

Textgegenüberstellung zu Art. 1

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
<p>§ 6. (1) ...</p> <p>(2) Die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten.</p> <p>§ 10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes bzw. des diesen ersetzenden Österreichischen Strukturplanes Gesundheit(im Folgenden: ÖSG) befindet.</p> <p>(2)</p> <p>§ 19a. (1) bis (5)</p> <p>(6) Die Landesgesetzgebung kann nähere Vorschriften über die Arzneimittelkommission, insbesondere deren Zusammensetzung, über die Geschäftsordnung, die Einberufung der Kommission, die Verhandlungsführung sowie die von der Kommission allenfalls wahrzunehmenden Kontrollaufgaben, erlassen.</p>	<p>§ 6. (1) ...</p> <p>(2) Die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten. Sofern Betten für Pfleglinge verschiedener Abteilungen zur Verfügung stehen (interdisziplinäre Belegung), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Pfleglinge jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten Abteilung zugeordnet werden können.</p> <p>§ 10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, im Rahmen eines regionalen Strukturplanes Gesundheit für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit(im Folgenden: ÖSG) befindet.</p> <p>(2)</p> <p>§ 19a. (1) bis (5)</p> <p>(6) Die Landesgesetzgebung hat sicher zu stellen, dass der Arzneimittelkommission jedenfalls ein Vertreter der Sozialversicherung angehört und dass im Wege der Geschäftsordnung der Arzneimittelkommission festgelegt wird, dass die Vorgangsweise gemäß Abs.4 Z3 mit diesem Vertreter abzustimmen ist. Darüber hinaus kann die Landesgesetzgebung weitere Vorschriften über die Arzneimittelkommission, insbesondere deren Zusammensetzung, über die Geschäftsordnung, die Einberufung der Kommission, die Verhandlungsführung sowie die von der Kommission allenfalls wahrzunehmenden Kontrollaufgaben, erlassen.</p>

§ 25. (1) Die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbenen Pflegelinge sind zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder gerichtlich angeordnet worden oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes, erforderlich ist.

(2) und (3)

§ 27a. (1)

(2) Die Landesgesetzgebung wird ermächtigt, für die Jahre 2005 bis einschließlich 2008 den in Abs. 1 genannten Betrag soweit zu erhöhen, dass die Summe aller Kostenbeiträge nach Abs. 1 bis 6 maximal zehn Euro beträgt.

(3) bis (6)

§ 27b. (1)

(2)

(3) Bis zur Einführung eines bundesweiten einheitlichen Abrechnungssystems für den ambulanten Bereich ist durch die Landesgesetzgebung zu bestimmen, in welcher Form ambulante Leistungen an Pflegelingen gemäß Abs. 1 und Leistungen im Nebenkostenstellenbereich durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden. Dies kann durch die Landesgesetzgebung auch dem Landesgesundheitsfonds übertragen werden.

(4)

(5) Die Übereinstimmung mit den Zielen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. xxx/2004, ist Voraussetzung dafür, dass der Träger der Krankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erhält.

§ 25. (1) Die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbenen Pflegelinge sind zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder durch die Staatsanwaltschaft angeordnet worden oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes, erforderlich ist.

(2) und (3)

§ 27a. (1)

(2) Die Landesgesetzgebung wird ermächtigt, für die Jahre 2005 bis einschließlich 2013 den in Abs. 1 genannten Betrag soweit zu erhöhen, dass die Summe aller Kostenbeiträge nach Abs. 1 bis 6 maximal zehn Euro (Basis 2005) beträgt.

(3) bis (6)

§ 27b. (1)

(2)

(3) Durch die Landesgesetzgebung zu bestimmen, in welcher Form Leistungen im Nebenkostenstellenbereich und – bis zur Einführung eines bundesweit einheitlichem Abrechnungssystems für den ambulanten Bereich – ambulante Leistungen an Pflegelingen gemäß Abs. 1 durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden. Dies kann durch die Landesgesetzgebung auch dem Landesgesundheitsfonds übertragen werden.

(4)

(5) Die Übereinstimmung mit den Zielen des ÖSG und die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 179/2004, ist Voraussetzung dafür, dass der Träger der Krankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erhält.

§ 57. (1) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a jährlich die folgenden Mittel für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

1. 1,416 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. xxx/2004, genannten Betrages;
2. 31.426.240,71 Euro;
3. 127.000.000,00 Euro.

(2) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an die Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a jährlich Mittel in der Höhe von 83.573.759,29 Euro.

§ 57. (1) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a jährlich die folgenden Mittel für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

1. 1,416 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. xxx/2004, genannten Betrages und
2. 258.426.240,71 Euro;

(2) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a ab dem Jahr 2009 jährlich folgende Mittel für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

1. Einen Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 Abs. 1 FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages gemäß Abs. 1 Z 1 zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008 ermittelt wird und

2. einen Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 Abs. 1 FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages von 258.426.240,71 Euro zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008 ermittelt wird.

(3) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an die Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a jährlich Mittel in der Höhe von 83.573.759,29 Euro.

(3) Die Bundesgesundheitsagentur leistet an die Landesgesundheitsfonds zur Finanzierung der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten jährlich folgende Beiträge:

1. 1,416 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. xxx/2004 genannten Betrages;
2. 24.000.000,00 Euro;
3. 91.000.000,00 Euro;
4. 127.000.000,00 Euro nach Maßgabe des § 59d und nach Abzug der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, der Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen, Mittel für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung (z.B. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screening-programm, molekulargenetischen Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen und Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) und allfällige Mittel für Anstaltspflege im Ausland.

§ 58. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2005 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an die Bundesgesundheitsagentur eine Woche vor den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2005, BGBl. I Nr. xxx/2004, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergüsse oder Guthaben der Bundesgesundheitsagentur sind auszugleichen.

(4) Die Bundesgesundheitsagentur leistet an die Landesgesundheitsfonds zur Finanzierung der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten jährlich folgende Beiträge:

1. Mittel gemäß Abs. 1 Z 1 bzw. Abs. 2 Z 1,
2. 9,29% der Mittel gemäß Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2
3. 2,87% der Mittel gemäß Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2
4. 83.573.759,29 Euro gemäß Abs. 3
5. 49,14% der Mittel gemäß Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2 nach Maßgabe des § 59c und nach Abzug der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, der Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen, Mittel für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, allfälliger Mittel für ELGA und allfällige Mittel für Anstaltspflege im Ausland.
6. 38,70% der Mittel gemäß Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2

§ 58. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2008 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder für das Jahr 2008 an der Umsatzsteuer bzw. für die Jahre ab 2009 an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel richtet, an die Bundesgesundheitsagentur eine Woche vor den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Bis zur Ermittlung der Anteile gemäß § 57 Abs. 2 Z 1 sind vorläufige Werte auf Basis einer aktuellen Prognose heranzuziehen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBl. I Nr. xxx/2007, oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergüsse oder Guthaben der Bundesgesundheitsagentur sind auszugleichen..

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils eine Woche vor dem Ende eines jeden Kalenderviertels an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und 15. Jänner des Folgejahres an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 25. März, 25. Juni, 25. September und 25. Dezember an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

§ 59. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 1 und 2 sind auf die Landesgesundheitsfonds nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland	2,572
Kärnten	6,897
Niederösterreich	14,451
Oberösterreich	13,692
Salzburg	6,429
Steiermark	12,884
Tirol	7,982
Vorarlberg	3,717
Wien	31,376

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 2 und 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils eine Woche vor dem Ende eines jeden Kalenderviertels an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 4 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 25. März, 25. Juni, 25. September und 25. Dezember an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 und 6 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und 15. Jänner des Folgejahres an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

(5) Ab dem Jahr 2009 sind die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 2, 3, 5 und 6 in Vorschüssen zu erbringen. Die Höhe der Teilbeträge richtet sich nach der jeweils letzten Prognose über die Entwicklung der Einnahmen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel; wenn die tatsächliche Entwicklung der Einnahmen eine deutliche Abweichung von dieser Prognose erwarten lässt, kann der letzte Teilbetrag entsprechend angepasst werden. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBl. I Nr. xxx/2007, oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Bundesgesundheitsagentur sind auszugleichen.

§ 59. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 1 und 2 sind auf die Landesgesundheitsfonds nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland	2,572
Kärnten	6,897
Niederösterreich	14,451
Oberösterreich	13,692
Salzburg	6,429
Steiermark	12,884
Tirol	7,982
Vorarlberg	3,717
Wien	31,376

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2005 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an die Landesgesundheitsfonds zu den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2005, BGBl. I Nr. xxx/2004, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Landesgesundheitsfonds sind auszugleichen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 3 sind auf die Landesgesundheitsfonds nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland	2,559
Kärnten	6,867
Niederösterreich	14,406
Oberösterreich	13,677
Salzburg	6,443
Steiermark	12,869
Tirol	8,006
Vorarlberg	3,708
Wien	31,465

(5) Diese Mittel sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(6) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2008 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder für das Jahr 2008 an der Umsatzsteuer bzw. für die Jahre ab 2009 an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel richtet, an die Landesgesundheitsfonds zu den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Bis zur Ermittlung der Anteile gemäß § 57 Abs. 2 Z 1 sind vorläufige Werte auf Basis einer aktuellen Prognose heranzuziehen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBl. I Nr. xxx/2007, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Landesgesundheitsfonds sind auszugleichen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 3 und 4 sind auf die Landesgesundheitsfonds nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland	2,559
Kärnten	6,867
Niederösterreich	14,406
Oberösterreich	13,677
Salzburg	6,443
Steiermark	12,869
Tirol	8,006
Vorarlberg	3,708
Wien	31,465

(5) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 3 und 4 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(6) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

1. Zunächst sind von den 127.177.459,79 Euro jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:
 - a) 3.630.000,00 Euro für den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
 - b) 4.360.000,00 Euro für den Landesgesundheitsfonds Steiermark
 - c) 3.630.000,00 Euro für den Landesgesundheitsfonds Tirol.
2. Sodann sind von den verbleibenden 115.380.000,00 Euro die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 2,9 Mio. Euro jährlich, die Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen und Strukturreformen im Ausmaß von 3,5 Mio. Euro jährlich, die Mittel zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen und für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung im Ausmaß von 3,5 Mio. Euro jährlich abzuziehen und von der Bundesgesundheitsagentur einzubehalten und gemäß § 59d und § 59e zu verwenden. Von dem sodann verbleibenden Betrag sind weiters allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 39 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu verwenden.

1. Zunächst sind davon jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:
 - a) 3,63 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
 - b) 4,36 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Steiermark
 - c) 3,63 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Tirol.
2. Sodann sind
 - a) die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 2,9 Mio. Euro jährlich, im Bedarfsfall aufgrund eines einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlusses der Bundesgesundheitskommission von maximal 3,4 Mio. Euro jährlich,
 - b) die Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen im Ausmaß von 5 Mio. Euro jährlich,
 - c) die Mittel zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen und für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung im Ausmaß von 3,5 Mio. Euro jährlich und
 - d) nach Vorliegen einer Kosten-Nutzenbewertung sowie nach Maßgabe von einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission 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) abzuziehen und von der Bundesgesundheitsagentur einzubehalten und gemäß § 59d und § 59e bzw. entsprechender Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission zu verwenden.
3. Von den nach den Abzügen gemäß Z 2 verbleibenden Mitteln sind weiters allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 45 Abs. 2 der für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu verwenden.

<p>3. Die nach dem Abzug gemäß Z 2 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl, die sich nach dem vom Österreichischen Statistischen Zentralamt auf Grund der ordentlichen Volkszählung 2001 festgestellten Ergebnis bestimmt, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Landesgesundheitsfonds nach Maßgabe des § 59c zu überweisen.</p> <p>4. Im Ausmaß der Landesquoten gemäß Z 3 sind die Vermögenserträge der Bundesgesundheitsagentur und allenfalls in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpfte Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, für Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung den einzelnen Landesgesundheitsfonds zuzuteilen.</p> <p>(7) Die Mittel gemäß Abs. 6 Z 1 und 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner, wobei die erste Rate am 20. April 2005 fällig ist, an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen, sofern die Voraussetzungen des § 59c erfüllt sind.</p>	<p>4. Die nach den Abzügen gemäß Z 2 und 3 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl, die sich nach dem von der Statistik Österreich auf Grund der ordentlichen Volkszählung 2001 festgestellten Ergebnis bestimmt, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Landesgesundheitsfonds nach Maßgabe des § 59c zu überweisen.</p> <p>5. Im Ausmaß der Landesquoten gemäß Z 4 sind die Vermögenserträge der Bundesgesundheitsagentur und allenfalls in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpfte Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, für Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung und für die Finanzierung der ELGA den einzelnen Landesgesundheitsfonds zuzuteilen.</p> <p>(7) Die Mittel gemäß Abs. 6 Z 1 und 4 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner des Folgejahres, wobei die erste Rate am 20. April 2008 fällig ist, an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen, sofern die Voraussetzungen des § 59c erfüllt sind.</p> <p>(8) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 4 Z 6 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Zunächst sind davon jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:<ol style="list-style-type: none">a) 2 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Niederösterreichb) 2 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Oberösterreichc) 2 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Salzburgd) 14 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Tirol.
---	--

2. Die nach den Abzügen gemäß Z 1 verbleibenden Mittel sind zur Hälfte entsprechend der aufgrund der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet errechneten Prozentsätze und zur Hälfte unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

Burgenland	2,187
Kärnten	7,544
Niederösterreich	16,062
Oberösterreich	18,348
Salzburg	6,291
Steiermark	13,663
Tirol	9,371
Vorarlberg	3,498
Wien	23,036

(9) Die Mittel gemäß Abs. 8 Z 1 und 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner des Folgejahres, wobei die erste Rate am 20. April 2008 fällig ist, an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(10) Ab dem Jahr 2009 sind die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 2, 3, 5 und 6 – mit Ausnahme der Vorweganteile gemäß Abs. 6 Z 1 und Abs. 8 Z 1 - in Vorschüssen an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen. Die Höhe der Teilbeträge richtet sich nach der jeweils letzten Prognose über die Entwicklung der Einnahmen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel; wenn die tatsächliche Entwicklung der Einnahmen eine deutliche Abweichung von dieser Prognose erwarten lässt, kann der letzte Teilbetrag entsprechend angepasst werden. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBl. I Nr. xxx/2007, oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Landesgesundheitsfonds sind auszugleichen.

