruck „im § 4 Abs. 1 Z 6 genannten Vorstandsmitglieder (Geschäftsleiter) sowie die“ eingefügt.

14. Im § 49 Abs. 6 dritter Satz wird nach dem Ausdruck „gefällt“ der Ausdruck „oder ein gerichtlicher Vergleich geschlossen“ eingefügt.

15. § 55 Abs. 2 wird aufgehoben.

16. Im § 58 Abs. 6 letzter Satz wird nach dem Ausdruck „Krankenscheingebühren“ der Ausdruck „oder Service-Entgelt“ eingefügt.

17. Im § 77 Abs. 6 erster Satz wird der Ausdruck „Stufe 4“ durch den Ausdruck „Stufe 3“ ersetzt.

18. § 108g Abs. 1 lautet:

„(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.“

19. § 123 Abs. 4 Z 1 zweiter Halbsatz lautet:

„die Angehörigenegenschaft 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;“

20. Im § 125 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „Arbeitsverdienst“ durch den Ausdruck „für die Beitragsermittlung heranzuziehende und auf einen Kalendertag entfallende Arbeitsverdienst“ ersetzt.

21. Im § 130 Abs. 1 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Person“ der Ausdruck „im dienstlichen Auftrag“ eingefügt.

22. Im § 132a Abs. 2 wird der Ausdruck „19. Lebensjahr“ durch den Ausdruck „18. Lebensjahr“ ersetzt.

23. § 135 Abs. 3 lautet:

„(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt, in einer Vertragsgruppenpraxis 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 anspruchsberichtigten 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 Strukturangepassungsgesetzes 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 Kriegsopfersversorgungsgesetz 1957, dem *Heeresversorgungsgesetz oder dem Opferfürsorgegesetz beziehen, und für deren Angehörige* (§ 123),
5. für Personen, die an einer anzeigenpflichtigen übertragbaren Krankheit leiden,
6. für Personen, die auf Grund der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 16 hievon befreit sind.“

24. § 135a Abs. 2 zweiter Satz lautet:

„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, oder
- b) sich als unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Missbrauch von Suchtgiften erweist.“

25. § 142 Abs. 1 lautet:

„(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.“

26. § 153 Abs. 4 lautet:

„(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.“

27. § 178 Abs. 2 lautet:

„(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).“

28. Im § 179 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „Jahr“ durch den Ausdruck „Kalenderjahr“ ersetzt.

29. § 179 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Dieser Summe sind die im letzten Kalenderjahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles angefallenen Sonderzahlungen hinzuzurechnen, soweit von diesen Sonderbeiträge fällig geworden sind.“

30. § 179 Abs. 2 und 3 werden durch folgende Abs. 2 bis 4 ersetzt:

„(2) Hat die Versicherung im letzten Kalenderjahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens sechs Wochen gedauert, 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.“

30a. Nach § 180 wird folgender § 180a samt Überschrift eingefügt:

„Erhöhung der Bemessungsgrundlage für Schwerversehrte“

§ 180a. Die nach den §§ 178, 179 und 180 ermittelte Bemessungsgrundlage ist für Schwerversehrte nach § 205a mit dem Anpassungsfaktor des Kalenderjahres des Eintrittes des Versicherungsfalles zu vervielfachen.“

31. Im § 181 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „9 655,72 €“ durch den Ausdruck „15 198,91 €“ ersetzt.

32. Im § 181b wird der Ausdruck „4 827,49 €“ durch den Ausdruck „7 598,87 €“, der Ausdruck „6 437,27 €“ durch den Ausdruck „10 132,80 €“ und der Ausdruck „9 655,72 €“ durch den Ausdruck „15 198,91 €“ ersetzt.

33. Im § 233 Abs. 2 wird in der Aufzählung der Ausdruck „Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung,“ umgereiht, und zwar von der zweiten an die drittletzte Stelle.

