

Vorblatt zu Art. 1

Probleme:

Im Rahmen des vorgezogenen Finanzausgleichs wurde auch eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens verhandelt.

Nach intensiven Verhandlungen einigten sich die Vertragsparteien auf die Weiterführung der mit der Gesundheitsreform 2005 eingeleiteten Organisations- und Finanzierungsreform, die insbesondere die Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens weiter intensivieren soll.

Ziele:

Mit der vorliegenden Novelle ist das Krankenanstaltengesetz an die neue Vereinbarung anzupassen.

Inhalt:

Die Transformation der neuen Vereinbarung umfasst im Krankenanstaltengesetz die folgenden Punkte:

- Sicherstellung einer verbindlichen österreichweiten Leistungsangebotsplanung, Definition der Grundsätze und der Ziele sowie Verpflichtung der Länder zur Erlassung von Landeskrankenanstaltenplänen, die sich im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befinden, durch Verordnung;
- Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung;
- Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur;
- Neuregelung der Zweckzuschüsse des Bundes.

Alternative:

Keine, weil die zur Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, jedenfalls soweit es die Umsetzung der finanzierungs- und organisationsrechtlichen Bestimmungen dieser Vereinbarung betrifft, mit 1. Jänner 2008 in Kraft zu setzen und alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, mit 1. Jänner 2008 für die Laufzeit dieser Vereinbarung (2008 bis einschließlich 2013) außer Kraft zu setzen sind. Dazu gehört die Anpassung des Bundeskrankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Dem Bund entsteht durch dieses Gesetz ein Mehraufwand von 100 Mio. Euro jährlich. Weiters werden ab dem Jahr 2009 die gesamten Bundesmittel entsprechend der Änderung des Aufkommens an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel valorisiert.

Den Ländern, den Städten und Gemeinden entsteht durch dieses Gesetz kein finanzieller Mehraufwand.

EU-Konformität:

Der Entwurf sieht nur Regelungen vor, die nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union fallen.

Erläuterungen zu Art. 1

I. Allgemeiner Teil

Im Rahmen des vorgezogenen Finanzausgleichs wurde auch eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG verhandelt.

Nach intensiven Verhandlungen einigten sich die Vertragsparteien auf die Weiterführung der mit der Gesundheitsreform 2005 eingeleiteten Organisations- und Finanzierungsreform, die insbesondere die Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens weiter intensivieren soll.

Die Details dieser Einigung sind in der für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geregelt.

Mit der vorliegenden Novelle ist das Krankenanstaltengesetz in folgenden Punkten an die neue Vereinbarung anzupassen:

1. Präzisierung und Klarstellung der Voraussetzungen unter denen eine interdisziplinäre Bettenbelegung zulässig ist.
2. Erlassung der Landeskrankenanstaltenpläne, die sich im Rahmen des ÖSG befinden (§ 10a);
3. Verankerung, dass in die Arzneimittelkommissionen ein/e Vertreter/in der Sozialversicherung aufgenommen wird, mit der/dem insbesondere die Vorgehensweise bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung abzustimmen ist (§ 19a);
4. Verlängerung der Frist für die Ermächtigung der Landesgesetzgebung, den Kostenbeitrag gemäß § 27a Abs. 1 soweit zu erhöhen, dass die Summe aller Kostenbeiträge maximal 10 Euro (im Jahr 2005) beträgt, von 2008 bis 2013 (§ 27a);
5. Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (§ 27b):

Vom Finanzierungssystem wird weiterhin - bei gleichzeitiger Umsetzung struktureller Maßnahmen - die Optimierung des Ressourceneinsatzes im Gesundheitsbereich und damit eine Beibehaltung gedämpfter Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich erwartet. Dies soll durch eine den medizinischen Erfordernissen entsprechende kürzere Verweildauer im Krankenhaus, durch vermehrte Leistungserbringung im ambulanten Bereich (spitalsambulanter und niedergelassener Bereich sowie im Bereich selbstständiger Ambulatorien) sowie im rehabilitativen Nachsorgebereich und durch eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen erreicht werden. Darüber hinaus soll es dem Krankenhausmanagement durch die im System geschaffene höhere Kosten- und Leistungstransparenz ermöglicht werden, seine Betriebsführung nach betriebswirtschaftlichen Aspekten auszurichten und Entscheidungen auf fundierten Datengrundlagen zu treffen. Wesentlich ist jedoch die Aufrechterhaltung der Qualität der Behandlung und die Sicherstellung einer Behandlung nach modernen Methoden.

6. Landesgesundheitsfonds (§ 27b):
Zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich kamen die Vertragsparteien der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens überein, weiterhin Landesgesundheitsfonds einzurichten. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben haben die Landesgesundheitsfonds die Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur einzuhalten und die gesamtökonomischen Auswirkungen zu berücksichtigen.
7. Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur sowie Neuregelung der Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 56a ff);

Die Bundesgesundheitsagentur als öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und die Bundesgesundheitskommission als deren Organ haben zentrale Aufgaben im Rahmen des Gesundheitswesens zu erfüllen.

Die Bundesgesundheitskommission soll die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung durch die Vorgabe von Grundsätzen planen und steuern. Sie soll für die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche Sorge tragen und strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen forcieren. Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus Rationalisierungspotenziale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren.

Im Einklang mit der für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bestimmt die vorliegende Novelle, dass ihr unmittelbar anwendbares Bundesrecht mit 1. Jänner 2008 in Kraft tritt. Weiters hat die Landesgesetzgebung die Ausführungsbestimmungen zu den Grundsatzbestimmungen ebenfalls mit 1. Jänner 2008 in Kraft zu setzen.

Zuständigkeit:

Die Zuständigkeit des Bundes zur Erlassung dieser Gesetzesnovelle ergibt sich aus Art. 12 Abs. 1 Z 1 (Grundsatzbestimmungen) sowie aus Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (unmittelbar anwendbares Bundesrecht).

II. Besonderer Teil

Zu Art 1 Z 1:

Durch Z 1 werden die bisherigen Bestimmungen zur Anstaltsordnung um eine Regelung zur interdisziplinären Bettenbelegung ergänzt. Damit soll klargestellt werden, dass die Führung von gemischten Stationen in soweit zulässig ist, als sich aufgrund der organisatorisch getroffenen Maßnahmen, stets eine zweifelsfreie Zuordenbarkeit des jeweiligen Pfléglings zu einer bestimmten Abteilung ergibt. Dies ist vor allem im Hinblick auf die Wahrnehmung der fachärztlichen Verantwortung notwendig.

Zu Art. 1 Z 2 (§ 10a Abs. 1):

Aufgrund der Einführung des verbindlichen Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) an Stelle des ÖKAP/GGP ist seitens der Landesgesetzgebung vorzusehen, dass die Landesregierung für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan zu erlassen hat, der sich im Rahmen des ÖSG befindet. Der Landeskrankenanstaltenplan kann darüber hinaus auch Planungsvorgaben für den Bereich der nicht über den Landesgesundheitsfonds abzurechnenden Krankenanstalten beinhalten.

Zu Art 1 Z 3:

Durch Z 3 wird die Landesgesetzgebung verpflichtet, Regelungen zu schaffen, die die Vertreter der Sozialversicherung zu Mitgliedern aller Arzneimittelkommissionen machen. Bisher war die Landesgesetzgebung im Hinblick auf die Regelung der Zusammensetzung frei. Weiters ist in den jeweiligen Geschäftsordnungen vorzusehen, dass Angelegenheiten gemäß § 19a Abs. 4 Z 3 mit dem Vertreter der Sozialversicherung abzustimmen sind.