§ 59a. Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sind:

§ 59a. Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sind:

(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat im Rahmen der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich folgende Aufgaben unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen sowie regionaler und länderspezifischer Erfordernisse wahrzunehmen:

1. Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Erstellung von Vorgaben für die transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich,
3. Leistungsangebotsplanung als Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 1 zu berücksichtigen sind, und Entwicklung geeigneter Formen der Zusammenarbeit von Leistungserbringern,
4. Entwicklung und Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche,
5. Erarbeitung von Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung eines Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,
6. Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
7. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik und der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA),

(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat im Rahmen der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich folgende Aufgaben unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen sowie regionaler und länderspezifischer Erfordernisse wahrzunehmen:

1. Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Erstellung von Vorgaben für die transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich,
3. Festlegung der Grundsätze Ziele und Methoden für die Planung im Gesundheitswesen, insbesondere für die ambulante Versorgungsplanung,
4. Leistungsangebotsplanung als Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 1 zu berücksichtigen sind, und Entwicklung geeigneter Formen der Zusammenarbeit von Leistungserbringern,
5. Erarbeitung und Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs,
6. Entwicklung und Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche,
7. Erarbeitung von Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung eines Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,
8. Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
9. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik und der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA),
10. Festlegung von Impfprogrammen auf der Grundlage evidenzbasierter Studien unter Beibehaltung des bisherigen Finanzierungsschlüssels,

<p>8. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung, 9. Erarbeitung von Leitlinien für den Kooperationsbereich(Reformpool) gemäß Art. 26 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 10. Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur, 11. Erstellung des Voranschlags und des Rechnungsabschlusses und 12. Evaluierung der von der Bundesgesundheitsagentur wahrgenommenen Aufgaben.</p> <p>(2) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kostendämpfungen abgesichert wird.</p> <p>§ 59c. Bei maßgeblichen Verstößen gegen festgelegte Pläne(z.B. Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes bzw. ÖSG) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation(z.B. des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. xxx/2004) hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 zurückzuhalten, bis der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.</p> <p>§ 59d. (1) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens(§ 59 Abs. 6 Z 2) zur Erreichung folgender Ziele einzusetzen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 	<p>11. Erarbeitung von Leitlinien für den Kooperationsbereich(Reformpool) gemäß Art. 26 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 12. Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur, 13. Erstellung des Voranschlags und des Rechnungsabschlusses und 14. Evaluierung der von der Bundesgesundheitsagentur wahrgenommenen Aufgaben.</p> <p>(2) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kostendämpfungen abgesichert wird.</p> <p>§ 59c. Bei maßgeblichen Verstößen gegen festgelegte Pläne(z.B. ÖSG) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation(z.B. des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 179/2004) hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 zurückzuhalten, bis der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.</p> <p>§ 59d. (1) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens(§ 59 Abs. 6 Z 2 lit. a) zur Erreichung folgender Ziele einzusetzen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2.
--	--

(2) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) an die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer

1.
2.

(3) Die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) sind zur Erreichung der in Abs. 1 genannten Ziele gemäß der nachfolgenden Bestimmungen zu verwenden:

1.
2.:
3.
4.

(4) und (5)

§ 59e. (1) Zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung (z.B. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm, molekulargenetischen Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen und Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) können von der Bundesgesundheitsagentur höchstens 3,5 Mio. Euro jährlich verwendet werden.

(2) Die Bundesgesundheitskommission hat im Bedarfsfall Richtlinien über die Verwendung dieser Mittel zu erlassen.

(3) und (4)

(2) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2 lit. a) an die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer

1.
2.

(3) Die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2 lit. a) sind zur Erreichung der in Abs. 1 genannten Ziele gemäß der nachfolgenden Bestimmungen zu verwenden:

1.
2.:
3.
4.

(4) und (5)

§ 59e. (1) Zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung können von der Bundesgesundheitsagentur höchstens 3,5 Mio. Euro jährlich verwendet werden.

(2) Die geförderten Maßnahmen haben sich am Kriterienkatalog sowie den Definitionen, thematischen Prioritäten und Leitlinien für Mittelvergabe und –verwendung des „Konzepts für überregional bedeutsame Vorsorgemaßnahmen zu orientieren. Die von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen „Richtlinien zur Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme“ und die „Richtlinien für die Förderung von Pilotprojekten zur Einführung des Mammographie-Screenings in Österreich“ sind einzuhalten.

(3) und (4)

§ 59f. Über den Einsatz der für die Finanzierung von Projekten und Planungen gemäß § 59 Abs. 6 Z 2 einzubehaltenden Mittel(max. 3,5 Mio. Euro) entscheidet die Bundesgesundheitsagentur.

§ 59g. (1)

(2) Die Bundesgesundheitskommission besteht aus 26 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind:

1. Sieben Mitglieder bestellt die Bundesregierung;
2. je ein Mitglied bestellt jedes Land;
3. sechs Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
4. je ein Mitglied bestellen die Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden;
5. ein Mitglied bestellt die Österreichische Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat;
6. ein gemeinsames Mitglied bestellen die Patientenvertretungen;
7. ein Mitglied bestellt die Österreichische Ärztekammer;

für jedes der so bestellten Mitglieder der Bundesgesundheitskommission kann ein ständiges, stimmberechtigtes Ersatzmitglied bestellt werden. Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Vertretung durch Vollmacht möglich.

(3) bis (7)

§ 59f. Über den Einsatz der für die Finanzierung von Projekten und Planungen gemäß § 59 Abs. 6 Z 2 lit. b einzubehaltenden Mittel(max. 5 Mio. Euro) entscheidet die Bundesgesundheitsagentur.

§ 59g. (1)

(2) Die Bundesgesundheitskommission besteht aus 31 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind:

1. Sieben Mitglieder bestellt die Bundesregierung;
2. je ein Mitglied bestellt jedes Land;
3. sechs Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
4. je ein Mitglied bestellen die Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden;
5. ein Mitglied bestellt die Österreichische Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat;
6. ein gemeinsames Mitglied bestellen die Patientenvertretungen;
7. ein Mitglied bestellt die Österreichische Ärztekammer;
8. ein Mitglied bestellt die Bundesministerin/der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung;
9. ein Mitglied bestellt die Österreichische Apothekerkammer;
10. ein Mitglied bestellt die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt;
11. ein Mitglied bestellt die für die in § 149 Abs.3 ASVG genannten Krankenanstalten im Betracht kommende gesetzliche Interessensvertretung;

für jedes der so bestellten Mitglieder der Bundesgesundheitskommission kann ein ständiges Ersatzmitglied bestellt werden. Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Vertretung durch Vollmacht möglich.

(3) bis (7)

(8) Die Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen gefasst, wobei die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder je drei Stimmen haben. Für Beschlussfassungen ist – ausgenommen in den Angelegenheiten gemäß § 59 a Abs. 1 Z 10, sofern es sich um Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen gemäß § 59f handelt, und § 59 a Abs. 1 Z 11 – ein Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erforderlich.

§ 62a. (1) Es ist zulässig, Verstorbenen einzelne Organe oder Organteile zu entnehmen, um durch deren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wiederherzustellen. Die Entnahme ist unzulässig, wenn den Ärzten eine Erklärung vorliegt, mit der der Verstorbene oder, vor dessen Tod, sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende ausdrücklich abgelehnt hat. Eine Erklärung liegt auch vor, wenn sie in dem beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen geführten Widerspruchsregister eingetragen ist. Die Entnahme darf nicht zu einer die Pietät verletzenden Verunstaltung der Leiche führen.

(2) bis (4)

(8) Die Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen gefasst, wobei die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder je drei Stimmen haben und den Mitgliedern gemäß Abs. 2 Z 8 bis 11 kein Stimmrecht zukommt. Für Beschlussfassungen ist – ausgenommen in den Angelegenheiten gemäß § 59a Abs. 1 Z 12, sofern es sich um Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen gemäß § 59f handelt, und § 59a Abs. 1 Z 13 – ein Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erforderlich.

§ 62a. (1) Es ist zulässig, Verstorbenen einzelne Organe oder Organteile zu entnehmen, um durch deren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wiederherzustellen. Die Entnahme ist unzulässig, wenn den Ärzten eine Erklärung vorliegt, mit der der Verstorbene oder, vor dessen Tod, sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende ausdrücklich abgelehnt hat. Eine Erklärung liegt auch vor, wenn sie in dem bei der Gesundheit Österreich GesmbH, Geschäftsbereich ÖBIG geführten Widerspruchsregister eingetragen ist. Die Entnahme darf nicht zu einer die Pietät verletzenden Verunstaltung der Leiche führen.

(2) bis (4)

Widerspruchsregister

§ 62d. (1) Das Widerspruchsregister (§ 62a Abs. 1) dient dem Zweck, auf Verlangen von Personen, die eine Organspende ausdrücklich ablehnen, den Widerspruch gesichert zu dokumentieren, um eine Organentnahme in Österreich wirksam zu verhindern.

(2) Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Widerspruchsregister hat auf Verlangen der Person, die eine Organspende ausdrücklich ablehnen will, zu erfolgen. Dieses muss die Unterschrift der Person tragen. Mit dem Verlangen erfolgt die Zustimmung zur Verarbeitung der Daten.

(3) Im Widerspruchsregister können folgende Daten der Person, die einen Widerspruch erklärt hat oder für die ein Widerspruch erklärt wurde, verarbeitet werden: Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Sozialversicherungsnummer, Adresse, gegebenenfalls Name des gesetzlichen Vertreters.

(4) Über die erfolgte Eintragung wird durch die Gesundheit Österreich GesmbH eine Eintragungsbestätigung ausgestellt. Der Widerspruch gegen eine Organentnahme und die damit verbundene Zustimmung zur Verarbeitung der Daten im Widerspruchsregister kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. In diesem Fall ist die Eintragung unverzüglich zu löschen.

(5) Die Gesundheit Österreich GesmbH hat für den Betrieb des Widerspruchsregisters Datensicherheitsmaßnahmen gemäß §§ 14f Datenschutzgesetz 2000 zu ergreifen. Es ist eine Datensicherheitsvorschrift, in der sämtliche für den Betrieb des Widerspruchsregisters erforderliche Datensicherheitsmaßnahmen anzuordnen sind, zu erlassen.

(6) Die Zugriffsberechtigungen sind für die zugriffsberechtigten Mitarbeiter der Gesundheit Österreich GesmbH individuell zuzuweisen. Eine Zugriffsberechtigung auf das Widerspruchsregister darf nur eingeräumt werden, wenn die Zugriffsberechtigten über die Bestimmungen gemäß § 15 Datenschutzgesetz 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, und die Datensicherheitsvorschrift nach Abs. 5 belehrt wurden.

(7) Zugriffsberechtigte sind von der weiteren Ausübung ihrer Zugriffsberechtigung auszuschließen, wenn sie diese zur weiteren Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben nicht mehr benötigen oder sie die Daten nicht entsprechend ihrer Zweckbestimmung verwenden.

(8) Es ist sicherzustellen, dass Identität und Rolle der Zugriffsberechtigten bei jedem Zugriff dem Stand der Technik entsprechend nachgewiesen und dokumentiert wird.

(9) Es ist sicherzustellen, dass geeignete, dem jeweiligen Stand der Technik entsprechende, Wirtschaftlichkeitsüberlegungen berücksichtigende Vorkehrungen getroffen werden, um eine Vernichtung oder Veränderung der Daten durch Programmstörungen (Viren) zu verhindern.

(10) Alle im Bereich des Widerspruchsregisters durchgeführten Datenverwendungsvorgänge, wie Eintragungen, Änderungen, Abfragen und Übermittlungen sind zu protokollieren.

Verpflichtung der Krankenanstalten

§ 62e. Jede nach § 62a Abs. 3 zur Entnahme berechnigte Krankenanstalt ist verpflichtet, vor einer Entnahme von Organen, Organteilen oder Zellen und Gewebe bei Verstorbenen durch eine Anfrage bei der Gesundheit Österreich GesmbH sicherzustellen, dass keine Eintragung eines Widerspruchs im Widerspruchsregister vorliegt.“

Konsumentenschutz

§ 62f. Hat ein Pflingling seine Vertragserklärung während seines Aufenthalts in der Krankenanstalt abgegeben, so ist diese unwirksam, wenn sie unter solchen Umständen abgegeben wurde, die einen Rücktritt gemäß § 3 Konsumentenschutzgesetz, BGBl. Nr. 149/1979, in der geltenden Fassung, rechtfertigen.

Textgegenüberstellung zu Art. 2

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
§ 195. (1) bis (6e) ...	§ 195. (1) bis (6e) ...

(6f) Die Erlassung einer Verordnung gemäß § 118c bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit, Familie und Jugend. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz, insbesondere den in § 49 festgelegten Pflichten des Arztes, entspricht. Der Hinweis auf die Beschlussfassung der Verordnung gemäß § 118c ist in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung ist die Verordnung durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext einschließlich des Kundmachungszeitpunkts im Internet auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnung keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsieht, tritt die Verordnung nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

(6f) Die Erlassung einer Verordnung gemäß § 118c bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit, Familie und Jugend. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz, insbesondere den in § 49 festgelegten Pflichten des Arztes, auch auf dem Gebiet der Qualitätssicherung, entspricht. Der Hinweis auf die Beschlussfassung der Verordnung gemäß § 118c ist in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung ist die Verordnung durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext einschließlich des Kundmachungszeitpunkts im Internet auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnung keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsieht, tritt die Verordnung nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

Textgegenüberstellung zu Art. 3

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
<p>§ 12. (1) Die Fondskommission besteht aus 11 Mitgliedern. Als solche gehören ihr an:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drei vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsandte Vertreterinnen/Vertreter, 2. zwei Vertreterinnen/Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, 3. fünf vom Fachverband der privaten Krankenanstalten und der Kurbetriebe der Wirtschaftskammer Österreichs (im Folgenden kurz Fachverband) entsandte Vertreterinnen/Vertreter.. <p>(2) bis (4)</p> <p>§ 13. (1) und (2)</p>	<p>§ 12. (1) Die Fondskommission besteht aus 11 Mitgliedern. Als solche gehören ihr an:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drei vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsandte Vertreterinnen/Vertreter, 2. zwei Vertreterinnen/Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, 3. fünf vom Fachverband der privaten Krankenanstalten und der Kurbetriebe der Wirtschaftskammer Österreichs (im Folgenden kurz Fachverband) entsandte Vertreterinnen/Vertreter, 4. ein/eine von den Ländern nominierte Vertreterin/Vertreter. <p>(2) bis (4)</p> <p>§ 13. (1) und (2)</p>