34. Im § 242 Abs. 3 wird der Ausdruck „251a Abs. 7“ durch den Ausdruck „251a Abs. 8“ ersetzt.

35. Im § 245 Abs. 4 entfällt jeweils der Ausdruck „aus einem Versicherungsfall des Alters oder“.

36. Dem § 245 wird folgender Abs. 8 angefügt:

„(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.“

37. § 251a Abs. 7 lautet:

„(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.“

38. Der bisherige Abs. 7 des § 251a erhält die Bezeichnung „(8)“.

39. Im § 251a Abs. 8 (neu) Einleitung wird nach dem Ausdruck „Abs. 2 bis 5“ der Ausdruck „oder 7“ eingefügt.

40. § 252 Abs. 2 Z 1 zweiter Halbsatz lautet:

„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;“

41. Im § 292 Abs. 5 erster Satz wird der Klammerausdruck „(§ 12 des Bauern-Pensionsversicherungsgesetzes)“ durch den Klammerausdruck „(§ 23 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes)“ ersetzt.

42. § 309 erster Satz lautet:

„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.“

43. § 312 erster Satz lautet:

„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.“

44. § 345 Abs. 1 lautet:

„(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.“

45. Nach § 348f wird folgender § 348g samt Überschrift eingefügt:

„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.“

46. Nach § 349 wird folgender § 349a samt Überschrift eingefügt:

„Elektronische Abrechnung“

§ 349a. 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.“

47. § 350 Abs. 1 Z 2 lautet:

„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“

47a. Der bisherige Text des § 351b erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten (ab 1. Jänner 2003: Pensionsversicherungsanstalt) hat in den bundesgesetzlich vorgesehenen Fällen gegen Kostenersatz durch Erstattung von Befund und Gutachten in Ruhestandsversetzungsverfahren von Personen, die von der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz ausgenommen sind, mitzuwirken.“

48. Nach Abschnitt IV des Sechsten Teiles wird folgender Abschnitt V eingefügt:

„Abschnitt V

Aufnahme von Arzneispezialitäten 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 Arzneispezialität in der Regel für eine Krankenbehandlung 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 Antragsteller 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 Antragsteller 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.

(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 Anwendung oder Erprobung (Kleinpackung) und eine zweite Packungsgröße für die medikamentöse Versorgung für die Dauer eines Monates 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 verstündigen.

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.

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 mitzuteilen. 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 Amtszeit von fünf Jahren bestellt. Sachverhalte, die ein Naheverhältnis zur Sozial- oder Privatversicherung oder zu Pharmaunternehmen begründen könnten, sind vor 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 weisungsfrei; 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 Bestellungsvoraussetzungen 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 Arzneispezialität 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 Arzneispezialität 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 Arzneispezialitäten 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 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 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.

(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 entspricht. 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.“

49. Im § 361 Abs. 3 entfallen der vorletzte und letzte Satz.

50. Im § 420 Abs. 2 erster Satz wird der Ausdruck „19. Lebensjahr“ durch den Ausdruck „18. Lebensjahr“ ersetzt.

51. Im § 440a Abs. 2 erster Satz wird der Ausdruck „19. Lebensjahr“ durch den Ausdruck „18. Lebensjahr“ ersetzt.

52. § 442 Abs. 2 Z 1 lautet:

„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;“

53. Nach § 442 Abs. 2 Z 1 wird folgende Z 1a eingefügt:

„1a. die Zustimmung zu Beschlüssen des Verwaltungsrates über die Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 34 sowie über deren Änderungen;“

54. Im § 442 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 5 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 6 wird angefügt:

„6. die Zustimmung zu Beschlüssen des Verwaltungsrates über die Höhe der jährlich zu erbringenden Zielerreichungs-Zuschüsse nach § 447c.“

55. § 442a Abs. 2 Z 5 lautet:

„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;“

56. Nach § 442a Abs. 2 Z 5 wird folgende Z 5a eingefügt:

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

57. Im § 442a Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 8 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 9 wird angefügt:

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

58. § 442a Abs. 3 Z 6 lautet:

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

59. Im § 445 Z 5 wird der Klammerausdruck „(§ 447b Abs. 6)“ durch den Klammerausdruck „(§ 447b Abs. 4 zweiter Satz)“ ersetzt.