Zu Art. 1 Z 4:

Enthält eine Anpassung an das Strafprozessreformgesetz, BGBl. I Nr. 19/2004

Zu Art. 1 Z 5 (§ 27a Abs. 2):

Im Rahmen des Finanzausgleichs 2005 bis 2008 wurde die Landesgesetzgebung ermächtigt, für die Jahre 2005 bis einschließlich 2008 den Kostenbeitrag gemäß § 27a Abs. 1 soweit zu erhöhen, dass die Summe aller Kostenbeiträge gemäß § 27a maximal 10 Euro (im Jahr 2005) beträgt. Aufgrund des Ergebnisses der Finanzausgleichsverhandlungen für die Jahre 2008 bis 2013 ist diese Ermächtigung auf die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 zu erstrecken.

Zu Art. 1 Z 6 (§ 27b Abs. 3 und 5):

In Abs. 3 wird klar gestellt, dass die Modalitäten der Abgeltung der Leistungen im Nebenkostenstellenbereich auch nach Einführung eines bundesweit einheitlichen Abrechnungssystems für den ambulanten Bereich von der Landesgesetzgebung bzw. vom Landesgesundheitsfonds zu bestimmen sind.

Abs. 5 wird im Hinblick auf den Wegfall des ÖKAP/GGP angepasst.

Zu Art. 1 Z 7 bis 11 (§§ 57 bis 59a, §§ 59c bis g):

Auf Grund der bis 31. Dezember 2007 geltenden Rechtslage (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie der KAG-Novelle 2005, BGBl. I Nr. 179/2004) stellt der Bund Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung zur Verfügung.

Die Vertragsparteien Bund und Länder haben sich in der für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens hinsichtlich der Mittel der Bundesgesundheitsagentur auf Folgendes geeinigt:

1. Die Dotation der Bundesgesundheitsagentur wird um 100 Mio. Euro des Bundes aufgestockt. Die um 100 Mio. Euro aufgestockten Bundesanteile werden ab dem Jahr 2009 ausschließlich mit der Ertragsanteildynamik (= Änderung des Aufkommens an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel

(§ 9 Abs. 1 FAG 2008) ausgehend vom Jahr 2008 valorisiert. Weiters leistet die Sozialversicherung wie bisher einen jährlichen Fixbetrag in Höhe von rund 84 Mio. Euro.

2. Die Bundesgesundheitsagentur hat diese Mittel – mit Ausnahme der zusätzlichen 100 Mio. Euro - nach den bisherigen Verteilungsschlüsseln und zu den bisherigen Zeitpunkten an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

Von den zusätzlichen 100 Mio. Euro sind im Zusammenhang mit den inländischen Gastpatient/inn/en im Sinne eines Ausgleichs ein jährlicher Vorweganteil in Höhe von 14 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Tirol und jährliche Vorweganteile in Höhe von jeweils 2 Mio. Euro an die Landesgesundheitsfonds Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg zu überweisen. Die nach Abzug dieser Vorweganteile verbleibenden Mittel (80 Mio. Euro im Jahr 2008) werden je zur Hälfte nach dem Bevölkerungsschlüssel 2001 und nach dem LKF-Verteilungsschlüssel des Jahres 2005 aufgeteilt.

3. Im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur werden entsprechende Mittel für folgende Maßnahmen vorgesehen:
 - Finanzierung von Projekten und Planungen sowie zur Abgeltung von Leistungen der Gesundheit Österreich GmbH (maximal 5 Mio. Euro jährlich),
 - Förderung des Transplantationswesens (2,9 Mio. Euro bis maximal 3,4 Mio. Euro jährlich),
 - Förderung spezieller Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung (maximal 3,5 Mio. Euro jährlich) und
 - Verwendung von maximal insgesamt 10 Mio. Euro (für den Zeitraum 2008 bis 2013) für die Konzeption, Umsetzung und den Betrieb der Architekturkomponenten gemäß den Planungen für die erste Umsetzungsphase der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) nach Vorliegen einer Kosten-Nutzenbewertung sowie nach Maßgabe von einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission.

Die Bundesgesundheitsagentur als öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und die Bundesgesundheitskommission als Organ der Bundesgesundheitsagentur haben zentrale Aufgaben des Gesundheitswesens zu erfüllen.

Die Bundesgesundheitsagentur soll die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung durch die Vorgabe von Grundsätzen planen und steuern. Sie soll für die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche Sorge tragen und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen sowie die Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien unter Wahrung der sozialen, technischen, rechtlichen und ethischen Standards im Gesundheitswesen forcieren. Weiters soll die Bundesgesundheitsagentur durch die Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen dazu beitragen, die Qualität im österreichischen Gesundheitswesen im Interesse der Patientinnen/Patienten sicherzustellen und zu verbessern. Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus Rationalisierungspotenziale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren.

Die bisherigen Aufgaben der Bundesgesundheitskommission werden beibehalten und im Hinblick auf die notwendigen Schwerpunkte der nächsten Jahre entsprechend aktualisiert und ergänzt (u.a. Erarbeitung und Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs, Festlegung von Impfprogrammen).

Die Zusammensetzung der Bundesgesundheitskommission bleibt hinsichtlich der stimmberechtigten Mitglieder unverändert. Die bisher bereits ohne Stimmrecht kooptierten Mitglieder (je einer/eines Vertreterin/Vetreters des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, der Österreichischen Apothekerkammer, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und der für die in § 149 Abs. 3 ASVG genannten Krankenanstalten in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung) werden als Mitglieder ohne Stimmrecht in die Bundesgesundheitskommission aufgenommen. Die Beschlussmodalitäten werden beibehalten, wobei Beschlüsse im Zusammenhang mit den angeführten neuen Aufgaben im Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung zu fassen sind.

Im Zusammenhang mit der Verteilung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds ist insbesondere auf die Regelung des § 59c hinzuweisen, wonach die Bundesgesundheitsagentur bei maßgeblichen Verstößen gegen den Österreichischen Strukturplan Gesundheit und bei Verstößen gegen Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 (im Jahr 2008: 127 Mio. Euro) zurückzuhalten hat, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur

Herstellung des den Vorgaben (ÖSG, Qualitätsvorgaben, Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen) entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

Die Vorschriften zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59d) und die Vorschriften über den Einsatz der Mittel für weitere Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung (§ 59e) transformieren vollinhaltlich den entsprechenden Inhalt der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Zu Art. 1 Z 12 und 13 (§§62a, c, d und e):

§ 4 des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GesmbH (GÖGG) sieht als Aufgabe der Gesellschaft u.a. die Führung des Widerspruchsregisters vor. § 15 GÖGG gibt bereits die gesetzliche Grundlage für die Gesundheit Österreich GesmbH, im Rahmen des Widerspruchsregisters Daten von natürlichen Personen über ihre Gesundheit direkt personenbezogen zu verwenden.

Trotzdem erscheint es erforderlich, nähere Regelungen über die Führung des Widerspruchsregisters einschließlich der dabei zu treffenden Datensicherheitsmaßnahmen ins KAKuG aufzunehmen. Abs. 1 regelt den Zweck des Widerspruchsregisters. Abs. 2 legt fest, dass eine Aufnahme in dieses nur auf Verlangen einer Person erfolgt, die einen Widerspruch (für sich selbst oder als gesetzlicher Vertreter des von ihm Vertretenen) abgeben will. Abs. 3 legt fest, welche Daten verarbeitet werden. Abs. 4 regelt die Modalitäten der Löschung. Die Abs. 5 bis 10 legen die Anforderungen an die bei der Führung des Widerspruchsregisters vorzunehmenden Datensicherheitsmaßnahmen fest.

In § 62e wird nunmehr explizit die Verpflichtung der Krankenanstalten festgelegt, vor einer geplanten Entnahme von Organen, Organteilen, Zellen oder Gewebe bei Verstorbenen bei der Gesundheit Österreich GesmbH abzufragen, ob im Widerspruchsregister ein Widerspruch eingetragen ist und bejahendenfalls von einer Entnahme abzusehen. Diese Verpflichtung entbindet die Krankenanstalten selbstverständlich nicht davon, auch Widersprüche die auf andere Art als durch die Eintragung ins Widerspruchsregister vorliegen (die zB in der Krankengeschichte dokumentiert sind oder die der Patient bei sich getragen hat), zu respektieren.