<p>(3) Die Fondskommission ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und mehr als die Hälfte ihrer Mitglieder, darunter mindestens ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied anwesend ist. Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der/des Vorsitzenden den Ausschlag. Beschlüsse in Angelegenheiten gemäß § 14 Abs. 1 Z 2 bedürfen der Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen.</p>	<p>(3) Die Fondskommission ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und mehr als die Hälfte ihrer Mitglieder, darunter mindestens ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied anwesend ist. Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst, wobei der/dem Vertreterin/Vertreter der Länder (§ 12 Abs. 1 Z 4) kein Stimmrecht zukommt. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der/des Vorsitzenden den Ausschlag. Beschlüsse in Angelegenheiten gemäß § 14 Abs. 1 Z 2 bedürfen der Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen.</p>
<p>§ 24. (1) Das Gesetz tritt mit 1. Jänner 2005 in und mit 31. Dezember 2008 außer Kraft. Der PRIKRAF hat jedenfalls die Verpflichtungen, die vor und während der Geltungsdauer dieses Gesetzes entstanden sind, auch nach dem 31. Dezember 2008 zu erfüllen.</p> <p>(2) Verfahren vor der Schiedskommission, die bei Außer-Kraft-Treten dieses Gesetzes noch anhängig sind, sind zu Ende zu führen.</p>	<p>§ 24. (1) Das Gesetz tritt mit 1. Jänner 2005 in und mit 31. Dezember 2013 außer Kraft. Der PRIKRAF hat jedenfalls die Verpflichtungen, die vor und während der Geltungsdauer dieses Gesetzes entstanden sind, auch nach dem 31. Dezember 2013 zu erfüllen.</p> <p>(2) Verfahren vor der Schiedskommission, die bei Außer-Kraft-Treten dieses Gesetzes noch anhängig sind, sind zu Ende zu führen.</p> <p>(3) Die §§ 12 Abs. 1 und 13 Abs. 3 sowie die Anlage 1 i.d.F. des BGBl. I Nr. xxx/2007 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.</p>

Textgegenüberstellung zu Art 4 bis 13

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Artikel 4

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Sonstige Teilversicherung

Sonstige Teilversicherung

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

1. und 2. unverändert.
3. in der Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Tätigkeiten (Beschäftigungsverhältnisse):
 - a) unverändert.
 - b) die der Kammer der Wirtschaftstreuhandler auf Grund einer Berufsbefugnis nach der Wirtschaftstreuhandler-Berufsordnung, BGBl. Nr. 125/1955, angehörenden Mitglieder einschließlich der Gesellschafter/Gesellschafterinnen einer offenen Gesellschaft und der

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

1. und 2. unverändert.
3. in der Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Tätigkeiten (Beschäftigungsverhältnisse):
 - a) unverändert.
 - b) aufgehoben.

Geltende Fassung

unbeschränkt haftenden Gesellschafter/Gesellschafterinnen einer Kommanditgesellschaft, sofern

- aa) diese Gesellschaften Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhand sind und
- bb) die Berufsbefugnis dieser Personen nicht ausschließlich im Rahmen einer Beschäftigung ausgeübt wird, auf Grund der sie der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz unterliegen oder auf Grund dieser Pflichtversicherung Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld aus der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten oder in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht sind oder Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren gemäß § 131 oder § 150 einem Versicherungsträger gegenüber haben;

ferner die Witwen und Deszendenten, für deren Rechnung ein Witwenfortbetrieb bzw. ein Deszendentenfortbetrieb nach der Wirtschaftstreuhand-Berufsordnung geführt wird;

c) bis k) unverändert.

4. und 5. unverändert.

(2) bis (6) unverändert.

Beginn der Pflichtversicherung

§ 10. (1) und (1a) unverändert.

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

Vorgeschlagene Fassung

c) bis k) unverändert.

4. und 5. unverändert.

(2) bis (6) unverändert.

Beginn der Pflichtversicherung

§ 10. (1) (1a) unverändert.

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

Geltende Fassung

Abs. 1 Z 4 GSVG pflichtversicherten Personen nach Ablauf des Tages, an dem die Meldung beim Versicherungsträger einlangt. Die Pflichtversicherung der im § 3 Abs. 1 Z 2 GSVG genannten Personen beginnt nach Ablauf des Tages, an dem die Meldung beim Versicherungsträger einlangt.

(3) bis (7) unverändert.

§ 12. (1) bis (5b) unverändert.

(6) Mit dem Antritt des Präsenz- oder Ausbildungsdienstes auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1990 endet die Pflichtversicherung in der Unfall- und Pensionsversicherung mit Ausnahme der Unfallversicherung der im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b bezeichneten Personen und mit Ausnahme der Pensionsversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. d.

(7) unverändert.

Höherversicherung in der Unfallversicherung und in der Pensionsversicherung

§ 20. (1) Selbständig Erwerbstätige, die in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a und b teilversichert sind, können sich beim zuständigen Versicherungsträger über die nach § 181 in Betracht kommende Bemessungsgrundlage hinaus gemäß § 77 Abs. 4 höherversichern. Beginn und Ende in der Höherversicherung regelt die Satzung.

(2) und (3) unverändert.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (4) unverändert.

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

1. bis 15. unverändert.

16. für die Befreiung von der Rezeptgebühr (Herabsetzung der Rezeptgebühr) sowie für die Befreiung vom Service-Entgelt bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten; in diesen Richtlinien ist der für die Befreiung (Herabsetzung) in Betracht kommende Personenkreis nach allgemeinen Gruppenmerkmalen zu umschreiben; darüber hinaus ist eine Befreiungs-(Herabsetzungs-)Möglichkeit im Einzelfall in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des (der) Versicherten sowie der Art und Dauer der Erkrankung vorzusehen;

Vorgeschlagene Fassung

pflichtversicherten Personen nach Ablauf des Tages, an dem die Meldung beim Versicherungsträger einlangt. Die Pflichtversicherung der im § 3 Abs. 1 Z 2 GSVG genannten Personen beginnt nach Ablauf des Tages, an dem die Meldung beim Versicherungsträger einlangt.

(3) bis (7) unverändert.

§ 12. (1) bis (5b) unverändert.

(6) Mit dem Antritt des Präsenz- oder Ausbildungsdienstes auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1990 endet die Pflichtversicherung in der Unfall- und Pensionsversicherung mit Ausnahme der Unfallversicherung der im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a bezeichneten Personen und mit Ausnahme der Pensionsversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. d.

(7) unverändert.

Höherversicherung in der Unfallversicherung und in der Pensionsversicherung

§ 20. (1) Selbständig Erwerbstätige, die in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a teilversichert sind, können sich beim zuständigen Versicherungsträger über die nach § 181 in Betracht kommende Bemessungsgrundlage hinaus gemäß § 77 Abs. 4 höherversichern. Beginn und Ende in der Höherversicherung regelt die Satzung.

(2) und (3) unverändert.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (4) unverändert.

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

1. bis 15. unverändert.

16. für die Befreiung von der Rezeptgebühr (Herabsetzung der Rezeptgebühr) sowie für die Befreiung vom Service-Entgelt bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten; in diesen Richtlinien ist der für die Befreiung (Herabsetzung) in Betracht kommende Personenkreis nach allgemeinen Gruppenmerkmalen zu umschreiben; darüber hinaus ist eine Befreiungs-(Herabsetzungs-)Möglichkeit im Einzelfall in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des (der) Versicherten sowie der Art und Dauer der Erkrankung vorzusehen; weiters ist nach Einbindung der

Geltende Fassung

16a. bis 34. unverändert.

(5a) bis (12) unverändert.

4. UNTERABSCHNITT

Elektronisches Verwaltungssystem

§ 31a. unverändert.

Meldung nur unfallversicherter Personen

§ 37. Für die Meldungen der nur in der Unfallversicherung pflichtversicherten mit Ausnahme der im § 7 Z 3 lit. a und b und der im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a, b, h und i genannten Personen sind die Grundsätze der §§ 33 bis 35 und 36 Abs. 3 mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, daß die Meldungen beim zuständigen Träger der Unfallversicherung zu erstatten sind. Für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b in der Unfallversicherung Pflichtversicherten sind die Meldungen beim Träger der Pensionsversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen zu erstatten, wobei die Bestimmungen der §§ 18 und 21 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden sind. Das Nähere wird in der Satzung des Trägers der Unfallversicherung bestimmt.

Allgemeine Beiträge für Vollversicherte

§ 51. (1) Für vollversicherte Dienstnehmer (Lehrlinge) sowie für die gemäß

Vorgeschlagene Fassung

Österreichischen Apothekerkammer und der Österreichischen Ärztekammer eine Obergrenze für die Entrichtung von Rezeptgebühren vorzusehen; diese ist ohne Berücksichtigung der Sonderzahlungen mit zwei Prozent am jährlichen Nettoeinkommen der versicherten Person für diese und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen zu bemessen und über ein vom Hauptverband einzurichtendes Rezeptgebührenkonto zu verwalten;

16a. bis 34. unverändert.

(5a) bis (12) unverändert.

4. UNTERABSCHNITT

Elektronisches Verwaltungssystem und Elektronische Gesundheitsakte

Grundlagen des elektronischen Verwaltungssystems (ELSY)

§ 31a. unverändert.

Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

§ 31d. Der Hauptverband hat sich an der Planung zur Einführung und Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zu beteiligen.

Meldung nur unfallversicherter Personen

§ 37. Für die Meldungen der nur in der Unfallversicherung pflichtversicherten mit Ausnahme der im § 7 Z 3 lit. a und b und der im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a, h und i genannten Personen sind die Grundsätze der §§ 33 bis 35 und 36 Abs. 3 mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, daß die Meldungen beim zuständigen Träger der Unfallversicherung zu erstatten sind. Für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a in der Unfallversicherung Pflichtversicherten sind die Meldungen beim Träger der Pensionsversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen zu erstatten, wobei die Bestimmungen der §§ 18 und 21 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden sind. Das Nähere wird in der Satzung des Trägers der Unfallversicherung bestimmt.

Fassung ab 1.1.2008

Allgemeine Beiträge für Vollversicherte

§ 51. (1) Für vollversicherte Dienstnehmer (Lehrlinge) sowie für die gemäß

Geltende Fassung

§ 4 Abs. 1 Z 3, 8 und 10 und Abs. 4 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen ist, sofern im folgenden nicht anderes bestimmt wird, als allgemeiner Beitrag zu leisten:

1. in der Krankenversicherung

- | | |
|---|-------|
| a) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis durch das Angestelltengesetz, BGBl. Nr. 292/1921, Gutsangestelltengesetz, BGBl. Nr. 538/1923, Journalistengesetz, StGBI. Nr. 88/1920, oder Schauspielergesetz, BGBl. Nr. 441/1922, geregelt ist oder die gemäß § 14 Abs. 1 Z 2, Z 2a oder Abs. 4 zur Pensionsversicherung der Angestellten gehören sowie für Versicherte gemäß § 4 Abs. 1 Z 5, 9, 10, 12 und 13 | 6,8 % |
| b) für Dienstnehmer, die unter den Geltungsbereich des Entgeltfortzahlungsgesetzes fallen, für Dienstnehmer, die gemäß § 1 Abs. 3 des Entgeltfortzahlungsgesetzes davon ausgenommen sind und zur Pensionsversicherung der Arbeiter gehören, für alle Versicherten, auf die Art. II, III oder IV des Entgeltfortzahlungsgesetzes anzuwenden ist, sowie für Heimarbeiter | 6,9 % |
| c) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis dem Landarbeitsgesetz 1984, BGBl. Nr. 287 unterliegt | 6,9 % |
| d) für Dienstnehmer, auf die im Falle der Entgeltfortzahlung § 1154b ABGB anzuwenden ist | 6,9 % |
| e) für Vollversicherte gemäß § 4 Abs. 4 | 6,5 % |
| f) für die übrigen Vollversicherten | 6,9 % |

(3) Unbeschadet des § 53 sind die Beiträge nach Abs. 1 - mit Ausnahme des Beitrages zur Unfallversicherung, der zur Gänze vom Dienstgeber zu zahlen ist - vom Versicherten und seinem Dienstgeber anteilig zu tragen, und zwar wie folgt:

1. In der Krankenversicherung

- a) der in Abs. 1 Z 1 lit. b genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des Versicherten auf 3,6 %, des Dienstgebers auf 3,3 % der allgemeinen Beitragsgrundlage;

Vorgeschlagene Fassung

§ 4 Abs. 1 Z 3, 8 und 10 und Abs. 4 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen ist, sofern im folgenden nicht anderes bestimmt wird, als allgemeiner Beitrag zu leisten:

1. in der Krankenversicherung

- | | |
|---|--------|
| a) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis durch das Angestelltengesetz, BGBl. Nr. 292/1921, Gutsangestelltengesetz, BGBl. Nr. 538/1923, Journalistengesetz, StGBI. Nr. 88/1920, oder Schauspielergesetz, BGBl. Nr. 441/1922, geregelt ist oder die gemäß § 14 Abs. 1 Z 2, Z 2a oder Abs. 4 zur Pensionsversicherung der Angestellten gehören sowie für Versicherte gemäß § 4 Abs. 1 Z 5, 9, 10, 12 und 13 | 6,95 % |
| b) für Dienstnehmer, die unter den Geltungsbereich des Entgeltfortzahlungsgesetzes fallen, für Dienstnehmer, die gemäß § 1 Abs. 3 des Entgeltfortzahlungsgesetzes davon ausgenommen sind und zur Pensionsversicherung der Arbeiter gehören, für alle Versicherten, auf die Art. II, III oder IV des Entgeltfortzahlungsgesetzes anzuwenden ist, sowie für Heimarbeiter | 7,05 % |
| c) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis dem Landarbeitsgesetz 1984, BGBl. Nr. 287 unterliegt | 7,05 % |
| d) für Dienstnehmer, auf die im Falle der Entgeltfortzahlung § 1154b ABGB anzuwenden ist | 7,05 % |
| e) für Vollversicherte gemäß § 4 Abs. 4 | 6,65 % |
| f) für die übrigen Vollversicherten | 7,05 % |

(3) Unbeschadet des § 53 sind die Beiträge nach Abs. 1 - mit Ausnahme des Beitrages zur Unfallversicherung, der zur Gänze vom Dienstgeber zu zahlen ist - vom Versicherten und seinem Dienstgeber anteilig zu tragen, und zwar wie folgt:

1. In der Krankenversicherung

- a) der in Abs. 1 Z 1 lit. a genannten Personen sowie der 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 (§ 474 Abs. 1 zweiter Satz), beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,47 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf

Geltende Fassung

- b) der in Abs. 1 Z 1 lit. d genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des Versicherten auf 3,6 %, des Dienstgebers auf 3,3 % der allgemeinen Beitragsgrundlage;
- c) der übrigen in Abs. 1 Z 1 genannten Personen ist der Beitrag vom Versicherten und vom Dienstgeber jeweils zur Hälfte zu tragen;

2. unverändert.