60. § 446 Abs. 1 und 2 lauten:

„(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 des EWR 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.“

61. Im § 447a Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern“ durch den Ausdruck „, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter“ ersetzt.

62. § 447a Abs. 2 Z 2 lautet:

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

63. Im § 447a Abs. 3 erster Satz wird der Ausdruck „und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern“ durch den Ausdruck „, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter“ ersetzt.

64. Dem § 447a Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„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.“

65. § 447a Abs. 4 erster und zweiter Satz lauten:

„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 erhöhen.“

66. § 447a Abs. 4 letzter Satz lautet:

„Die Rücklage ist zinsenbringend im Sinne des § 446 Abs. 1 Z 1 bis 4 anzulegen.“

67. § 447a Abs. 5 lautet:

„(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 zinsenbringend im Sinne des § 446 Abs. 1 Z 1 bis 4 anzulegen.“

68. Dem § 447a wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(6) Leistungen aus dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gebühren nicht, wenn der Krankenversicherungsträger eine ungünstige Kassenlage durch Außerachtlassung der Grundsätze einer wirtschaftlichen Verwaltung selbst herbeigeführt hat.“

69. § 447b samt Überschrift lautet:

„Strukturausgleich“

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

70. § 447c samt Überschrift lautet:

„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 vom Verwaltungsrat auf Grund eines Berichtes der Controllinggruppe festzustellen (§ 32b Abs. 3).

(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 Höhe 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.

(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 Österreichischen Nationalbank verlautbarten Sekundärmarktrendite für Bundesanleihen im Oktober des dem Kalenderjahr vorangegangenen Jahres abzüglich 1,5 Prozentpunkten.“

71. Die §§ 447d und 447e werden aufgehoben.

72. Im § 447f Abs. 10 Aufzählung und Abs. 11 Aufzählung wird der Ausdruck „Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG“ jeweils durch den Ausdruck „Betriebskrankenkasse Neusiedler“ ersetzt.

73. Im § 447f Abs. 12 Z 2 letzter Satz wird der Ausdruck „Verbandskonferenz“ durch den Ausdruck „Verwaltungsrat“ ersetzt.

74. § 447f Abs. 15 lautet:

„(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 Differenzträge sind zwischen den Sozialversicherungsträgern unverzüglich auszugleichen.“

75. Im § 468 Abs. 6 erster Satz wird der Ausdruck „nach dem Tageswert einer Lohnstufe bemessen, die“ durch den Ausdruck „mit einem Betrag bemessen, der“ ersetzt.

76. Im § 479 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „Pensionsinstitut der Linzer Elektrizitäts-, Fernwärmee- und Verkehrsbetriebe-Aktiengesellschaft“ durch den Ausdruck „Pensionsinstitut der Linz AG“ ersetzt.

77. § 479 Abs. 2 Z 4 zweiter Halbsatz lautet:

„§ 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.“

78. Im § 567 Abs. 8 Z 2 Aufzählung wird der Ausdruck „Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG“ durch den Ausdruck „Betriebskrankenkasse Neusiedler“ ersetzt.

79. Im § 588 Abs. 7 erster Satz wird nach dem ersten Teilstrich folgender Teilstrich eingefügt:

„– Ersatzmonate nach § 227 Abs. 1 Z 3, wenn sie sich nicht mit Ersatzmonaten nach § 227a oder nach § 228a decken,“

80. Im § 588 Abs. 7a erster Satz wird der Ausdruck „und 2002“ durch den Ausdruck „bis 2003“ ersetzt.

81. Im § 593 Abs. 3 dritter Satz wird der Klammerausdruck „(Verbandsvorstandes)“ durch den Klammerausdruck „(der Geschäftsführung)“ ersetzt.