Zu Art. 1 3. Titel:

Im Einklang mit der für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bestimmt die vorliegende Novelle, dass ihr unmittelbar anwendbares Bundesrecht mit 1. Jänner 2008 in Kraft tritt. Weiters hat die Landesgesetzgebung die Ausführungsbestimmungen zu den Grundsatzbestimmungen ebenfalls mit 1. Jänner 2008 in Kraft zu setzen.

Erläuterungen zu Art. 2

Allgemeiner Teil

Art. 2 enthält die Umsetzung des Art. 48 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Besonderer Teil

Zu Z 1 (195 Abs. 6f zweiter Satz):

Durch die vorgeschlagenen Änderung des 195 Abs. 6f zweiter Satz ÄrzteG 1998 wird Art. 48 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, wonach sich der Bund verpflichtet, im Rahmen des ÄrzteG 1998 sicherzustellen, dass Verordnungen der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung nicht im Widerspruch zu Richtlinien oder Leitlinien des BIQG stehen, Rechnung getragen.

Erläuterungen zu Art. 3

Allgemeiner Teil

Art. 3 enthält die Umsetzung des Art. 48 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Besonderer Teil

Zu Art. 3 Z 1 und 2 (§§ 12 Abs. 1 und 13 Abs. 3):

Die Fondskommission des PRIKRAF wird um eine/einen Vertreterin/Vertreter der Bundesländer ohne Stimmrecht ergänzt.

Zu Art. 1 Z 3 (§ 24):

Die Geltungsdauer des PRIKRAF-Gesetzes ist immer an die Laufzeit der jeweils abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG geknüpft. Daher ist das PRIKRAF-Gesetz bis einschließlich 2013 zu verlängern.

Zu Art. 1 Z 4 (Anlage 1)

Die Anlage ist entsprechend der Änderungen (z.B. Schließungen) im Bereich der PRIKRAF-Krankenanstalten zu aktualisieren.

Vorblatt zu Art. 4 bis 13

Probleme:

Finanzielle Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Neuregelung des Finanzausgleiches für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013.

Lösung:

Schaffen von Grundlagen für effizienzsteigernde und beitragsrechtliche Maßnahmen sowie Anpassung der sozialversicherungsrechtlichen Begleitbestimmungen an die Neuregelung des Finanzausgleiches für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013.

Alternativen:

Keine.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Auf die finanziellen Bewertungen im Rahmen der Erläuterungen wird verwiesen.

Eine finanzielle Belastung von Unternehmen durch Informationsverpflichtungen ist durch den Entwurf nicht gegeben.

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

EU-Konformität gegeben.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

Erläuterungen zu Art. 4 bis 13

I. Allgemeiner Teil

Das Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode sieht als eine der Maßnahmen zur nachhaltigen Absicherung der Liquidität der Gebietskrankenkassen die Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge um 0,15 Prozentpunkte vor. Die Sozialpartner waren aufgerufen, Einsparungs- und Effizienzsteigerungsmaßnahmen zur Sicherung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur konkreten Aufteilung der Beitragssätze in der Krankenversicherung auf Dienstnehmer/innen und Dienstgeber/innen vorzulegen. Unter Zugrundelegung eines von der Wirtschaftskammer Österreich und dem Österreichischen Gewerkschaftsbund erstellten Sozialpartnerpapiers wird im vorliegenden Entwurf

1) eine Änderung der Beitragssätze in der Krankenversicherung vorgeschlagen.

Weiters sollen durch den Entwurf folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

- 2) Einführung einer Obergrenze bei der Rezeptgebühr in der Höhe von 2 % des Nettoeinkommens;
- 3) Bereinigung betreffend die Teilversicherung in der Unfallversicherung der Wirtschaftstrehänder/innen;
- 4) Einführung einer sechswöchigen Toleranzfrist, während der trotz des Endes einer Anspruchsberechtigung noch Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gewährt werden;
- 5) Neuregelung der Kostenübernahme für im Ausland befindliche Angehörige von Bediensteten im auswärtigen Dienst bei Kinderbetreuungsgeldbezug;
- 6) Normierung eines Vorschlagsrechtes der Österreichische Zahnärztekammer sowie des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen für das Sozial- und Gesundheitsforum Österreich;
- 7) Verlängerung der Verwaltungskostendeckelung für die Versicherungsträger und den Hauptverband;
- 8) Erstreckung der Übergangsbestimmung betreffend die Zurechnung von Verwertungserlösen zur Krankenversicherung nach dem BSVG;
- 9) Klarstellung, dass erhöhtes Wochengeld auch für nach dem B-KUVG krankenversicherte Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen gebührt;
- 10) Anpassung des Sozialversicherungsrechtes an die (neue) Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Hierbei werden vorwiegend technische Umsetzungen der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vorgesehen.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“), auf Art. 10 Z 15 B-VG („Fürsorge für Kriegsteilnehmer“) und auf Art. 10 Z 17 B-VG („Lastenausgleich im Interesse der Familie“).

II. Besonderer Teil

Zu Art. 4 Z 1 bis 4 9, 30, 31, 41 und 83 (§§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. b, 10 Abs. 2, 12 Abs. 6, 20 Abs. 1, 37, 74 Abs. 1 Z 1 und Abs. 3 Z 1, 181 Abs. 1 sowie 635 Abs. 2 und 3 ASVG):

Mit der Einführung des Versicherungstatbestandes des § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996 - SRÄG 1996, BGBl. Nr. 411, wurde auch die Bestimmung über die Teilversicherung in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG entsprechend ergänzt und diese für neue Selbständige daran geknüpft, dass entweder im Bereich der Pensions- oder der Krankenversicherung eine Pflichtversicherung besteht oder das Opting-in nach § 3 Abs. 1 Z 2 GSVG beantragt wird.

An der bestehenden Teilversicherung in der Unfallversicherung für die Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstrehänder wurde in diesem Zusammenhang keine Änderung vorgenommen. Im Ergebnis gibt es somit derzeit für Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstrehänder, die nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG

pensionsversichert sind, hinsichtlich der Teilversicherung in der Unfallversicherung nach dem ASVG zwei Versicherungstatbestände: Zum einen § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a zweiter Teilstrich ASVG und zum anderen § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG. Letzterer sieht eine Unfallversicherung für Wirtschaftstrehänder auch dann vor, wenn die Versicherungsgrenze nicht erreicht wird, sowie für Witwen/Witwer und Deszendentinnen/Deszendenten, für deren Rechnung ein Witwenfortbetrieb bzw. ein Deszendentenfortbetrieb nach der Wirtschaftstrehänder-Berufsordnung geführt wird.

Diese Ungleichbehandlung gegenüber den anderen neuen Selbständigen entspricht nicht der Gesamtkonzeption, sodass § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG nunmehr ersatzlos entfallen soll.

Durch die Übergangsbestimmung im § 635 Abs. 3 soll der Versicherungsschutz in der Unfallversicherung von bisher nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG versicherten Personen dadurch gewahrt werden, dass Personen, die am 31. Dezember 2007 der Pflichtversicherung nach diesem Tatbestand unterlagen (davon betroffen sind hauptsächlich Witwen/Witwer sowie Deszendentinnen/Deszendenten), ab dem 1. Jänner 2008 als nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a versichert gelten.

Zu Art. 4 Z 5, 37 und 83, Art. 5 Z 13, Art. 6 Z 9 und Art. 7 Z 10 (§§ 31 Abs. 5 Z 16, 136 Abs. 6 sowie 635 Abs. 4 ASVG; § 92 Abs. 6 GSVG, § 86 Abs. 6 BSVG sowie § 64 Abs. 6 B-KUVG):

Das Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode sieht unter dem Kapitel „Selbstbehalte“ unter anderem folgendes vor: „Möglichst ab 1. Jänner 2008 wird eine Obergrenze bei der Rezeptgebühr in Höhe von 2 % des Einkommens festgelegt, die über die e-Card administriert wird“. Ziel dieses Vorhabens ist es, dem Umstand entgegenzutreten, dass die Summe der zu bezahlenden Rezeptgebühren für chronisch und mehrfach erkrankte Personen zu einer finanziellen Belastung führen kann, die eine Nicht-Inanspruchnahme von medizinisch notwendigen Leistungen bewirkt.