(4) bis (6) unverändert.

Allgemeine Beiträge für Vollversicherte

§ 51. (1) Für vollversicherte Dienstnehmer (Lehrlinge) sowie für die gemäß § 4 Abs. 1 Z 3, 8 und 10 und Abs. 4 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen ist, sofern im folgenden nicht anderes bestimmt wird, als allgemeiner Beitrag zu leisten:

1. in der Krankenversicherung

- a) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis durch das Angestelltengesetz, BGBl. Nr. 292/1921, Gutsangestelltengesetz, BGBl. Nr. 538/1923, Journalistengesetz, StGBI. Nr. 88/1920, oder Schauspielergesetz, BGBl. Nr. 441/1922, geregelt ist oder die gemäß § 14 Abs. 1 Z 2, Z 2a oder Abs. 4 zur Pensionsversicherung der Angestellten gehören sowie für Versicherte gemäß § 4 Abs. 1 Z 5, 9, 10, 12 und 13 6,8 %,
- b) für Dienstnehmer, die unter den Geltungsbereich des Entgeltfortzahlungsgesetzes fallen, für Dienstnehmer, die gemäß § 1 Abs. 3 des Entgeltfortzahlungsgesetzes davon ausgenommen sind und zur Pensionsversicherung der Arbeiter gehören, für alle Versicherten, auf die Art. II, III oder IV des Entgeltfortzahlungsgesetzes 6,9 %,

Vorgeschlagene Fassung

3,48 %,

- b) der in Abs. 1 Z 1 lit. b und d genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,6 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,3 %,
- c) der in Abs. 1 Z 1 lit. c und f genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,52 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,53 %,
- d) der in Abs. 1 Z 1 lit. e genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,32 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,33 %

der allgemeinen Beitragsgrundlage.

2. unverändert.

(4) bis (6) unverändert.

Fassung ab 1.1.2014**Allgemeine Beiträge für Vollversicherte**

§ 51. (1) Für vollversicherte Dienstnehmer (Lehrlinge) sowie für die gemäß § 4 Abs. 1 Z 3, 8 und 10 und Abs. 4 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen ist, sofern im folgenden nicht anderes bestimmt wird, als allgemeiner Beitrag zu leisten:

1. in der Krankenversicherung

- a) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis durch das Angestelltengesetz, BGBl. Nr. 292/1921, Gutsangestelltengesetz, BGBl. Nr. 538/1923, Journalistengesetz, StGBI. Nr. 88/1920, oder Schauspielergesetz, BGBl. Nr. 441/1922, geregelt ist oder die gemäß § 14 Abs. 1 Z 2, Z 2a oder Abs. 4 zur Pensionsversicherung der Angestellten gehören sowie für Versicherte gemäß § 4 Abs. 1 Z 5, 9, 10, 12 und 13 6,85 %,
- b) für Dienstnehmer, die unter den Geltungsbereich des Entgeltfortzahlungsgesetzes fallen, für Dienstnehmer, die gemäß § 1 Abs. 3 des Entgeltfortzahlungsgesetzes davon ausgenommen sind und zur Pensionsversicherung der Arbeiter gehören, für alle Versicherten, auf die Art. II, III oder IV des Entgeltfortzahlungsgesetzes anzuwenden ist, 6,95 %,

Geltende Fassung

anzuwenden ist, sowie für Heimarbeiter

- c) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis dem Landarbeitsgesetz 1984, BGBl. Nr. 287 unterliegt 6,9 %,
- d) für Dienstnehmer, auf die im Falle der Entgeltfortzahlung § 1154b ABGB anzuwenden ist 6,9 %,
- e) für Vollversicherte gemäß § 4 Abs. 4 6,5 %,
- f) für die übrigen Vollversicherten 6,9 %

(2) unverändert.

(3) Unbeschadet des § 53 sind die Beiträge nach Abs. 1 - mit Ausnahme des Beitrages zur Unfallversicherung, der zur Gänze vom Dienstgeber zu zahlen ist - vom Versicherten und seinem Dienstgeber anteilig zu tragen, und zwar wie folgt:

1. In der Krankenversicherung

- a) der in Abs. 1 Z 1 lit. b genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des Versicherten auf 3,6 %, des Dienstgebers auf 3,3 % der allgemeinen Beitragsgrundlage;
- b) der in Abs. 1 Z 1 lit. d genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des Versicherten auf 3,6 %, des Dienstgebers auf 3,3 % der allgemeinen Beitragsgrundlage;
- c) der übrigen in Abs. 1 Z 1 genannten Personen ist der Beitrag vom Versicherten und vom Dienstgeber jeweils zur Hälfte zu tragen;

2. unverändert.

(4) bis (6) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

sowie für Heimarbeiter

- c) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis dem Landarbeitsgesetz 1984, BGBl. Nr. 287 unterliegt 6,95 %,
- d) für Dienstnehmer, auf die im Falle der Entgeltfortzahlung § 1154b ABGB anzuwenden ist 6,95 %,
- e) für Vollversicherte gemäß § 4 Abs. 4 6,55 %,
- f) für die übrigen Vollversicherten 6,95 %

(2) unverändert.

(3) Unbeschadet des § 53 sind die Beiträge nach Abs. 1 - mit Ausnahme des Beitrages zur Unfallversicherung, der zur Gänze vom Dienstgeber zu zahlen ist - vom Versicherten und seinem Dienstgeber anteilig zu tragen, und zwar wie folgt:

1. In der Krankenversicherung

- a) der in Abs. 1 Z 1 lit. a genannten Personen sowie der 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 (§ 474 Abs. 1 zweiter Satz), beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,42 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,43 %,
- b) der in Abs. 1 Z 1 lit. b und d genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,55 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,4 %,
- c) der in Abs. 1 Z 1 lit. c und f genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,47 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,48 %,
- d) der in Abs. 1 Z 1 lit. e genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,27 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,28 %

der allgemeinen Beitragsgrundlage.

2. unverändert.

(4) bis (6) unverändert.

Geltende Fassung**Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten
(Übergangsgeldbezieher)**

§ 73. (1) Von jeder auszahlenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenpensionen sowie von jedem auszahlenden Übergangsgeld ist, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält, ein Betrag einzubehalten, und zwar

1. bei Personen nach den §§ 8 Abs. 1 Z 1 lit. a, 572 Abs. 4 oder 600 Abs. 5 in der Höhe von 4,85 %,
2. bei Personen nach § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG in der Höhe von 4,85 %, handelt es sich dabei jedoch um eine Person, die nach § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG ausgenommen ist, in der nach der jeweiligen landesrechtlichen Bestimmung vorgesehenen Höhe für die Krankenfürsorge

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher), mit Ausnahme der im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, haben die Pensionsversicherungsanstalt und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hinsichtlich der gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d krankenversicherten Personen 180 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu überweisen. Als Beitrag für die im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, mit Ausnahme jener in Abs. 2a genannten Personen hat die Pensionsversicherungsanstalt 173 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zu überweisen. Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau hat 318 % der nach Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die von ihr durchgeführte Krankenversicherung zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

(2a) und (3) unverändert.

(4) In der Krankenversicherung der nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. b teilversicherten Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung nach § 479 haben die Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung 180 % der nach Abs. 3 einbehaltenen Beträge an die

Vorgeschlagene Fassung**Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten
(Übergangsgeldbezieher)**

§ 73. (1) Von jeder auszahlenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenpensionen sowie von jedem auszahlenden Übergangsgeld ist, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält, ein Betrag einzubehalten, und zwar

1. bei Personen nach den §§ 8 Abs. 1 Z 1 lit. a, 572 Abs. 4 oder 600 Abs. 5 in der Höhe von 5 %,
2. bei Personen nach § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG in der Höhe von 5 %, handelt es sich dabei jedoch um eine Person, die nach § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG ausgenommen ist, in der nach der jeweiligen landesrechtlichen Bestimmung vorgesehenen Höhe für die Krankenfürsorge

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher), mit Ausnahme der im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, haben die Pensionsversicherungsanstalt und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hinsichtlich der gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d krankenversicherten Personen 178 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu überweisen. Als Beitrag für die im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, mit Ausnahme jener in Abs. 2a genannten Personen hat die Pensionsversicherungsanstalt 171 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zu überweisen. Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau hat 312 % der nach Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die von ihr durchgeführte Krankenversicherung zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

(2a) und (3) unverändert.

(4) In der Krankenversicherung der nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. b teilversicherten Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung nach § 479 haben die Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung 178 % der nach Abs. 3 einbehaltenen Beträge an die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen

Geltende Fassung

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu überweisen.

(5) unverändert.

**Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten
(Übergangsgeldbezieher)**

§ 73. (1) Von jeder auszahlenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenspensionen sowie von jedem auszahlenden Übergangsgeld ist, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält, ein Betrag einzubehalten, und zwar

1. bei Personen nach den §§ 8 Abs. 1 Z 1 lit. a, 572 Abs. 4 oder 600 Abs. 5 in der Höhe von 4,85 %,
2. bei Personen nach § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG in der Höhe von 4,85 %, handelt es sich dabei jedoch um eine Person, die nach § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG ausgenommen ist, in der nach der jeweiligen landesrechtlichen Bestimmung vorgesehenen Höhe für die Krankenfürsorge

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher), mit Ausnahme der im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, haben die Pensionsversicherungsanstalt und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hinsichtlich der gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d krankenversicherten Personen 180 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu überweisen. Als Beitrag für die im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, mit Ausnahme jener in Abs. 2a genannten Personen hat die Pensionsversicherungsanstalt 173 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zu überweisen. Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau hat 318 % der nach Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die von ihr durchgeführte Krankenversicherung zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

(2a) und (3) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

und Bergbau zu überweisen.

(5) unverändert.

**Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten
(Übergangsgeldbezieher)**

§ 73. (1) Von jeder auszahlenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenspensionen sowie von jedem auszahlenden Übergangsgeld ist, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält, ein Betrag einzubehalten, und zwar

1. bei Personen nach den §§ 8 Abs. 1 Z 1 lit. a, 572 Abs. 4 oder 600 Abs. 5 in der Höhe von 4,9 %,
2. bei Personen nach § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG in der Höhe von 4,9 %, handelt es sich dabei jedoch um eine Person, die nach § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG ausgenommen ist, in der nach der jeweiligen landesrechtlichen Bestimmung vorgesehenen Höhe für die Krankenfürsorge

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher), mit Ausnahme der im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, haben die Pensionsversicherungsanstalt und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hinsichtlich der gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d krankenversicherten Personen 179 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu überweisen. Als Beitrag für die im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, mit Ausnahme jener in Abs. 2a genannten Personen hat die Pensionsversicherungsanstalt 172 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zu überweisen. Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau hat 316 % der nach Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die von ihr durchgeführte Krankenversicherung zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

(2a) und (3) unverändert.

Fassung ab 1.1.2014

Geltende Fassung

(4) In der Krankenversicherung der nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. b teilversicherten Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung nach § 479 haben die Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung 180 % der nach Abs. 3 einbehaltenen Beträge an die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu überweisen.

(5) unverändert.

Beiträge für Teilversicherte in der Unfallversicherung

§ 74. (1) Der Beitrag beläuft sich für den Kalendermonat

1. bei den nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b teilversicherten selbständig Erwerbstätigen auf 6,93 €

2. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Die Beiträge sind zur Gänze zu tragen:

1. für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b in der Unfallversicherung teilversicherten selbständig Erwerbstätigen vom Versicherten;

2. bis 5. unverändert.

(4) bis (6) unverändert.

Grundsätze

§ 84a. (1) unverändert.

(2) Der Hauptverband hat Vertreter/Vertreterinnen in die Bundesgesundheitskommission der Bundesgesundheitsagentur zu entsenden.

(3) unverändert.

(4) Die Sozialversicherungsträger haben als Beitrag zum Reformpool (§ 59a Abs. 1 Z 9 KAKuG) für Maßnahmen zu Leistungsverchiebungen durch gemeinsame Strukturveränderungen oder diesbezügliche Projekte im intra- und extramuralen Bereich im Rahmen der Landesgesundheitsfonds im Bedarfsfall (Artikel 26 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) die erforderlichen Mittel zu überweisen.

(5) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

(4) In der Krankenversicherung der nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. b teilversicherten Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung nach § 479 haben die Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung 179 % der nach Abs. 3 einbehaltenen Beträge an die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu überweisen.

(5) unverändert.

Beiträge für Teilversicherte in der Unfallversicherung

§ 74. (1) Der Beitrag beläuft sich für den Kalendermonat

1. bei den nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a teilversicherten selbständig Erwerbstätigen auf 6,93 €

2. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Die Beiträge sind zur Gänze zu tragen:

1. für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a in der Unfallversicherung teilversicherten selbständig Erwerbstätigen vom Versicherten;

2. bis 5. unverändert.

(4) bis (6) unverändert.

Grundsätze

§ 84a. (1) unverändert.

(2) Der Hauptverband hat Vertreter/Vertreterinnen in die Bundesgesundheitskommission der Bundesgesundheitsagentur sowie ohne Stimmrecht in die jeweiligen Gesundheitsplattformen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden.

(3) unverändert.

(4) Die Sozialversicherungsträger haben als Beitrag zum Reformpool (§ 59a Abs. 1 Z 11 KAKuG) für Projekte der Integrierten Versorgung, für Projekte, die Leistungsverchiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich bewirken sowie für die sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs im Bedarfsfall die erforderlichen Mittel zu überweisen (Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

(5) unverändert.

Geltende Fassung**Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung**

§ 122. (1) bis (3) unverändert.

(4) und (5) unverändert.

Erkrankung im Ausland

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

(2) bis (4) unverändert.

Dauer der Krankenbehandlung

§ 134. (1) und (2) unverändert.

(3) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung eintreten, sind die Leistungen der Krankenbehandlung an die im § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 bezeichneten Personen, auch für deren Familienangehörige, längstens durch 26 Wochen zu gewähren.

Heilmittel

§ 136. (1) bis (5) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung**Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung**

§ 122. (1) bis (3) unverändert.

(3a) Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

(4) und (5) unverändert.