82. Nach § 593 Abs. 3 wird folgender Abs. 3a eingefügt:

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

83. Nach § 599 wird folgender § 600 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBI. I Nr. xxx/2002“

§ 600. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. September 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, 351b, 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 BGBI. 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 BGBI. 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, 180a samt Überschrift, 181 Abs. 1, 181b, 442 Abs. 2 Z 5 und 6, 442a 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 BGBI. 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 BGBI. 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 BGBI. I Nr. xxx/2002.

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

(3) Die §§ 447d und 447e treten mit Ablauf des 31. Dezember 2002 außer Kraft.

(4) § 31 Abs. 5 Z 12 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2003 außer Kraft.

(5) 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.

(6) 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.

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

(8) § 77 Abs. 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2002 ist anzuwenden

1. auf Personen, die den Antrag auf Weiterversicherung nach § 17 nach Ablauf des 31. August 2002 stellen;

2. auf Personen, die bereits am 31. August 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. August 2003 beim zuständigen Pensionsversicherungsträger beantragen. Diesfalls wird der auf den Dienstgeber entfallende Beitragsteil ab dem 1. September 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.

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

(10) § 447a Abs. 3 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2002 ist für die Geschäftsjahre 2003 und 2004 so anzuwenden, dass an die Stelle von 2,0% der Prozentsatz von 4,0% tritt.

(11) Folgende am Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nach § 447a beteiligte Träger haben dem Ausgleichsfonds ein verzinsliches Darlehen in folgender Höhe zu gewähren:

- | | |
|--|--------------------|
| 1. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse | 35 Millionen Euro |
| 2. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse | 45 Millionen Euro |
| 3. Salzburger Gebietskrankenkasse | 20 Millionen Euro |
| 4. Vorarlberger Gebietskrankenkasse | 15 Millionen Euro |
| 5. Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues | 5 Millionen Euro |
| 6. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft | 72 Millionen Euro |
| 7. Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen.. | 17 Millionen Euro |
| 8. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter | 26 Millionen Euro. |

Das Darlehen ist von den in den Z 1 bis 6 genannten Trägern längstens bis 1. Oktober 2002, von den in den Z 7 und 8 genannten Trägern längstens bis 31. Dezember 2003 zuzuzählen. Ab dem Jahr 2005 bis zum Ablauf des Jahres 2010 sind das als Darlehen überlassene Geld sowie die zusätzlichen Einnahmen aus der Beitragserhöhung nach Abs. 10 samt Verzinsung vom Ausgleichsfonds an den jeweiligen Träger zurückzuzahlen. Die Höhe der Verzinsung berechnet sich jeweils für ein Kalenderjahr nach der von der Österreichischen Nationalbank verlautbarten Sekundärmarktrendite für Bundesanleihen im Oktober des Kalenderjahr vorangegangenen Jahres abzüglich 1,5 Prozentpunkten.

(12) § 447e in der am 31. Dezember 2002 geltenden Fassung ist auf jene Fälle weiterhin anzuwenden, in denen der Antrag auf Zweckzuschüsse vor dem 1. September 2002 bewilligt wurde.

(13) Bei der Berechnung der Verwaltungskosten nach § 588 Abs. 14 sind Aufwendungen und Belastungen außer Acht zu lassen, die beim Hauptverband anfallen oder angefallen sind, für die Verwirklichung oder Einführung von

1. Maßnahmen zur Verringerung der Kosten für nicht auf wissenschaftlicher Grundlage oder nicht auf sonst gesichertem Wissen beruhende medizinische Leistungen (evidence based medicine);
2. Maßnahmen, die trägerübergreifende Zielvereinbarungen und das Controlling nach dem 6. Unterabschnitt des Abschnittes III des Ersten Teiles betreffen.“