Bereits derzeit sieht § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG für den Hauptverband die Möglichkeit vor, Richtlinien zur Herabsetzung und Befreiung von der Rezeptgebühr zu erlassen. Diese Verordnungskompetenz soll nun hinsichtlich einer Begrenzung der Belastung durch die Rezeptgebühr - bezogen auf die/den einzelne/n Versicherte/n - präzisiert werden.

Unter Zugrundelegung der derzeit gegebenen technischen Möglichkeiten ist vorgesehen, dass die Administration der Deckelung der Rezeptgebühr über das elektronische Verwaltungssystem des Hauptverbandes (ELSY) - die e-card ist ein Teil davon - im Rahmen eines beim Hauptverband einzurichtenden Rezeptgebührenkontos administriert wird. Im Zuge der Abrechnung mit den Apotheken werden die bezahlten Rezeptgebühren auf dem Rezeptgebührenkonto vermerkt. Beim Stecken der e-card in der Ordination soll ersichtlich sein, ob eine Rezeptgebührenbefreiung vorliegt, sodass die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt den Umstand der Rezeptgebührenbefreiung - so wie dies auch derzeit geschieht - auf der Verschreibung anbringen kann. Für die Zukunft soll allerdings eine zeitnähere Feststellung, ob die Grenze erreicht wurde, auch in der Apotheke möglich sein. Ziel ist auch monatliche anstelle der derzeit in Aussicht genommenen jährlichen Betrachtung.

Durch die vorgesehene Einbindung der österreichischen Apothekerkammer und der Österreichischen Ärztekammer bei der Erstellung der Richtlinie soll sicher gestellt werden, dass die Umsetzung des neuen Befreiungstatbestandes entsprechend vorbereitet werden kann.

Zur Feststellung des Nettoeinkommens können die Pensionen bzw. bei sonstigen Leistungsbeziehern deren Bezug herangezogen werden. Bei Einkommensbezieherinnen und -beziehern soll die Ermittlung des Nettoeinkommens analog zu § 21 Abs. 3 AIVG erfolgen. Im Bereich der selbständig Erwerbstätigen erfolgt die Ermittlung des Einkommens auf der Basis des Einkommenssteuerbescheides. Um die Einkommensdaten aktuell zu halten, sollen diese Daten, wie dies auch § 4 der Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr vorsieht, auf Antrag der/des Versicherten herangezogen werden.

Zu Art. 4 Z 6 und 8 (Überschrift des 4. Unterabschnitts des Abschnittes III, Erster Teil, sowie §§ 31d ASVG)

Durch die vorgeschlagenen Änderungen soll zum einen neben dem Elektronischen Verwaltungssystem (ELSY) nunmehr auch die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) ausdrücklich als Thema im 4. Unterabschnitt verankert werden und in Umsetzung des Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. xxx/2007 eine Beteiligungspflicht des Hauptverbandes an der Planung zur Einführung und der Umsetzung der ELGA statuiert werden.

Zu Art. 4 Z 7 (Überschrift zu § 31a ASVG):

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich um eine legistische Klarstellung.

Zu Art. 4 Z 10 bis 29, 60 bis 74 sowie 83; Art. 5 Z 1 bis 10 und 16; Art. 6 Z 1 bis 6 und 13; Art. 7 Z 1, 2, 4 bis 7, 11, 14 und 17; Art. 9 Z 1 bis 3; Art. 10 Z 1 bis 3; Art. 11 Z 1 und 2; Art. 12 Z 1 und 2;

Art. 13 Z 1 bis 3 (§§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f, Abs. 3 Z 1, 73 Abs. 1 Z 1 und 2, 73 Abs. 2 und 4, 472a Abs. 2 und 3, 474 Abs. 1, 479d Abs. 2 sowie 635 Abs. 5 und 7 ASVG; §§ 14f Abs. 1 Z 1 und 2, 27 Abs. 1 Z 1, 29 Abs. 1 und 2 sowie 320 Abs. 3 GSVG; §§ 24 Abs. 1, 26 Abs. 1 und 2 sowie 310 Abs. 3 BSVG; §§ 20 Abs. 1, 22 Abs. 1 und 3, 22 Abs. 6, 70, 151 Abs. 4 sowie 218 Abs. 3 B-KUVG; §§ 32 Abs. 1 und 6, 42 Abs. 1 und 5 AIVG; § 7 Abs. 1 Z 2 und Abs. 4 SUG; § 53 Abs. 1 HVG; § 74 Abs. 1 KOVG und § 39j Abs. 6 und 6a FLAG):

Mit dem Budgetbegleitgesetz 2003, BGBl. I Nr. 71, erfolgte eine Angleichung des Beitragssatzes in der Krankenversicherung für Arbeiter/innen und Angestellte auf einheitlich 7,3 % der Beitragsgrundlage. Mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2004, BGBl. I Nr. 105, wurde auch der Beitragssatz in der Krankenversicherung für die in der Land- und Forstwirtschaft selbständig erwerbstätigen Personen mit 7,3 % der Beitragsgrundlage festgesetzt. Durch die finanzausgleichsrechtlichen Begleitbestimmungen im Bundesgesetz BGBl. I Nr. 156/2004 wurden die Beitragssätze in der Krankenversicherung für alle Bevölkerungsgruppen einheitlich um 0,1 Prozentpunkte - befristet bis zum Ablauf des geltenden Finanzausgleichspaktes mit 31. Dezember 2008 - angehoben. Mit der neu abgeschlossenen Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. xxx/2007, wird der Finanzausgleich für den Zeitraum 2008 bis einschließlich 2013 geregelt, wonach unter anderem die Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge um 0,1 Prozentpunkte aufrechterhalten bleibt (Art. 22 der zitierten Vereinbarung).

Weiters soll in Umsetzung des Regierungsprogramms für die XXIII. Gesetzgebungsperiode zur Absicherung der Liquidität der gesetzlichen Krankenversicherung die Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge um 0,15 Prozentpunkte erfolgen. Die Aufteilung auf den Dienstnehmer/innen- und den Dienstgeber/innenanteil ist in dem von der WKÖ und dem ÖGB erstellten Sozialpartnerpapier derart vorgeschlagen, dass im Bereich der Angestellten eine paritätische Aufteilung der Beitragssatzerhöhung auf Dienstgeber/innen und Dienstnehmer/innen erfolgen soll, während im Bereich der Arbeiter/innen die 0,15 Prozentpunkte ausschließlich von den Dienstgeberinnen/Dienstgebern zu tragen sein werden. Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wurde seitens der WKÖ und der Industriellenvereinigung darauf hingewiesen, dass die Beitragssatzaufteilung zwischen Dienstnehmer/innen und Dienstgeber/innen so erfolgen soll, dass sich nur zwei Nachkommastellen ergeben, eine Berechnung auf drei Nachkommastellen wäre für den Dienstgeber/die Dienstgeberin mit einem enormen administrativen Aufwand und mit entsprechend hohen Kosten (Kosten der Umstellung der Lohnverrechnungsprogramme) verbunden. Demnach ist nun vorgesehen, dass die Beitragssatzerhöhung im Ausmaß von 0,15 Prozentpunkten für die Personengruppe der Angestellten, der Landarbeiter/innen, der freien Dienstnehmer/innen und der sonstigen Dienstnehmer/innen derart aufgeteilt wird, dass der Dienstgeber/die Dienstgeberin einen Anteil im Ausmaß von 0,08 % und der Dienstnehmer/die Dienstnehmerin einen Anteil in der Höhe von 0,07 % trägt; entsprechendes gilt auch für die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, allerdings trägt hier - im Hinblick auf die Beitragssatzerhöhung im Ausmaß von 0,05 % - der/die Dienstgeber/in einen Anteil von 0,03 % und der/die Dienstnehmer/in einen Anteil von 0,02 %. Bei den öffentlich rechtlich Bediensteten der Wiener Linien wird bereits nach geltender Rechtslage im Zusammenhang mit dem Zuschlag zur erweiterten Heilbehandlung auf drei Nachkommastellen genau gerechnet, sodass auch eine Beitragssatzaufteilung auf drei Nachkommastellen, wie sie ab 1. Jänner 2008, vorgesehen ist, aus verwaltungswirtschaftlicher Sicht vertretbar ist.