Erkrankung im Ausland

(1) Hält sich eine in der Krankenversicherung pflichtversicherte Person im dienstlichen Auftrag im Ausland auf, so erhält sie für die Dauer des Auslandsaufenthaltes die ihr beim zuständigen Versicherungsträger zustehenden Leistungen im vom Dienstgeber. Dies gilt auch für ihre sich ebenfalls im Zusammenhang mit dem dienstlichen Auftrag im Ausland aufhaltenden Angehörigen, unbeschadet einer Pflichtversicherung in der Krankenversicherung in Folge eines Kinderbetreuungsgeldbezuges oder hinsichtlich der Sachleistungen unbeschadet einer Anspruchsberechtigung nach § 122 Abs. 3. Solange der Dienstgeber das Entgelt im Sinne des § 49 Abs. 1, 3 und 4 weiter gewährt, beschränkt sich die vorstehende Verpflichtung des Dienstgebers auf die Sachleistungen.

(2) bis (4) unverändert.

Dauer der Krankenbehandlung

§ 134. (1) und (2) unverändert.

(3) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung eintreten, sind die Leistungen der Krankenbehandlung an die im § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 und Abs. 3a bezeichneten Personen, auch für deren Familienangehörige, längstens durch 26 Wochen zu gewähren.

Heilmittel

§ 136. (1) bis (5) unverändert.

Geltende Fassung

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§ 148. (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds nach Art. 14 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens finanziert werden, sind nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

1. und 2. unverändert.
3. Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:
 - a) LKF-Gebührenersätze der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 2 KAKuG,
 - b) Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 3 KAKuG,
 - c) Kostenbeiträge nach § 27a KAKuG,
 - d) Ausgleichszahlungen nach § 27b Abs. 4 KAKuG.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen (Art. 20 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) und die im § 27 Abs. 2 KAKuG angeführten Leistungen.

4. bis 10. unverändert.

Beziehungen zu anderen als in § 148 genannten Krankenanstalten

§ 149. (1) bis (3) unverändert.

(3a) Der Betrag nach Abs. 3 erster Satz erhöht sich im Jahr 2005 um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen sind. Ab dem Jahr 2006 errechnet sich dieser Betrag aus dem jeweiligen Betrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der

Vorgeschlagene Fassung

(6) Der Versicherungsträger hat von der Einhebung der Rezeptgebühr auch bei Erreichen der in den Richtlinien des Hauptverbandes gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§ 148. (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds nach Art. 18 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens finanziert werden, sind nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

1. und 2. unverändert.
3. Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:
 - a) LKF-Gebührenersätze der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 2 KAKuG,
 - b) Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 3 KAKuG,
 - c) Kostenbeiträge nach § 27a KAKuG,
 - d) Ausgleichszahlungen nach § 27b Abs. 4 KAKuG.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen (Art. 25 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) und die im § 27 Abs. 2 KAKuG angeführten Leistungen.

4. bis 10. unverändert.

Beziehungen zu anderen als in § 148 genannten Krankenanstalten

§ 149. (1) bis (3) unverändert.

(3a) Die Pauschalbeiträge für die Jahre 2008 bis 2013 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbeitrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. § 447f Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden. Der vorläufige Betrag ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem

Geltende Fassung

Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. § 447f Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden. Für das Jahr 2005 ist ein vorläufiger Betrag auf Basis des Betrages nach Abs. 3 erster Satz zuzüglich des vorläufigen Hundertsatzes (§ 447f Abs. 2 vierter Satz) für 2005 zu berechnen. Für das Jahr 2006 ist bis zum 31. Dezember 2005 ein vorläufiger Betrag auf Basis des Betrages nach Abs. 3 erster Satz zuzüglich der vorläufigen Hundertsätze für 2005 und 2006 zu berechnen. Für die Jahre 2007 und 2008 ist § 447f Abs. 2 dritter Satz anzuwenden. Die endgültige Abrechnung hat jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2006 zu erfolgen.

(3b) bis (6) unverändert.

Bemessungsgrundlage nach festen Beträgen

§ 181. (1) Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b Teilversicherten, die selbständig erwerbstätig sind, gilt als Bemessungsgrundlage ein Betrag von 15 198,91 € im Kalenderjahr. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 108f) vervielfachte Betrag. Hat ein gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b Teilversicherter die Höherversicherung gemäß § 20 Abs. 1 in Anspruch genommen, so erhöht sich die Bemessungsgrundlage um die der Beitragszahlung gemäß § 77 Abs. 4 zugrunde gelegten Beträge.

(2) bis (6) unverändert.

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

§ 322a. (1) unverändert.

(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf zwei Dezimalstellen zu runden. Die Beitragseinnahmen sind dabei ausgehend vom Jahr 1994 jährlich gegenüberzustellen. Für den Gesamterhöhungsprozentsatz ist das Produkt der Erhöhungsprozentsätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze bis zum Jahr 1997 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung

Vorgeschlagene Fassung

Jahresbetrag des Pauschalbeitrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die endgültige Abrechnung hat jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen.

(3b) bis (6) unverändert.

Bemessungsgrundlage nach festen Beträgen

§ 181. (1) Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a Teilversicherten, die selbständig erwerbstätig sind, gilt als Bemessungsgrundlage ein Betrag von 15 198,91 € im Kalenderjahr. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 108f) vervielfachte Betrag. Hat ein gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a Teilversicherter die Höherversicherung gemäß § 20 Abs. 1 in Anspruch genommen, so erhöht sich die Bemessungsgrundlage um die der Beitragszahlung gemäß § 77 Abs. 4 zugrunde gelegten Beträge.

(2) bis (6) unverändert.

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

§ 322a. (1) unverändert.

(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf zwei Dezimalstellen zu runden. Die Beitragseinnahmen sind dabei ausgehend vom Jahr 1994 jährlich gegenüberzustellen. Für den Gesamterhöhungsprozentsatz ist das Produkt der Erhöhungsprozentsätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze bis zum Jahr 1997 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung der jährlichen

Geltende Fassung

der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2008 hat unter Berücksichtigung der jeweils für diese Jahre geltenden Bestimmungen des § 447f Abs. 1 zu erfolgen. Bei der Berechnung der Erhöhungsprozentsätze für das Jahr 2001 sind bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern die Beiträge für pflichtversicherte Pensionisten nicht zu berücksichtigen.

(3) unverändert.

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr bis zum Jahr 2008 sind diese Beträge um jenen Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) bis (8) unverändert.

Inhalt der Gesamtverträge

§ 342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen mit dem Ziel, daß unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des § 338 Abs. 2 erster Satz der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist; in der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder einem Vertragsarzt und einer Vertrags-Gruppenpraxis freigestellt sein;

2. bis 9. unverändert.

(2) Die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten und Vertrags-Gruppenpraxen ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Die

Vorgeschlagene Fassung

Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2013 hat unter Berücksichtigung der jeweils für diese Jahre geltenden Bestimmungen des § 447f Abs. 1 zu erfolgen. Bei der Berechnung der Erhöhungsprozentsätze für das Jahr 2001 sind bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern die Beiträge für pflichtversicherte Pensionisten nicht zu berücksichtigen.

(3) unverändert.

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr bis zum Jahr 2013 sind diese Beträge um jenen Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) bis (8) unverändert.

Inhalt der Gesamtverträge

§ 342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mit dem Ziel, dass unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des § 338 Abs. 2 erster Satz der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist; in der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder einem Vertragsarzt und einer Vertrags-Gruppenpraxis freigestellt sein;

2. bis 9. unverändert.

(2) Die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten und Vertrags-Gruppenpraxen ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Die

Geltende Fassung

Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in Honorarordnungen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) bzw. für die Tätigkeit von Vertrags-Gruppenpraxen einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme von Wahl-Gruppenpraxen enthalten.

(3) unverändert.

Gesamtvertrag

§ 348a. (1) und (2) unverändert.

(3) Der zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Apothekerkammer abzuschließende Gesamtvertrag hat nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. bis 5. unverändert.

(4) unverändert.

Gesamtverträge

§ 349. (1) bis (4) unverändert.

Verordnungsermächtigung, Werbeverbot

§ 351g. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission gehören zehn Vertreter der Sozialversicherung, drei unabhängige Vertreter der Wissenschaft aus einschlägigen Fachrichtungen (Pharmakologen und Mediziner von Universitätsinstituten), je zwei Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeitskammer und der Österreichischen Ärztekammer sowie ein Vertreter der Österreichischen Apothekerkammer an.

(4) und (5) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in Honorarordnungen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) bzw. für die Tätigkeit von Vertrags-Gruppenpraxen einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme von Wahl-Gruppenpraxen enthalten. Bei der Vereinbarung über die Vergütung der Tätigkeit sind die im Rahmen der Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur beschlossenen Qualitätsvorgaben einzubeziehen.

(3) unverändert.

Gesamtvertrag

§ 348a. (1) und (2) unverändert.

(3) Der zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Apothekerkammer abzuschließende Gesamtvertrag hat nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. bis 5. unverändert.

§ 342 Abs. 2 letzter Satz ist anzuwenden.

(4) unverändert.

Gesamtverträge

§ 349. (1) bis (4) unverändert.

(5) Bei den Vereinbarungen über die Vergütungen der Tätigkeiten sind die im Rahmen der Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur beschlossenen Qualitätsvorgaben einzubeziehen.

Verordnungsermächtigung, Werbeverbot

§ 351g. (1) und (2) unverändert.

Weiters gehört der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesländer an, mit der/dem Entscheidungen, ob neue Arzneispezialitäten intra- und/oder extramural verabreicht werden können, abzustimmen sind, ohne dass sich die Mehrheitsverhältnisse in der Kommission dadurch ändern.

(4) und (5) unverändert.

Geltende Fassung
Einrichtung und Zusammensetzung

§ 442. (1) unverändert.

(2) Für je ein Mitglied steht der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeitskammer, dem Seniorenrat und der Bundes-Jugendvertretung das Vorschlagsrecht zu. Dem Österreichischen Gewerkschaftsbund steht das Vorschlagsrecht für zwei Mitglieder zu, von denen eines auf Vorschlag der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst zu bestellen ist. Für je ein Mitglied steht der Industriellenvereinigung, der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs, der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, der Bundesgesundheitskommission für den Bereich der öffentlichen Spitäler, der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, der Österreichischen Bischofskonferenz, dem Evangelischen Oberkirchenrat A. B. und H. B., der Arbeitsgemeinschaft der Patientenanwälte, der Gesundheit Österreich GmbH aus dem Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, dem Österreichischen Zivilinvalidenverband, dem Kriegsoffer- und Behindertenverband Österreich, der ArGe Selbsthilfe Österreich, der Pharmig Vereinigung pharmazeutischer Unternehmen, der Austromed - Vereinigung der Medizinprodukte - Unternehmen Österreich, den Medizinischen Universitäten und der Akademie der Wissenschaften das Vorschlagsrecht zu. Weiters haben der Bundesminister für Finanzen, jede Landesregierung, der Österreichische Städtebund, der Österreichische Gemeindebund und jede der im Nationalrat vertretenen politischen Parteien je ein Mitglied vorzuschlagen. Schließlich hat die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen einen Gesundheitsökonom/en eine Gesundheitsökonomin und ein weiteres Mitglied und der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zwei weitere Mitglieder unter Berücksichtigung ihrer fachlichen Eignung zu bestellen.

(3) bis (5) unverändert.

Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen

§ 447a. (1) bis (9) unverändert.

(10) Der Bundesminister für Finanzen überweist für die Jahre 2005 bis einschließlich 2008 das Jahresmehraufkommen an Tabaksteuer, das sich aus dem Tabaksteuergesetz 1995 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I

Vorgeschlagene Fassung
Einrichtung und Zusammensetzung

§ 442. (1) unverändert.

(2) Für je ein Mitglied steht der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeitskammer, dem Seniorenrat und der Bundes-Jugendvertretung das Vorschlagsrecht zu. Dem Österreichischen Gewerkschaftsbund steht das Vorschlagsrecht für zwei Mitglieder zu, von denen eines auf Vorschlag der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst zu bestellen ist. Für je ein Mitglied steht der Industriellenvereinigung, der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs, der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Zahnärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, der Bundesgesundheitskommission für den Bereich der öffentlichen Spitäler, der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, der Österreichischen Bischofskonferenz, dem Evangelischen Oberkirchenrat A. B. und H. B., der Arbeitsgemeinschaft der Patientenanwälte, der Gesundheit Österreich GmbH aus dem Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, dem Österreichischen Zivilinvalidenverband, dem Kriegsoffer- und Behindertenverband Österreich, der ArGe Selbsthilfe Österreich, dem Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen, der Pharmig Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs, der Austromed - Vereinigung der Medizinprodukte - Unternehmen Österreich, den Medizinischen Universitäten und der Akademie der Wissenschaften das Vorschlagsrecht zu. Weiters haben der Bundesminister für Finanzen, jede Landesregierung, der Österreichische Städtebund, der Österreichische Gemeindebund und jede der im Nationalrat vertretenen politischen Parteien je ein Mitglied vorzuschlagen. Schließlich hat die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend einen Gesundheitsökonom/en eine Gesundheitsökonomin und ein weiteres Mitglied und der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz zwei weitere Mitglieder unter Berücksichtigung ihrer fachlichen Eignung zu bestellen.

(3) bis (5) unverändert.

Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen

§ 447a. (1) bis (9) unverändert.

(10) Der Bundesminister für Finanzen überweist für die Jahre 2008 bis 2013 aus Mitteln der Tabaksteuer einen Betrag von 12 423 759,09 Euro jeweils im September des Jahres an den Ausgleichsfonds.

Geltende Fassung

Nr. 156/2004 ergibt. Dieses Jahresmehraufkommen an Tabaksteuer ist durch Vergleich des Tabaksteueraufkommens vom Februar 2005 bis Jänner 2006 mit jenem vom Februar 2004 bis Jänner 2005 zu ermitteln (Jahresbetrag). Die erste Überweisung an den Ausgleichsfonds erfolgt im September 2005 auf Basis des Aufkommensvergleichs der Monate Februar bis August 2005 mit dem entsprechenden Vorjahreszeitraum. Die Überweisung der Differenz auf den Jahresbetrag erfolgt im März 2006. In den Jahren 2006 bis 2008 wird jeweils im September der Jahresbetrag an den Ausgleichsfonds überwiesen.

(11) und (12) unverändert.

Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds

§ 447f. (1) Die Träger der Sozialversicherung leisten an die Landesgesundheitsfonds für die Jahre 2005 bis 2008 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 148 Z 3. Der Pauschalbeitrag für das Jahr 2005 errechnet sich aus dem endgültigen Pauschalbeitrag des Jahres 2004 auf Grund des § 447f Abs. 1 in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen sind. Die Pauschalbeiträge für die Jahre 2006, 2007 und 2008 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbeitrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Beitragseinnahmen aus

- der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen auf Grund des Pensionsharmonisierungsgesetzes, BGBl. I Nr. 142/2004 und
- der Erhöhung der Beitragssätze in der Krankenversicherung um 0,1 Prozentpunkte zum 1. Jänner 2005 auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004

sind bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 2005 bis 2008 nicht zu berücksichtigen.