Im Sinne einer weiteren Harmonisierung soll der Beitragssatz in der Krankenversicherung für die nach dem GSVG versicherten erwerbstätigen Personen auf das Niveau der Arbeiter/innen, Angestellten und Bäuerinnen/Bauern gesenkt werden. Im Bereich des BSVG erfolgt ebenfalls eine Beitragssatzerhöhung um 0,15 Prozentpunkte. Anders als in den anderen Bereichen ist im Bereich des B-KUVG entsprechend der Sozialpartnereinigung durch die Anhebung des vom Dienstgeber/von der Dienstgeberin zu entrichtenden Beitragssatzes um 0,35 % bei gleichzeitigem Entfall des Zuschlages für die erweiterte Heilbehandlung im Ausmaß von 0,4 % eine Senkung des Gesamtbeitragssatzes um 0,05 % vorgesehen – eine Maßnahme, die im Bereich des ASVG auch für bei der VAEB versicherte Beamtinnen/Beamten, hier jedoch mit einer Anhebung des vom Dienstgeber/von der Dienstgeberin zu entrichtenden Beitragssatzes um 0,45 % (der Zuschlag zur erweiterten Heilbehandlung beträgt für diese Personengruppe 0,5 %) nach § 472a ASVG nachvollzogen wird. Im Bereich der Wiener Linien entfällt der jeweils zur Hälfte vom Dienstgeber/von der Dienstgeberin und Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer zu entrichtende Zuschlag zur erweiterten Heilbehandlung unter gleichzeitiger Anhebung der Beitragssätze um den hier entfallenden Betrag, sodass es zu keinen Auswirkungen in der Beitragssatzhöhe kommt.

Auch für Pensionistinnen und Pensionisten soll die Beitragssatzerhöhung gelten. Der jeweilige Hebesatz wird entsprechend gesenkt, sodass für den Bund nur marginale zusätzliche Belastungen entstehen.

Durch diese Maßnahme werden für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung - basierend auf dem voraussichtlichen Beitragsaufkommen - im Jahr 2008 insgesamt rund 160 Millionen Euro erwartet; die Aufteilung der Mehreinnahmen auf die einzelnen Krankenversicherungsträger ergibt sich aus der Tabelle in den finanziellen Erläuterungen.

Von der Beitragssatzerhöhung um 0,15 Prozentpunkte abgesehen wird beim Beitrag für die Selbstversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung nach § 77 Abs. 2a ASVG sowie bei dem von mehrfach geringfügig Beschäftigten zu entrichtenden Pauschalbeitrag nach § 53a ASVG und somit auch der Dienstgeberabgabe nach § 1 Abs. 1 DAG. Der Zusatzbeitrag für Angehörige nach § 51d ASVG wird ebenfalls nicht erhöht. Die Aufteilung der Beitragssatzerhöhung für Lehrlinge erfolgt gleich wie bei den Arbeitern und Angestellten.

Zu Art. 4 Z 32 (§ 84a Abs. 2 ASVG):

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll dem Art. 19 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und der Finanzierung des Gesundheitswesens Rechnung getragen werden, indem vorgesehen wird, dass der Hauptverband Vertreterinnen/Vertreter in die Bundesgesundheitskommission der Bundesgesundheitsagentur sowie - ohne Stimmrecht - in die jeweiligen Gesundheitsplattformen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden hat.

Zu Art. 4 Z 33 (§ 84a Abs. 4 ASVG):

Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. xxx/2007 sieht gegenüber Art. 26 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 179/2004, einen erweiterten Aufgabenbereich für den Kooperationsbereich/Reformpool vor: Der Reformpool soll nunmehr nicht mehr nur die Förderung von gemeinsam vereinbarten Strukturveränderungen oder Projekten, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich zur Folge haben, abdecken, sondern auch der Förderung von Projekten der Integrierten Versorgung (insbesondere die Versorgung von Diabetes-Patient/inn/en, von Schlaganfall-Patient/inn/en, von Patient/inn/en mit koronaren Herzkrankheiten, von Patient/inn/en mit nephrologischen Erkrankungen und das Entlassungsmanagement) sowie auch der Förderung von Pilotprojekten zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs dienen. Für vereinbarte Projekte der Integrierten Versorgung sind in den jeweiligen Budget der Länder (Landesgesundheitsfonds) und der Sozialversicherung die erforderlichen Mittel vorzusehen.

Zu den Art. 4 Z 34 und 36; Art. 5 Z 11 und 12; Art. 6 Z 7 und 8; Art. 7 Z 8 (§§ 122 Abs. 3a, 134 Abs. 3 ASVG; § 82 Abs. 4 und 6 GSVG; §§ 77 und 84 Abs. 2 BSVG; § 55 Abs. 1a B-KUVG):

Trotz Optimierung der Verwaltungsabläufe im Zusammenhang mit der elektronischen Datenübermittlung zwischen verschiedenen Behörden und Ämtern und den Sozialversicherungsträgern kommt es immer wieder zu Fällen, dass der Krankenversicherungsanspruch -vorübergehend - nicht feststeht und daher mittels e-card nicht nachgewiesen werden kann. Die Betroffenen bleiben für eine kurze Zeit ohne Krankenversicherungsschutz, was zu Mehraufwendungen bei Behandlerinnen und -behandlern und Patienten und Patientinnen (Rückfragen, vorläufige Bescheinigung, Einsatz, Verrechnung etc.) führen kann.

Folgende Beispiele sollen die Problematik verdeutlichen:

Die Gebietskrankenkassen erhalten die Todesmeldungen nunmehr direkt auf elektronischem Weg von den Standesämtern; somit erfährt die Krankenversicherung oft als erste Stelle vom Ableben einer Pensionistin/eines Pensionisten, oft sogar noch bevor ein Antrag auf Witwen-/Witwer- oder Waisenpension von den Hinterbliebenen gestellt werden kann. Da die Krankenversicherung der Pensionistinnen/Pensionisten - und damit auch die Anspruchsberechtigung der Angehörigen - mit dem Ablauf des Kalendermonates, für den letztmalig eine Pension ausgezahlt wird, endet, besteht ab diesem Zeitpunkt mehr kein Versicherungsschutz. Je nach Todestag verbleibt den Hinterbliebenen mehr oder weniger Zeit, um die entsprechenden Veranlassungen zu treffen.

Ein Krankenstand während der Zeiten von Arbeitslosengeldbezug unterbricht diesen, damit endet die Krankenversicherung auf Grund des Arbeitslosengeldbezuges. Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung besteht auf Grund der Schutzfristregelung des § 122 Abs. 2 ASVG für sechs Wochen ab dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung. Um den Arbeitslosengeldbezug wieder aufleben zu lassen, wird nach § 46 Abs. 5 AIVG eine Meldefrist von einer Woche eingeräumt. Im Falle längerer Krankenstände - über fünf Wochen - kann es dadurch trotz noch so rascher Abwicklung zu Lücken beim Versicherungsschutz kommen. Während dieser Zeit ist zwar aktuell kein Krankenversicherungsschutz gegeben, wohl aber rückwirkend, sobald der Arbeitslosengeldbezug wieder festgestellt wurde.

Ebenfalls kann es zu Lücken kommen, wenn während eines Arbeitslosengeldbezuges Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit erzielt wird. Diesfalls hat das AMS nachträglich zu prüfen, ob das erzielte Erwerbseinkommen unter der Geringfügigkeitsgrenze (§ 12 Abs. 6 lit. a AIVG) blieb und somit Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.

Da den Betroffenen der Versicherungsschutz in praktisch all diesen Fällen kurze Zeit später ohnedies rückwirkend wieder zuerkannt wird, soll durch die vorgeschlagenen Neuregelungen eine durchgehende Anspruchsberechtigung auf Leistungen (unter Ausnahme von Kranken- und Wochengeld) sichergestellt werden.

Anderweitig bestehende Leistungsansprüche (etwa aufgrund einer Angehörigeneigenschaft, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung) schließen den Leistungsanspruch aus.

Der gegenständliche Anspruch kann durch freiwillige Versicherungen nicht begründet werden.

Auch für den Bereich des GSVG, BSVG sowie im Bereich des B-KUVG sollen entsprechende Parallelregelungen getroffen werden.

Zu Art. 4 Z 35 und Art. 7 Z 9 (§ 130 Abs. 1 ASVG und § 58 Abs. 1 B-KUVG):

Durch die Änderungen im § 130 ASVG durch die 59. Novelle zum ASVG, BGBl. I Nr. 1/2002 sowie im § 58 B-KUVG durch die 29. Novelle zum B-KUVG, BGBl. I Nr. 4/2002, sollte sichergestellt werden, dass für Angehörige von Bediensteten im Ausland, die auf Grund eines Kinderbetreuungsgeldbezuges selbst in der Krankenversicherung teilpflichtversichert sind, die Anspruchsberechtigung für Angehörige und somit auch der umfassende, den Bedingungen im Ausland angepasste Krankenversicherungsschutz gewahrt bleibt.

Die damals geschaffenen Ausnahmebestimmungen im ASVG sowie im B-KUVG entfalten jedoch nur dann Wirkungen, wenn die/der Versicherte und die/der aufgrund des Kinderbetreuungsgeldbezuges versicherte Angehörige nach demselben Gesetz versichert sind, nicht jedoch in Fällen, in denen für die Angehörige/den Angehörigen eine Teilpflichtversicherung in der Krankenversicherung aufgrund Kinderbetreuungsgeldbezuges nach einem anderen Gesetz besteht. Da diese Konstellationen im auswärtigen Dienst jedoch relativ häufig vorkommen, sollen die bestehenden Ausnahmebestimmungen auf Anregung des Bundesministeriums für europäische und internationale Angelegenheiten nun dahingehend ergänzt werden, dass die Anspruchsberechtigung jedenfalls auch bei Vorliegen einer Teilpflichtversicherung aufgrund des Kinderbetreuungsgeldbezuges nach dem ASVG, dem GSVG, dem BSVG oder dem B-KUVG bestehen bleibt.

Das Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten zeigte weiters auf, dass der - an sich sozialen Schutzzwecken dienende - Leistungsanspruch nach § 122 Abs. 3 ASVG in Fällen, in denen sich eine aufgrund eines vorangegangenen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses anspruchsberechtigte weibliche Person als Angehörige eines im dienstlichen Auftrag ins Ausland entsendeten Versicherten mit ins Ausland begibt, insofern zu einem unbefriedigenden Ergebnis führen kann, als dadurch die Kostenübernahme durch den Dienstgeber nach § 130 ASVG und § 58 B-KUVG gehindert wird.

Dies führt nach Angabe des Bundesministeriums für europäische und internationale Angelegenheiten in der Praxis zu Nachteilen medizinischer und finanzieller Natur sowie zu psychischen Belastungen der betroffenen Angehörigen, da neben die erschwerten äußeren Rahmenbedingungen im Ausland auch der Entfall des durch die Dienstgeberin/den Dienstgeber geleisteten Rückhaltes tritt, die/der auf der Basis der §§ 130 ASVG und 58 B-KUVG zwar finanzielle Vorschussleistungen erbringen kann, diese aufgrund der bestehenden Anspruchsberechtigung der Angehörigen aber nicht erbringen darf. Durch die vorgeschlagene Änderung wird sicher gestellt, dass weibliche Angehörige von sich aus dienstlichen Gründen im Ausland befindlichen Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern ohne Unterscheidung danach, ob sie davor erwerbstätig waren oder nicht, in den Genuss der Kostenerstattung durch den Dienstgeber kommen können.

Aus redaktioneller Sicht war die Regelung des ASVG bezüglich der Beschränkung der Verpflichtung des Dienstgebers zur Kostenübernahme nur für die Sachleistungen für die Dauer der Weitergewährung des Entgelts im Hinblick auf die Vertragsbediensteten im B-KUVG aufzunehmen.

Zu Art. 4 Z 38 und 39 (§ 148 ASVG):

Bei den vorgeschlagenen Änderungen handelt es sich um Zitierungsanpassungen.

Zu Art. 4 Z 40, 42, 50, 51, 52, 55, 56 bis 59, 75 bis 78 und 83; Art. 5 Z 14 und 15; Art. 6 Z 11 und 12; Art. 7 Z 15 und 16; Art. 8 Z 1 bis 3 (§§ 149 Abs. 3a, 322a Abs. 2 und 4, 447f Abs. 1, 2, 6, 12, 14, 16 und 17, 447h Abs. 3 letzter Satz, 545 Abs. 7, 620 Abs. 2 und Abs. 3 Z 2, 621 Abs. 3 sowie 635 Abs. 6

ASVG; § 308 Abs. 2 und 309 Abs. 3 GSVG; § 297 Abs. 2 und 298 Abs. 3 BSVG; § 211 Abs. 2 und 212 Abs. 3 B-KUVG; § 7a Abs. 1 und 4 SV-EG):

Im Hinblick darauf, dass mit der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. xxx/2007 ein neuer Finanzausgleich für den Zeitraum 2008 bis einschließlich 2013 geregelt wird, soll mit den vorgeschlagenen Gesetzesänderungen eine Fortschreibung der bereits in der vergangenen Vereinbarungsperiode vereinbarten und begonnenen Maßnahmen einer gemeinsamen Steuerung und Planung erfolgen. Finanzielle Änderungen ergeben sich aus dieser Fortschreibung nicht.

Zu Art. 4 Z 43 (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG):

Nach Art. 4 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. xxx/2007 soll die Planung der stationären und der ambulanten Versorgung im Rahmen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) erfolgen. Nach Art. 4 Abs. 5 der Vereinbarung sollen die RSG die Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung darstellen, wobei im Krankenanstalten- sowie im Sozialversicherungsrecht entsprechende Anpassungen vorzunehmen sind. Sozialversicherungsrechtlich soll sichergestellt werden, dass die Gesamtvertragspartner im extramuralen Bereich ihre Verhandlungen darauf ausrichten.

Diesen Vorgaben soll durch eine entsprechende Ergänzung des § 342 Abs. 1 ASVG Rechnung getragen werden.

Zu Art. 4 Z 44, 45 und 46 (§ 342 Abs. 2, § 348a Abs. 3 und 349 Abs. 5 ASVG):

Entsprechend dem Art. 4 Abs. 8 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. xxx/2007, wonach die Abrechenbarkeit von Leistungen durch die Krankenversicherungsträger im Bereich des Vertragspartnerrechts an die verpflichtende Einhaltung der qualitativen Inhalte des ÖSG und der regionalen Detailplanungen, insbesondere des RSG, durch die Vertragspartnerinnen und Vertragspartner als Leistungserbringer/innen zu binden ist, soll eine entsprechende Anpassungen in den Vertragspartnerbestimmungen erfolgen.

Zu Art. 4 Z 47 (§ 351g Abs. 3 ASVG):

Mit der vorgeschlagenen Änderung des § 315g Abs. 3 ASVG soll in Umsetzung des Art. 25 Abs. 13 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. xxx/2007 eine Vertreterin oder ein Vertreter der Bundesländer in die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission aufgenommen werden, mit der/dem Entscheidungen, ob neue Arzneispezialitäten intra- und/oder extramural verabreicht werden können, abzustimmen sind. Die Mehrheitsverhältnisse in der Kommission ändern sich dadurch nicht.