(2) Für das Jahr 2005 ist der Pauschalbeitrag nach Abs. 1 vorläufig auf Basis des endgültigen Pauschalbeitrages 2003 zuzüglich der Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen der Jahre 2004 und 2005 zu berechnen (wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in die Hundertsätze einzurechnen sind) und zu überweisen. Der vorläufige Pauschalbeitrag für das

Vorgeschlagene Fassung

(11) und (12) unverändert.

Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds

§ 447f. (1) Die Träger der Sozialversicherung leisten an die Landesgesundheitsfonds für die Jahre 2008 bis 2013 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 148 Z 3. Die Pauschalbeiträge für die Jahre 2009 bis 2013 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbeitrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Beitragseinnahmen aus

- der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen auf Grund des Pensionsharmonisierungsgesetzes, BGBl. I Nr. 142/2004 und
- der Erhöhung der Beitragssätze in der Krankenversicherung um 0,1 Prozentpunkte zum 1. Jänner 2005 auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 und des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007

sind bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 2008 bis 2013 nicht zu berücksichtigen.

(2) Der vorläufige Pauschalbeitrag nach Abs. 1 ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die vorläufigen Prozentsätze sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der

Geltende Fassung

Jahr 2006 ist bis zum 31. Dezember 2005 aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages nach endgültiger Abrechnung für das Jahr 2004 auf Grund des § 447f Abs. 1 in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen der Jahre 2005 und 2006, zu errechnen. Die vorläufigen Pauschalbeiträge für die Jahre 2007 und 2008 sind bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen der Folgejahre, zu errechnen. Die vorläufigen Prozentsätze sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr. Die endgültige Abrechnung des Pauschalbeitrages nach Abs. 3 Z 1 und 2 hat bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen, wobei Abrechnungsreste unverzüglich zu überweisen sind.

(3) bis (5) unverändert.

(6) Die Träger der Krankenversicherung leisten an die Bundesgesundheitsagentur für die Jahre 2005 bis 2008 einen Pauschalbeitrag in der Höhe von 83 573 759,29 Euro. Dieser Pauschalbeitrag ist in vier gleich hohen Quartalsbeträgen jeweils am 25. März, 25. Juni, 25. September und 25. Dezember zu überweisen.

(7) bis (9) unverändert.

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

Wiener Gebietskrankenkasse	23,14400 %
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,65468 %
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,94019 %
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	15,08098 %
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	10,25023 %
Kärntner Gebietskrankenkasse	5,42866 %
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,71656 %
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,63745 %
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,66966 %
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09170 %
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,31496 %

Vorgeschlagene Fassung

Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr. Die endgültige Abrechnung des Pauschalbeitrages nach Abs. 3 Z 1 und 2 hat bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen, wobei Abrechnungsreste unverzüglich zu überweisen sind.

(3) bis (5) unverändert.

(6) Die Träger der Krankenversicherung leisten an die Bundesgesundheitsagentur für die Jahre 2008 bis 2013 einen Pauschalbeitrag in der Höhe von 83 573 759,29 Euro. Dieser Pauschalbeitrag ist in vier gleich hohen Quartalsbeträgen jeweils am 25. März, 25. Juni, 25. September und 25. Dezember zu überweisen.

(7) bis (9) unverändert.

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

Wiener Gebietskrankenkasse	23,14400 %
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,83115 %
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,94019 %
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	15,08098 %
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	10,25023 %
Kärntner Gebietskrankenkasse	5,42866 %
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,71656 %
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,63745 %
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,66966 %
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09170 %
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,31496 %

Geltende Fassung		Vorgeschlagene Fassung	
Betriebskrankenkasse Semperit	0,17647 %	Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper	0,03778 %
Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper	0,03778 %	Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,28442 %
Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,28442 %	Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,06885 %
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,06885 %	Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,20124 %
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,20124 %	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (als Träger der Krankenversicherung)	5,20082 %
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (als Träger der Krankenversicherung)	5,20082 %	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	7,70689 %
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	7,70689 %	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	5,22166 %
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	5,22166 %	Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)	4,58485 %
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)	4,58485 %	Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Unfallversicherung)	0,01253 %
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Unfallversicherung)	0,01253 %	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Unfallversicherung)	0,00686 %
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Unfallversicherung)	0,00686 %	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	0,00275 %
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	0,00275 %	Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Unfallversicherung)	0,16929 %
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Unfallversicherung)	0,16929 %	Pensionsversicherungsanstalt	0,09091 %
Pensionsversicherungsanstalt	0,09091 %	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (als Träger der Pensionsversicherung)	0,00481 %
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (als Träger der Pensionsversicherung)	0,00481 %	Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Pensionsversicherung)	0,00279 %
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Pensionsversicherung)	0,00279 %	Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sind durch Beschluss der Trägerkonferenz festzulegen.	
Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sind durch Beschluss der Trägerkonferenz festzulegen.		Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sind durch Beschluss der Trägerkonferenz festzulegen.	
(11) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 2 werden aufgebracht		(11) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 2 werden aufgebracht	
1. unverändert.		1. unverändert.	
2. soweit die Zusatzbeiträge nach Z 1 nicht ausreichen, durch Überweisungen der Krankenversicherungsträger (§ 31 Abs. 1) nach folgendem Schlüssel:		2. soweit die Zusatzbeiträge nach Z 1 nicht ausreichen, durch Überweisungen der Krankenversicherungsträger (§ 31 Abs. 1) nach folgendem Schlüssel:	
Wiener Gebietskrankenkasse	23,14400 %	Wiener Gebietskrankenkasse	23,14400 %
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,07548 %	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,14579 %
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,27077 %	Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,27077 %

Geltende Fassung		Vorgeschlagene Fassung	
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	13,49732 %	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	13,49732 %
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	8,13567 %	Steiermärkische Gebietskrankenkasse	8,13567 %
Kärntner Gebietskrankenkasse	3,58838 %	Kärntner Gebietskrankenkasse	3,58838 %
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,98860 %	Salzburger Gebietskrankenkasse	4,98860 %
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,27556 %	Tiroler Gebietskrankenkasse	5,27556 %
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,39621 %	Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,39621 %
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09185 %	Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09185 %
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,34935 %	Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,34935 %
Betriebskrankenkasse Semperit	0,07031 %		
Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper	0,06630 %	Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper	0,06630 %
Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,21829 %	Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,21829 %
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,08442 %	Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,08442 %
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,16313 %	Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,16313 %
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Abteilung A (als Träger der Krankenversicherung)	1,12820 %	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Abteilung A (als Träger der Krankenversicherung)	1,12820 %
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Abteilung B (als Träger der Krankenversicherung)	2,11171 %	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Abteilung B (als Träger der Krankenversicherung)	2,11171 %
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	11,25569 %	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)	11,25569 %
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	8,06567 %	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)	8,06567 %
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)	2,02309 %	Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)	2,02309 %

Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 2005, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger von diesem Geschäftsjahr zum Geschäftsjahr 2003, in weiterer Folge vom laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen Geschäftsjahr vom Hauptverband neu festzusetzen. Hiebei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte und für Arbeitslose heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 3 und Abs. 6 werden aufgebracht durch Überweisungen der Krankenversicherungsträger nach einem Schlüssel, der sich aus den Gesamtüberweisungen nach Abs. 3 Z 1 und 2 anteilmäßig für jeden einzelnen Krankenversicherungsträger errechnet. Die Prozentsätze des Schlüssels sind auf

Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 2005, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger von diesem Geschäftsjahr zum Geschäftsjahr 2003, in weiterer Folge vom laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen Geschäftsjahr vom Hauptverband neu festzusetzen. Hiebei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte und für Arbeitslose heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 3 und Abs. 6 werden aufgebracht durch Überweisungen der Krankenversicherungsträger nach einem Schlüssel, der sich aus den Gesamtüberweisungen nach Abs. 3 Z 1 und 2 anteilmäßig für jeden einzelnen Krankenversicherungsträger errechnet. Die Prozentsätze des Schlüssels sind auf

Geltende Fassung

fünf Dezimalstellen zu runden. Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sind durch Beschluss der Trägerkonferenz festzulegen, wobei für die Jahre 2005 und 2006 die endgültigen Gesamtbeiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2003 bzw. 2004 zu Grunde zu legen sind.

(13) unverändert.

(14) Die Sozialversicherungsträger leisten an den Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz für die Jahre 2005 bis 2008 jährlich einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3. Die Höhe des Pauschalbeitrages richtet sich nach § 149 Abs. 3 und 3a. Die Höhe und Fälligkeitstermine der monatlichen Teilzahlungen für die vorläufigen Beträge nach § 149 Abs. 3a sind zwischen dem Hauptverband und dem nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu vereinbaren.

(15) unverändert.

(16) Aus den Mitteln gemäß Abs. 3 Z 3 und 4 erhalten die Landesgesundheitsfonds der Länder Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Tirol Vorweganteile jährlich in folgender Höhe in Millionen Euro:

im Jahr	2005	2006	2007	2008
Niederösterreich	0,00	1,00	1,50	1,50
Oberösterreich	2,00	2,50	3,25	3,25
Salzburg	2,00	2,50	3,25	3,25
Tirol	10,00	12,00	14,00	14,00

Diese Vorweganteile sind jeweils zur Hälfte von den Mitteln nach Abs. 3 Z 3 und zur Hälfte von den Mitteln nach Abs. 3 Z 4 zu überweisen, und zwar hinsichtlich der Mittel nach Abs. 3 Z 3 im Jahr 2005 in neun und in den Jahren 2006 bis 2008 jeweils in zwölf gleichen Monatsbeträgen, bei den Mitteln nach Abs. 3 Z 4 jeweils zur Gänze bei der Überweisung des Jahresbetrages.

(17) Der Höhe der gemäß Abs. 4a und 5 zu berücksichtigenden Einnahmen an Beiträgen nach § 27a Abs. 3 KAKuG sind zunächst auf Basis der Daten früherer Jahre vom Hauptverband geschätzte Beträge zugrunde zu legen. Die Landesgesundheitsfonds haben dem Hauptverband bis spätestens 31. März, erstmals bis 31. März 2006, die Höhe der Einnahmen des Vorjahres an diesen Beiträgen bekannt zu geben. Der Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die endgültige Abrechnung der Mittel vorbehaltlich des fristgerechten Vorliegens der Mitteilungen aller

Vorgeschlagene Fassung

fünf Dezimalstellen zu runden. Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sind durch Beschluss der Trägerkonferenz festzulegen.

(13) unverändert.

(14) Die Sozialversicherungsträger leisten an den Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz für die Jahre 2008 bis 2013 jährlich einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3. Die Höhe des Pauschalbeitrages richtet sich nach § 149 Abs. 3 und 3a. Die Höhe und Fälligkeitstermine der monatlichen Teilzahlungen für die vorläufigen Beträge nach § 149 Abs. 3a sind zwischen dem Hauptverband und dem nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu vereinbaren.

(15) unverändert.

(16) Aus den Mitteln gemäß Abs. 3 Z 3 und 4 erhalten die Landesgesundheitsfonds der Länder Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Tirol Vorweganteile jährlich in folgender Höhe in Millionen Euro:

	In den Jahren 2008 bis 2013
Niederösterreich	1,50
Oberösterreich	3,25
Salzburg	3,25
Tirol	14,00

Diese Vorweganteile sind jeweils zur Hälfte von den Mitteln nach Abs. 3 Z 3 und zur Hälfte von den Mitteln nach Abs. 3 Z 4 zu überweisen, und zwar hinsichtlich der Mittel nach Abs. 3 Z 3 in den Jahren 2008 bis 2013 jeweils in zwölf gleichen Monatsbeträgen, bei den Mitteln nach Abs. 3 Z 4 jeweils zur Gänze bei der Überweisung des Jahresbetrages.

(17) Die Landesgesundheitsfonds haben dem Hauptverband bis jeweils spätestens 31. März eines jeden Jahres die Höhe der Einnahmen des Vorjahres an den Beiträgen nach § 27a Abs. 3 KAKuG bekannt zu geben. Der Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die endgültige Abrechnung der Mittel vorbehaltlich des fristgerechten Vorliegens der Mitteilungen aller Landesgesundheitsfonds bis spätestens 30. Juni eines jeden Jahres durchzuführen und die Differenzen bei den jeweils nächsten Fälligkeiten auszuzahlen bzw. einzubehalten.

Geltende Fassung

Landesgesundheitsfonds bis spätestens 30. Juni eines jeden Jahres durchzuführen und die Differenzen bei den jeweils nächsten Fälligkeiten auszuführen bzw. einzubehalten.

Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung

§ 447h. (1) und (2) unverändert.

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

1. und 2. unverändert.

(4) unverändert.

Versicherungsbeiträge

§ 472a. (1) unverändert.

(2) Als allgemeiner Beitrag sind, sofern sich nicht aus folgendem etwas anderes ergibt, 8 % der Beitragsgrundlage (Abs. 1) zu leisten. Die Beiträge sind in den Fällen, in denen ein Waisenversorgungsgenuß die Beitragsgrundlage ist, vom Dienstgeber allein, in allen übrigen Fällen vom Versicherten in der Höhe von 4,4 % und vom Dienstgeber in der Höhe von 3,6 % zu tragen. Bezieher einer im Abs. 1 angeführten Pensionsleistung, eines Ruhe- oder Versorgungsgenusses haben zusätzlich 0,15 % der Beitragsgrundlage zu leisten. Darüber hinaus hat der Bund zur Bestreitung von Ausgaben der erweiterten Heilbehandlung sowie der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation nach § 154a dieses

Vorgeschlagene Fassung**Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung**

§ 447h. (1) und (2) unverändert.

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

1. und 2. unverändert.

(4) unverändert.

Fassung ab 1.1.2008**Versicherungsbeiträge**

§ 472a. (1) unverändert.