Zu Art. 4 Z 48 (§ 442 Abs. 2 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Regelung soll auch der Österreichischen Zahnärztekammer sowie dem Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen auf deren Anregung hin analog zum bereits bestehenden Vorschlagsrecht der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer und anderer ausdrücklich genannter Institutionen ein Vorschlagsrecht für ein Mitglied des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich eingeräumt werden. Des Weiteren wird die Bezeichnung der „Pharmig Vereinigung pharmazeutischer Unternehmen“ in „Pharmig Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs“ geändert.

Zu Art. 4 Z 49 (§ 447a Abs. 10 ASVG):

Im Zusammenhang mit der Regelung des Finanzausgleiches für die Jahre 2005 bis 2008 wurde normiert, dass der Bundesminister für Finanzen für die Jahre 2005 bis einschließlich 2008 das Jahresmehraufkommen an Tabaksteuer, das sich aus dem Tabaksteuergesetz 1995 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 ergibt, an den Ausgleichfonds der Gebietskrankenkassen überweist. Für das Jahr 2005 wurde dieses Jahresmehraufkommen an Tabaksteuer durch Vergleich des Tabaksteueraufkommens vom Februar 2005 bis Jänner 2006 mit jenem vom Februar 2004 bis Jänner 2005 ermittelt (Jahresbetrag). Im Zuge dieses Vergleiches wurde vom Bundesminister für Finanzen ein Betrag von 12 423 759,09 Euro ermittelt, der bis zum Jahr 2013 maßgebend ist. Mit der vorgeschlagenen Regelung erfolgt somit keine inhaltliche Änderung.

Zu Art. 4 Z 53 und 54 (§ 447f Abs. 10 und 11 ASVG):

Die vorgeschlagenen Änderungen stehen im Zusammenhang mit der mit Wirksamkeit ab 1. Oktober 2006 erfolgten Auflösung der Betriebskrankenkasse Semperit.

Zu Art. 4 Z 79, 80 und 82 (§ 625 Abs. 8, 9 und 14 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Neuregelung soll die für die Geschäftsjahre 2005 bis 2007 bestehende und mit Ende des Jahres 2007 auslaufende Verwaltungskostendeckelung bei den Versicherungsträgern und dem Hauptverband bis zum Jahr 2011 verlängert werden.

Das Ziel der Verwaltungskostendeckelung wurde bis dato von allen Versicherungsträgern erreicht. Vor allem im Bereich der Krankenversicherung war insofern eine sehr positive Entwicklung des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes festzustellen, als nach einem kontinuierlichen Anstieg bis zum Jahr 2000 im Jahre 2003, dem Jahr der erstmaligen Deckelung, ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen war. Nach einem innerhalb der Deckelungsgrenze erfolgten Anstieg im Jahre 2004 war auch in den Jahren 2005 und 2006 ein Aufwandsrückgang zu verzeichnen. Insgesamt betrachtet lag der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand in den Jahren 2003 bis 2006 unter dem Niveau des Jahres 1999.

Da sich diese Zielvorgaben bislang bestens bewährt haben, soll die bestehende Deckelung nunmehr um weitere vier Jahre verlängert werden.

Zu Art. 4 Z 81 (§ 625 Abs. 12 Z 1 ASVG):

Das Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz hat im Begutachtungsverfahren angeregt, § 625 ASVG um eine zeitliche Beschränkung betreffend die Ausnahme der Kosten der Auflösung und Umgestaltung von Organisationseinheiten im Zuge einer Fusion für längstens fünf Jahre (ab Beginn der Fusion) zu ergänzen. Dadurch wird festgeschrieben, wie lange der Zeitraum einer Fusion bezüglich der Wirksamkeit für die Verwaltungskostendeckelung zu akzeptiert ist. Das jetzt gegebene offene Ende der entsprechenden Auswirkungen einer Fusion wurde bereits vom Rechnungshof (im Zuge der Einschau bei der PVA) kritisiert. Bei der PVA wäre bei fünfjähriger Beschränkung der Zeitraum vom 1. Jänner 2003 bis 31. Dezember 2007 umfasst; dies entspricht auch dem gegenwärtig gültigen Zeitraum des § 625 ASVG.

Zu Art. 6 Z 10 (§ 284 Abs. 5 BSVG):

Die Übergangsbestimmung betreffend die Zurechnung von Verwertungserlösen zur Krankenversicherung nach dem BSVG soll auf weitere zwei Jahre erstreckt werden. Die finanziellen Auswirkungen hängen von den erzielten Verwertungserlösen ab und können daher nicht im Voraus beziffert werden.

Zu Art. 7 Z 3 (§ 21 Abs. 2 B-KUVG):

§ 20d B-KUVG in der derzeitigen Fassung regelt wie § 53a ASVG die Vorschreibung von Beiträgen für geringfügig Beschäftigte. Dabei ist für Versicherte, die eine oder mehrere geringfügige Beschäftigungen ausüben, ein Pauschalbeitrag zu leisten. Während § 54 Abs. 5 ASVG vorsieht, dass dieser auch von den Sonderzahlungen zu entrichten ist, fehlte im Bereich des B-KUVG bis dato eine entsprechende Regelung.

Durch die vorgesehene Ergänzung des § 21 B-KUVG soll nun auch für den Bereich des B-KUVG - rückwirkend mit dem 1. Jänner 2006 als Inkrafttretensdatum der Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze im B-KUVG durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2005 – SRÄG 2005, BGBl. I Nr. 71/2005- klargestellt werden, dass der Pauschalbeitrag auch von den Sonderzahlungen zu leisten ist. Dabei wird seitens der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter von 976 Fällen von einem Beitragsvolumen von 9 429,92 Euro ausgegangen.

Zu Art. 7 Z 12 und 13 (Überschrift zum 3. Unterabschnitt sowie § 84 Abs. 3 B-KUVG):

Bezieherinnen und Bezieher von Kinderbetreuungsgeld unterliegen nach § 1 Abs. 1 Z 20 B-KUVG iVm § 3 Z 5 B-KUVG der Teilpflichtversicherung in der Krankenversicherung.

§ 84 B-KUVG regelt die Anwendbarkeit von Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes für die neuen Vertragsbediensteten, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Universitäten, der Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie für Selbstversicherte nach § 7a Abs. 2 Z 1 B-KUVG unter Ausnahme der unkündbaren Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter.

Nach der geltenden Rechtslage wird die Versichertengruppe der Bezieherinnen und Bezieher von Kinderbetreuungsgeld nicht von der Anwendbarkeit der in § 84 Abs. 1 B-KUVG genannten Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erfasst. Dieser Umstand führte dazu, dass für die bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter versicherten Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen im Fall einer weiteren Schwangerschaft bzw. Geburt eines weiteren Kindes keinen Anspruch auf Wochengeld in der Höhe des um 80 % erhöhten Kinderbetreuungsgeldes nach § 162 Abs. 3a ASVG besteht.

Da derartige Sachverhalte schon bis dato mittels Interpretation zugunsten der Betroffenen gelöst wurden, soll die vorgeschlagene Änderung die Rechtslage eindeutig klargestellt und Rechtsicherheit für die Betroffenen geschaffen werden.