(2) Als allgemeiner Beitrag sind, sofern sich nicht aus folgendem etwas anderes ergibt, 8,45 % der Beitragsgrundlage (Abs. 1) zu leisten. Die Beiträge sind in den Fällen, in denen ein Waisenversorgungsgenuß die Beitragsgrundlage ist, vom Dienstgeber allein, in allen übrigen Fällen vom Versicherten in der Höhe von 4,4 % und vom Dienstgeber in der Höhe von 4,05 % zu tragen. Bezieher einer im Abs. 1 angeführten Pensionsleistung, eines Ruhe- oder Versorgungsgenusses haben zusätzlich 0,15 % der Beitragsgrundlage zu leisten. Erreicht der Bezug des Versicherten nicht den Betrag der Mindestbeitragsgrundlage (Abs. 1), so hat der Dienstgeber den Beitrag, der auf den Unterschiedsbetrag zwischen dem Bezug des

Geltende Fassung

Bundesgesetzes bzw. § 65a B-KUVG einen Zuschlag zu den Beiträgen in Höhe von 0,5 % der Beitragsgrundlage an die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu entrichten. Erreicht der Bezug des Versicherten nicht den Betrag der Mindestbeitragsgrundlage (Abs. 1), so hat der Dienstgeber den Beitrag, der auf den Unterschiedsbetrag zwischen dem Bezug des Versicherten und der Mindestbeitragsgrundlage entfällt, zur Gänze allein zu tragen.

(3) Soweit die Einnahmen aus dem Zuschlag zu den Beiträgen (Abs. 2) die Aufwendungen eines Geschäftsjahres für die erweiterte Heilbehandlung und die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation übersteigen, sind sie einer gesonderten Rücklage zuzuführen. Diese Rücklage darf nur zur Anschaffung oder Herstellung abnutzbarer Wirtschaftsgüter für die Zwecke der erweiterten Heilbehandlung und der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation verwendet werden.

(4) und (5) unverändert.

Versicherungsbeiträge

§ 472a. (1) unverändert.

(2) Als allgemeiner Beitrag sind, sofern sich nicht aus folgendem etwas anderes ergibt, 8 % der Beitragsgrundlage (Abs. 1) zu leisten. Die Beiträge sind in den Fällen, in denen ein Waisenversorgungsgenuß die Beitragsgrundlage ist, vom Dienstgeber allein, in allen übrigen Fällen vom Versicherten in der Höhe von 4,4 % und vom Dienstgeber in der Höhe von 3,6 % zu tragen. Bezieher einer im Abs. 1 angeführten Pensionsleistung, eines Ruhe- oder Versorgungsgenusses haben zusätzlich 0,15 % der Beitragsgrundlage zu leisten. Darüber hinaus hat der Bund zur Bestreitung von Ausgaben der erweiterten Heilbehandlung sowie der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation nach § 154a dieses Bundesgesetzes bzw. § 65a B-KUVG einen Zuschlag zu den Beiträgen in Höhe von 0,5 % der Beitragsgrundlage an die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu entrichten. Erreicht der Bezug des Versicherten nicht den Betrag der Mindestbeitragsgrundlage (Abs. 1), so hat der Dienstgeber den Beitrag, der auf den Unterschiedsbetrag zwischen dem Bezug des Versicherten und der Mindestbeitragsgrundlage entfällt, zur Gänze allein zu tragen.

(3) bis (5) unverändert.

(2) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

Versicherten und der Mindestbeitragsgrundlage entfällt, zur Gänze allein zu tragen.

(3) aufgehoben.

(4) und (5) unverändert.

Fassung ab 1.1.2014**Versicherungsbeiträge**

§ 472a. (1) unverändert.

(2) Als allgemeiner Beitrag sind, sofern sich nicht aus folgendem etwas anderes ergibt, 8,35 % der Beitragsgrundlage (Abs. 1) zu leisten. Die Beiträge sind in den Fällen, in denen ein Waisenversorgungsgenuß die Beitragsgrundlage ist, vom Dienstgeber allein, in allen übrigen Fällen vom Versicherten in der Höhe von 4,35 % und vom Dienstgeber in der Höhe von 4 % zu tragen. Bezieher einer im Abs. 1 angeführten Pensionsleistung, eines Ruhe- oder Versorgungsgenusses haben zusätzlich 0,15 % der Beitragsgrundlage zu leisten. Darüber hinaus hat der Bund zur Bestreitung von Ausgaben der erweiterten Heilbehandlung sowie der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation nach § 154a dieses Bundesgesetzes bzw. § 65a B-KUVG einen Zuschlag zu den Beiträgen in Höhe von 0,5 % der Beitragsgrundlage an die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu entrichten. Erreicht der Bezug des Versicherten nicht den Betrag der Mindestbeitragsgrundlage (Abs. 1), so hat der Dienstgeber den Beitrag, der auf den Unterschiedsbetrag zwischen dem Bezug des Versicherten und der Mindestbeitragsgrundlage entfällt, zur Gänze allein zu tragen.

(3) bis (5) unverändert.

(2) unverändert.

Geltende Fassung

Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten

§ 474. (1) Auf die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten, die nicht zu den im § 472 bezeichneten Personen gehören, sind die Bestimmungen der §§ 55 Abs. 1 und 2, 59 bis 61, 61b, 62 bis 70 a, 71, 74 Abs. 1, 76 bis 78, 82, 83 und 83a des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter mit den sich aus § 472 Abs. 2 Z 1 bis 3 ergebenden Änderungen entsprechend anzuwenden, die Bestimmung des § 70 jedoch nur hinsichtlich der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und die Bestimmungen des § 74 Abs. 1 nur hinsichtlich der Leistungen des ärztlichen Beistandes und des Hebammenbeistandes, der Heilmittel und Heilbehelfe und Pflege in einer Krankenanstalt. Die Bestimmungen der §§ 51 Abs. 1 Z 1 und 51e sind auf die im ersten Satz genannten Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Beitragssatz ab dem Beitragszeitraum Juli 1993 6,9 % beträgt; für alle übrigen im ersten Satz genannten Versicherten gilt der im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. b oder f bezeichnete Beitragssatz. Der Beitragssatz in der Krankenversicherung für Selbstversicherte mit Ausnahme der Selbstversicherten nach § 19a beträgt ab dem Beitragszeitraum Juli 1993 6,9 % der Beitragsgrundlage.

(2) unverändert.

Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten

§ 474. (1) Auf die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten, die nicht zu den im § 472 bezeichneten Personen gehören, sind die Bestimmungen der §§ 55 Abs. 1 und 2, 59 bis 61, 61b, 62 bis 70a, 71, 74 Abs. 1, 76 bis 78, 82, 83 und 83a des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter mit den sich aus § 472 Abs. 2 Z 1 bis 3 ergebenden Änderungen entsprechend anzuwenden, die Bestimmung des § 70 jedoch nur hinsichtlich der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und die Bestimmungen des § 74 Abs. 1 nur hinsichtlich der Leistungen des ärztlichen Beistandes und des Hebammenbeistandes, der Heilmittel und Heilbehelfe und

Vorgeschlagene Fassung

Fassung ab 1.1.2008

Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten

§ 474. (1) Auf die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten, die nicht zu den im § 472 bezeichneten Personen gehören, sind die Bestimmungen der §§ 55 Abs. 1 und 2, 59 bis 61, 61b, 62 bis 70 a, 71, 74 Abs. 1, 76 bis 78, 82, 83 und 83a des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter mit den sich aus § 472 Abs. 2 Z 1 bis 3 ergebenden Änderungen entsprechend anzuwenden, die Bestimmung des § 70 jedoch nur hinsichtlich der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und die Bestimmungen des § 74 Abs. 1 nur hinsichtlich der Leistungen des ärztlichen Beistandes und des Hebammenbeistandes, der Heilmittel und Heilbehelfe und Pflege in einer Krankenanstalt. Die Bestimmungen der §§ 51 Abs. 1 Z 1 und 51e sind auf die im ersten Satz genannten Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Beitragssatz 6,95 % beträgt; für alle übrigen im ersten Satz genannten Versicherten gilt der im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. b oder f bezeichnete Beitragssatz. Der Beitragssatz in der Krankenversicherung für Selbstversicherte mit Ausnahme der Selbstversicherten nach § 19a beträgt 7,05 % der Beitragsgrundlage.

(2) unverändert.

Fassung ab 1.1.2014

Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten

§ 474. (1) Auf die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten, die nicht zu den im § 472 bezeichneten Personen gehören, sind die Bestimmungen der §§ 55 Abs. 1 und 2, 59 bis 61, 61b, 62 bis 70a, 71, 74 Abs. 1, 76 bis 78, 82, 83 und 83a des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter mit den sich aus § 472 Abs. 2 Z 1 bis 3 ergebenden Änderungen entsprechend anzuwenden, die Bestimmung des § 70 jedoch nur hinsichtlich der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und die Bestimmungen des § 74 Abs. 1 nur hinsichtlich der Leistungen des ärztlichen Beistandes und des Hebammenbeistandes, der Heilmittel und Heilbehelfe und

Geltende Fassung

Pflege in einer Krankenanstalt. Die Bestimmungen der §§ 51 Abs. 1 Z 1 und 51e sind auf die im ersten Satz genannten Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Beitragssatz ab dem Beitragszeitraum Juli 1993 6,9 % beträgt; für alle übrigen im ersten Satz genannten Versicherten gilt der im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. b oder f bezeichnete Beitragssatz. Der Beitragssatz in der Krankenversicherung für Selbstversicherte mit Ausnahme der Selbstversicherten nach § 19a beträgt ab dem Beitragszeitraum Juli 1993 6,9 % der Beitragsgrundlage.

(2) unverändert.

Beiträge

§ 479d. (1) unverändert.

(2) Für die Berechnung der allgemeinen Beiträge und der Sonderbeiträge ist heranzuziehen

1. für die im § 479a Abs. 1 Z 1 angeführten Versicherten ein Beitragssatz von 5,6 %, wovon 3,20 % auf die Versicherten und 2,4 % auf die Gemeinde Wien entfallen,
2. für die im § 479a Abs. 1 Z 2 angeführten Versicherten ein Beitragssatz von 5,85 %, wovon 3,45 % auf die Versicherten und 2,4 % auf die Gemeinde Wien entfallen.

Für die Berechnung der Zusatzbeiträge und des Ergänzungsbeitrages in der Krankenversicherung gelten die in den §§ 51b Abs. 1 und 51e festgesetzten Prozentsätze. Zur Bestreitung der Ausgaben für Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit kann die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe in ihrer Satzung einen Zuschlag zu den Beiträgen im Ausmaß von höchstens 0,45 vH der Beitragsgrundlage festsetzen; dieser Zuschlag ist je zur Hälfte vom Versicherten und von der Gemeinde Wien zu tragen.

(3) unverändert.

Beiträge

§ 479d. (1) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

Pflege in einer Krankenanstalt. Die Bestimmungen der §§ 51 Abs. 1 Z 1 und 51e sind auf die im ersten Satz genannten Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Beitragssatz ab dem Beitragszeitraum Juli 1993 6,85 % beträgt; für alle übrigen im ersten Satz genannten Versicherten gilt der im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. b oder f bezeichnete Beitragssatz. Der Beitragssatz in der Krankenversicherung für Selbstversicherte mit Ausnahme der Selbstversicherten nach § 19a beträgt ab dem Beitragszeitraum Juli 1993 6,95 % der Beitragsgrundlage.

(2) unverändert.

Fassung ab 1.1.2008**Beiträge**

§ 479d. (1) unverändert.

(2) Für die Berechnung der allgemeinen Beiträge und der Sonderbeiträge ist heranzuziehen

1. für die im § 479a Abs. 1 Z 1 angeführten Versicherten ein Beitragssatz von 6,05 %, wovon 3,425 % auf die Versicherten und 2,625 % auf die Gemeinde Wien entfallen,
2. für die im § 479a Abs. 1 Z 2 angeführten Versicherten ein Beitragssatz von 6,3 %, wovon 3,675 % auf die Versicherten und 2,625 % auf die Gemeinde Wien entfallen.

Für die Berechnung der Zusatzbeiträge und des Ergänzungsbeitrages in der Krankenversicherung gelten die in den §§ 51b Abs. 1 und 51e festgesetzten Prozentsätze.

(3) unverändert.

Fassung ab 1.1.2014**Beiträge**

§ 479d. (1) unverändert.

Geltende Fassung

(2) Für die Berechnung der allgemeinen Beiträge und der Sonderbeiträge ist heranzuziehen

1. für die im § 479a Abs. 1 Z 1 angeführten Versicherten ein Beitragssatz von 5,6 %, wovon 3,20 % auf die Versicherten und 2,4 % auf die Gemeinde Wien entfallen,
2. für die im § 479a Abs. 1 Z 2 angeführten Versicherten ein Beitragssatz von 5,85 %, wovon 3,45 % auf die Versicherten und 2,4 % auf die Gemeinde Wien entfallen.

Für die Berechnung der Zusatzbeiträge und des Ergänzungsbeitrages in der Krankenversicherung gelten die in den §§ 51b Abs. 1 und 51e festgesetzten Prozentsätze. Zur Bestreitung der Ausgaben für Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit kann die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe in ihrer Satzung einen Zuschlag zu den Beiträgen im Ausmaß von höchstens 0,45 vH der Beitragsgrundlage festsetzen; dieser Zuschlag ist je zur Hälfte vom Versicherten und von der Gemeinde Wien zu tragen.

(3) unverändert.

Vollzug des Bundesgesetzes

§ 545. (1) bis (6) unverändert.

(7) Mit der Vollziehung des § 447a Abs. 7 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 ist der Bundesminister für Finanzen betraut.

Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004

§ 620. (1) unverändert.

(2) Die §§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f, 51 Abs. 3 Z 1 lit. a und b, 73 Abs. 1 Z 1 und 2, Abs. 2 und 4, 472a Abs. 2, 474 Abs. 1, 479d Abs. 2 Z 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft. Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten die genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 in Geltung gestandenen Fassung wieder in Kraft.

(3) Es treten außer Kraft:

1. unverändert.
2. mit Ablauf des 31. Dezember 2008 § 545 Abs. 7.

Vorgeschlagene Fassung

(2) Für die Berechnung der allgemeinen Beiträge und der Sonderbeiträge ist heranzuziehen

1. für die im § 479a Abs. 1 Z 1 angeführten Versicherten ein Beitragssatz von 5,95 %, wovon 3,375 % auf die Versicherten und 2,575 % auf die Gemeinde Wien entfallen,
2. für die im § 479a Abs. 1 Z 2 angeführten Versicherten ein Beitragssatz von 6,2 %, wovon 3,625 % auf die Versicherten und 2,575 % auf die Gemeinde Wien entfallen.

Für die Berechnung der Zusatzbeiträge und des Ergänzungsbeitrages in der Krankenversicherung gelten die in den §§ 51b Abs. 1 und 51e festgesetzten Prozentsätze. Zur Bestreitung der Ausgaben für Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit kann die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe in ihrer Satzung einen Zuschlag zu den Beiträgen im Ausmaß von höchstens 0,45 vH der Beitragsgrundlage festsetzen; dieser Zuschlag ist je zur Hälfte vom Versicherten und von der Gemeinde Wien zu tragen.