Finanzielle Erläuterungen:

Zu Art. 4 Z 5, 37 und 83, Art. 5 Z 13, Art. 6 Z 9 und Art. 7 Z 10 (§§ 31 Abs. 5 Z 16, 136 Abs. 6 sowie 635 Abs. 4 ASVG; § 92 Abs. 6 GSVG, § 86 Abs. 6 BSVG sowie § 64 Abs. 6 B-KUVG):

Im Jahr 2006 betragen die Einnahmen aus der Rezeptgebühr rund 370 Millionen Euro. Für das Jahr 2008 werden auf Grund der geltenden Rechtslage Einnahmen aus der Rezeptgebühr in der Höhe von 409 Millionen Euro prognostiziert. Wird im Falle der Begrenzung der Rezeptgebühr von einem Nettoeinkommen und abzüglich der Sonderzahlungen ausgegangen, so wird der Einnahmefall für die soziale Krankenversicherung im Jahr 2008 rund 60 Millionen Euro betragen. Dies entspricht 12,5 Millionen Verordnungen bei einer Rezeptgebühr in der Höhe von 4,80 Euro pro verschriebenem Medikament. Von der Deckelung werden rund 300 000 Personen, überwiegend Pensionistinnen und Pensionisten und chronisch Kranke betroffen sein. Die Auswirkung für den Einzelnen wird von der Höhe seines Einkommens und dem Medikamentenverbrauch abhängen. Der Bezieher/die Bezieherin eines Nettoeinkommens ohne Sonderzahlungen in der Höhe von 1 000 Euro monatlich wird künftig maximal mit 240 Euro jährlich belastet sein. Bei jenen ca. 1 000 Personen aus dem Kreis der 300 000 Betroffenen, die 400 Euro Rezeptgebühr jährlich entrichteten, würde dies eine Ersparnis von 160 Euro bedeuten.

Zu Art. 4 Z 10 bis 29, 60 bis 74 sowie 83; Art. 5 Z 1 bis 10 und 16; Art. 6 Z 1 bis 6 und 13; Art. 7 Z 1, 2, 4 bis 7, 11, 14 und 17; Art. 9 Z 1 bis 3; Art. 10 Z 1 bis 3; Art. 11 Z 1 und 2; Art. 12 Z 1 und 2; Art. 13 Z 1 bis 3 (§§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f, Abs. 3 Z 1, 73 Abs. 1 Z 1 und 2, 73 Abs. 2 und 4, 472a Abs. 2 und 3, 474 Abs. 1, 479d Abs. 2 sowie 635 Abs. 5 und 7 ASVG; §§ 14f Abs. 1 Z 1 und 2, 27 Abs. 1 Z 1, 29 Abs. 1 und 2 sowie 320 Abs. 3 GSVG; §§ 24 Abs. 1, 26 Abs. 1 und 2 sowie 310 Abs. 3 BSVG; §§ 20 Abs. 1, 22 Abs. 1 und 3, 22 Abs. 6, 70, 151 Abs. 4 sowie 218 Abs. 3 B-KUVG; §§ 32 Abs. 1 und 6, 42 Abs. 1 und 5 AIVG; § 7 Abs. 1 Z 2 und Abs. 4 SUG; § 53 Abs. 1 HVG; § 74 Abs. 1 KOVG und § 39j Abs. 6 und 6a FLAG):

Für die Krankenversicherung ergeben sich auf Grund der vorgeschlagenen Beitragssatzänderungen (die Erhöhung um 0,1 Prozentpunkte auf Grund der Finanzausgleichsvereinbarung wird bis zum Ende des Jahres 2013 lediglich fortgeschrieben) folgende Mehr- bzw. Mindereinnahmen in Millionen Euro:

	2008	2009	2010
alle Gebietskrankenkassen	158,2	163,7	169,3
alle Betriebskrankenkassen	1,0	1,0	1,1
VA für Eisenbahnen und Bergbau	0,1	0,1	0,1
VA öffentlich Bediensteter	-7,6	-7,9	-8,2
SVA der gewerblichen Wirtschaft	-81,1	-83,5	-86,0
SVA der Bauern	5,4	5,6	5,7
KV insgesamt	76,0	79,0	82,0

Der Einnahmefall im Bereich der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft auf Grund der Beitragssatzsenkung kann im Hinblick auf die Liquiditätsreserve des Versicherungsträgers im Ausmaß von 238,7 Millionen Euro zum 31. Dezember 2006 als gerechtfertigt bezeichnet werden. Die allgemeine Rücklage der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft beträgt zum Stichtag 31. Dezember 2006 360,5 Millionen Euro.

Mit der vorgeschlagenen Senkung des Beitragssatz im GSVG ist ein steuerliches Mehraufkommen von rund 40 % der Beitragsmindereinnahmen verbunden. Dies ist allerdings im Zusammenhang mit den Maßnahmen der vorgeschlagenen Selbständigenvorsorge nach dem Mitarbeiter- und Selbständigenvorsorgegesetz zu sehen.

Zu den finanziellen Auswirkungen der Anhebung des Krankenversicherungsbeitrages für den Bereich des Arbeitslosenversicherungsgesetzes und Sonderunterstützungsgesetzes: Der Aufwand für die Krankenversicherungsbeiträge betrug im Jahr 2006 rund 170 Mio. Euro. Der Mehraufwand (Krankenversicherungsbeitrag für Leistungsbezieher/innen nach dem AIVG und SUG) wird im Jahr 2008 für etwa 250 000 Personen etwa 3,3 Mio. Euro betragen; dieser Mehraufwand wird in den Folgejahren, da mit sinkender Arbeitslosigkeit bei leicht höheren Leistungsbezügen zu rechnen ist, gleich bleiben. Sinkt

die Arbeitslosigkeit hingegen nicht, kann mit einer jährlichen Aufwandssteigerung im Ausmaß von drei Prozentpunkten gerechnet werden.

Für die Bezieher/Bezieherinnen von Kinderbetreuungsgeld (ca. 160 000 Personen) ist mit jährlichen Mehraufwendungen im Ausmaß von ca. 1,4 Millionen Euro zu rechnen.

Für das KOVG und das HVG ist in Summe mit einer Steigerung für das Jahr 2008 von rund 43 000 Euro und für das Jahr 2009 mit einer Steigerung von 40 800 Euro zu rechnen.

Zu den Art. 4 Z 34 und 36; Art. 5 Z 11 und 12; Art. 6 Z 7 und 8; Art. 7 Z 8 (§§ 122 Abs. 3a, 134 Abs. 3 ASVG; § 82 Abs. 4 und 6 GSVG; §§ 77 und 84 Abs. 2 BSVG; § 55 Abs. 1a B-KUVG):

Die vorgeschlagene Maßnahme zieht keine finanziellen Mehraufwendungen nach sich, da den Betroffenen der Versicherungsschutz praktisch, in all diesen Fällen später ohnedies rückwirkend zuerkannt werden kann.

Zu Art. 4 Z 79, 80 und 82 (§ 625 Abs. 8, 9 und 14 ASVG):

Das Ziel der Verwaltungskostendeckelung wurde bis dato von allen Versicherungsträgern erreicht.

Vor allem im Bereich der Krankenversicherung war insofern eine sehr positive Entwicklung des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes festzustellen, als sogar ein Aufwandsrückgang zu verzeichnen war, sodass der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand insgesamt betrachtet in den Jahren 2003 bis 2006 unter dem Niveau des Jahres 1999 lag. Zur Veranschaulichung wird die Situation in der Krankenversicherung abgebildet:

Krankenversicherung (ohne BKK)			
Jahr	Aufwand in Euro	+/- in %	Inflation in %
1999	353.127.478	6,76	0,6
2000	365.260.373	3,44	2,3
2001	342.250.228	-6,30	2,7
2002	357.288.284	4,39	1,8
2003	326.559.312	-8,60	1,3
2004	348.073.161	6,59	2,1
2005	345.595.175	-0,71	2,3
2006	344.036.674	-0,45	1,5

Zu Art. 6 Z 10 (§ 284 Abs. 5 BSVG):

Die finanziellen Auswirkungen der Erstreckung der Übergangsbestimmung betreffend die Zurechnung von Verwertungserlösen zur Krankenversicherung nach dem BSVG auf weitere zwei Jahre hängen von den erzielten Verwertungserlösen ab und können daher nicht im Voraus beziffert werden.

Zu Art. 7 Z 12 und 13 (Überschrift zum 3. Unterabschnitt sowie § 84 Abs. 3 B-KUVG):

Da derartige Sachverhalte schon bis dato mittels Interpretation zugunsten der Betroffenen gelöst wurden, ist kein finanzieller Mehraufwand zu erwarten.