(3) unverändert.

Vollzug des Bundesgesetzes

§ 545. (1) bis (6) unverändert.

(7) Mit der Vollziehung des § 447a Abs. 10 ist der Bundesminister für Finanzen betraut.

Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004

§ 620. (1) unverändert.

(2) Die §§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f, 51 Abs. 3 Z 1 lit. a und b, 73 Abs. 1 Z 1 und 2, Abs. 2 und 4, 472a Abs. 2, 474 Abs. 1, 479d Abs. 2 Z 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(3) Es treten außer Kraft:

1. unverändert.
2. mit Ablauf des 31. Dezember 2007 § 545 Abs. 7.

Geltende Fassung**Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004**

§ 621. (1) und (2) unverändert.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten die im § 567 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung - mit Ausnahme der lit. d des § 148 Z 3 sowie der §§ 322a und 447a Abs. 5 Z 3 zweiter Satz - wieder in Kraft.

(4) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 132/2005 (65. Novelle)

§ 625. (1) bis (7) unverändert.

(8) Der auf die Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung entfallende Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand der einzelnen Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, dem GSVG, dem BSVG und dem B-KUVG sowie der Verwaltungsaufwand des Hauptverbandes dürfen ab dem Geschäftsjahr 2005 bis zum Geschäftsjahr 2007 nach Maßgabe der folgenden Absätze den jährlichen Verwaltungszielwert der einzelnen Versicherungsträger und des Hauptverbandes nicht übersteigen.

(9) Der jährliche Verwaltungszielwert für die Versicherungsträger besteht aus der ab dem Geschäftsjahr 2004 um die Inflationsrate des jeweils vorangegangenen Jahres erhöhten Kopfquote des Jahres 1999. Der Vergleich des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes der Versicherungsträger ab dem Geschäftsjahr 2005 bis zum Geschäftsjahr 2007 mit dem jährlichen Verwaltungszielwert wird nach Bildung einer Durchschnittskopfquote aus den Kopfquoten des jeweils aktuellen Jahres und der beiden vorangegangenen Jahre vorgenommen. Die Kopfquote wird errechnet aus dem Basiswert eines Geschäftsjahres im Zweig Krankenversicherung pro versicherte Person und anspruchsberechtigte(n) Angehörige(n), im Zweig Unfallversicherung pro unmittelbar versicherten Personen und im Zweig Pensionsversicherung pro unmittelbar versicherten Personen zuzüglich Pensionsstand. Der Basiswert wird errechnet aus dem Nettoverwaltungs- und Verrechnungsaufwand der amtlichen Erfolgsrechnung der Versicherungsträger; der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand ist sodann um die Einhebungsvergütung nach § 82 dieses Bundesgesetzes und nach § 250 Abs. 2 GSVG zu erhöhen und um die

Vorgeschlagene Fassung**Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004**

§ 621. (1) und (2) unverändert.

aufgehoben.

(4) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 132/2005 (65. Novelle)

§ 625. (1) bis (7) unverändert.

(8) Der auf die Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung entfallende Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand der einzelnen Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, dem GSVG, dem BSVG und dem B-KUVG sowie der Verwaltungsaufwand des Hauptverbandes dürfen ab dem Geschäftsjahr 2005 bis zum Geschäftsjahr 2011 nach Maßgabe der folgenden Absätze den jährlichen Verwaltungszielwert der einzelnen Versicherungsträger und des Hauptverbandes nicht übersteigen.

(9) Der jährliche Verwaltungszielwert für die Versicherungsträger besteht aus der ab dem Geschäftsjahr 2004 um die Inflationsrate des jeweils vorangegangenen Jahres erhöhten Kopfquote des Jahres 1999. Der Vergleich des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes der Versicherungsträger ab dem Geschäftsjahr 2005 bis zum Geschäftsjahr 2011 mit dem jährlichen Verwaltungszielwert wird nach Bildung einer Durchschnittskopfquote aus den Kopfquoten des jeweils aktuellen Jahres und der beiden vorangegangenen Jahre vorgenommen. Die Kopfquote wird errechnet aus dem Basiswert eines Geschäftsjahres im Zweig Krankenversicherung pro versicherte Person und anspruchsberechtigte(n) Angehörige(n), im Zweig Unfallversicherung pro unmittelbar versicherten Personen und im Zweig Pensionsversicherung pro unmittelbar versicherten Personen zuzüglich Pensionsstand. Der Basiswert wird errechnet aus dem Nettoverwaltungs- und Verrechnungsaufwand der amtlichen Erfolgsrechnung der Versicherungsträger; der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand ist sodann um die Einhebungsvergütung nach § 82 dieses Bundesgesetzes und nach § 250 Abs. 2 GSVG zu erhöhen und um die Aufwandsarten „Pensionen“, „Abfertigungen und Sterbegelder“, jeweils zu

Geltende Fassung

Aufwandsarten „Pensionen“, „Abfertigungen und Sterbegelder“, jeweils zu 50 %, sowie „Miete und Leasingaufwendungen“, um die Pauschalbeträge für Lehrlinge nach Abs.11 sowie um träger- bzw. versicherungsspezifische Abzugsposten nach Abs. 12 zu vermindern.

(10) und (11) unverändert.

(12) Als träger- bzw. versicherungsspezifische Abzugsposten kommen in Betracht:

1. die Kosten der Auflösung und Umgestaltung von Organisationseinheiten (insbesondere jener der elektronischen Datenverarbeitung), soweit diese auf Grund der Zusammenführung von gemeinsamen Aufgaben oder der Zusammenführung von Versicherungsträgern bzw. der Schaffung von Einrichtungen im Sinne des § 81 Abs. 2 entstehen (Fusionskosten);

2. unverändert.

(3) unverändert.

(14) Für den Hauptverband sind die Abs. 9 bis 13 so anzuwenden, dass der Vergleich des Verwaltungsaufwandes des Hauptverbandes ab dem Geschäftsjahr 2005 bis zum Geschäftsjahr 2007 mit dem jährlichen Verwaltungszielwert unter Heranziehung des der Kopfquotenberechnung nach Abs.9 zugrunde liegenden Basiswertes zu erfolgen hat, wobei der jährliche Verwaltungszielwert aus dem ab dem Geschäftsjahr 2004 um die Inflationsrate des jeweils vorangegangenen Jahres erhöhten Basiswert des Jahres 2004 besteht. Der Vorstand hat der Trägerkonferenz über eine Zielwertverfehlung zu berichten.

Vorgeschlagene Fassung

50 %, sowie „Miete und Leasingaufwendungen“, um die Pauschalbeträge für Lehrlinge nach Abs.11 sowie um träger- bzw. versicherungsspezifische Abzugsposten nach Abs. 12 zu vermindern.

(10) und (11) unverändert.

(12) Als träger- bzw. versicherungsspezifische Abzugsposten kommen in Betracht:

1. die für längstens fünf Jahre die Kosten der Auflösung und Umgestaltung von Organisationseinheiten (insbesondere jener der elektronischen Datenverarbeitung), soweit diese auf Grund der Zusammenführung von gemeinsamen Aufgaben oder der Zusammenführung von Versicherungsträgern bzw. der Schaffung von Einrichtungen im Sinne des § 81 Abs. 2 entstehen (Fusionskosten);

2. unverändert.

(3) unverändert.

(14) Für den Hauptverband sind die Abs. 9 bis 13 so anzuwenden, dass der Vergleich des Verwaltungsaufwandes des Hauptverbandes ab dem Geschäftsjahr 2005 bis zum Geschäftsjahr 2011 mit dem jährlichen Verwaltungszielwert unter Heranziehung des der Kopfquotenberechnung nach Abs.9 zugrunde liegenden Basiswertes zu erfolgen hat, wobei der jährliche Verwaltungszielwert aus dem ab dem Geschäftsjahr 2004 um die Inflationsrate des jeweils vorangegangenen Jahres erhöhten Basiswert des Jahres 2004 besteht. Der Vorstand hat der Trägerkonferenz über eine Zielwertverfehlung zu berichten.

„Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007

§ 635. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 10 Abs. 2, 12 Abs. 6, 20 Abs. 1, 31 Abs. 5 Z 16, die Überschrift des 4. Unterabschnittes des Abschnittes III Erster Teil, die Überschrift zu § 31a sowie §§ 31d, 37, 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f in der Fassung der Z 10, 12, 14, 16, 18 und 20, 51 Abs. 3 Z 1 lit. a bis d in der Fassung der Z 22, 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 24, Abs. 2 und 4 in der Fassung der Z 26 und 28, 74 Abs. 1 Z 1 und Abs. 3 Z 1, 84a Abs. 2 und 4, 122 Abs. 3a, 130 Abs. 1, 134 Abs. 3, 136 Abs. 6, 148, 149 Abs. 3a, 181 Abs. 1, 322a Abs. 2 und 4, 342 Abs. 1 und 2, 348a Abs. 3,

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

- 349 Abs. 5, 351g Abs. 3, 442 Abs. 2, 472a Abs. 2 in der Fassung der Z 60, 62 und 64, 447a Abs. 10, 447f Abs. 1, 2, 6, 12, 14, 16 und 17, 447h Abs. 3 letzter Satz, 474 Abs. 1 zweiter und letzter Satz in der Fassung der Z 66 und 68, 479d Abs. 2 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 70 und 72, 545 Abs. 7, 620 Abs. 2 und Abs. 3 Z 2, 625 Abs. 8, 9, 12 Z 1 und 14 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007;
2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f in der Fassung der Z 11, 13, 15, 17, 19 und 21, 51 Abs. 3 Z 1 lit. a bis d in der Fassung der Z 23, 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 25, Abs. 2 und 4 in der Fassung der Z 27 und 29, 472a Abs. 2 erster und zweiter Satz in der Fassung der Z 61 und 63, 474 Abs. 1 zweiter und letzter Satz in der Fassung der Z 67 und 69 sowie 479d Abs. 2 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 71 und 73 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007;
3. rückwirkend mit 1. Oktober 2006 § 447f Abs. 10 und 11 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007.
- (2) Die §§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. b, 472a Abs. 3 und 621 Abs. 3 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2007 außer Kraft.
- (3) Personen, die am 31. Dezember 2007 der Pflichtversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b unterliegen, gelten ab dem 1. Jänner 2008 als nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a versichert.
- (4) Änderungen der Richtlinie über die Befreiung von der Rezeptgebühr nach § 31 Abs. 5 Z 16 auf Grund der Änderung des § 31 Abs. 5 Z 16 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007 sind rückwirkend mit 1. Jänner 2008 vorzunehmen.
- (5) Im Jahr 2008 kommt es abweichend von § 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 24 nicht zur Beitragserhöhung, wenn die Versicherungspflicht aufgrund des Pensionsanfalles im Jahr 2007 eingetreten ist und nach § 108h Abs. 1 keine Anpassung erfolgt ist.
- (6) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 148, 189 Abs. 3 und 302 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004 bzw. in der Fassung des Bundesgesetzes. BGB. I Nr. xxx/2007 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2008 in Kraft zu setzen.
- (7) Zur finanziellen Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Hauptverband bis zum 30. Juni 2008 in der Trägerkonferenz konkrete

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausmaß von 150 Millionen Euro zu beschließen. Diese Maßnahmen sind in der Weise darzustellen, dass daraus entsprechend dem § 14 Abs. 1 BHG die finanziellen Auswirkungen für die Krankenversicherungsträger hervorgehen. Stellt die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen durch eine längstens bis zum 31. Oktober 2008 zu erlassende Verordnung fest, dass durch die beschlossenen Maßnahmen und auf Grund deren finanzieller Darstellung die Effizienzsteigerung und die Kostendämpfung nicht erreicht werden können, so treten

1. die §§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f in der Fassung der Z 10, 12, 14, 16, 18 und 20, Abs. 3 Z 1 lit. a bis d in der Fassung der Z 22, 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 24, Abs. 2 und 4 in der Fassung der Z 26 und 28, 472a Abs. 2 in der Fassung der Z 60, 62 und 64, 474 Abs. 1 zweiter und letzter Satz in der Fassung Z 66 und 68 und 479d Abs. 2 Z 1 und 2 in der Fassung Z 70 und 72,
2. die §§ 14f Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 1 und 3, 27 Abs. 1 Z 1 in der Fassung der Z 5, 29 Abs. 1 und 2 in der Fassung der Z 7 und 9 GSVG
3. die §§ 24 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 sowie 26 Abs. 1 und 2 in der Fassung der Z 3 und 5 BSVG,
4. die §§ 20 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 sowie 22 Abs. 1 in der Fassung der Z 4 und Abs. 6 sowie 70 B-KUVG,
5. die §§ 32 Abs. 1 und 42 Abs. 1 jeweils in der Fassung der Z 1 AIVG,
6. § 7 Abs. 1 Z 2 in der Fassung der Z 1 SUG,
7. § 53 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 HVG,
8. § 74 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 KOVG,
9. § 39j Abs. 6 in der Fassung der Z 1 FLAG

jeweils in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007 mit dem Ablauf des 31. Dezember 2008 wieder außer Kraft und diese sowie § 472a Abs. 3 dieses Bundesgesetzes und die §§ 22 Abs. 3 und 151 Abs. 4 B-KUVG jeweils in der am 31. Dezember 2007 geltenden Fassung wieder in Kraft. Diese Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates.

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung****Artikel 5****Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes****Fassung ab 1.1.2008****Beitragssatz****Beitragssatz**

§ 14f. (1) Für die Dauer der Versicherung in der Krankenversicherung haben die Versicherten

§ 14f. (1) Für die Dauer der Versicherung in der Krankenversicherung haben die Versicherten

1. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 1 sowie 14b Abs. 1 und Abs. 3 als Beitrag 8,5 %,
 2. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 2 und 14b Abs. 2, sofern sie auf Grund ihrer freiberuflichen Erwerbstätigkeit auch von der Pensionsversicherung gemäß § 5 ausgenommen waren, als Beitrag 8,5 %, in allen übrigen Fällen 6,4 % und
 3. unverändert.
- (2) unverändert.

1. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 1 sowie 14b Abs. 1 und Abs. 3 als Beitrag 7,05 %,
 2. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 2 und 14b Abs. 2, sofern sie auf Grund ihrer freiberuflichen Erwerbstätigkeit auch von der Pensionsversicherung gemäß § 5 ausgenommen waren, als Beitrag 7,05 %, in allen übrigen Fällen 6,4 % und
 3. unverändert.
- (2) unverändert.

Fassung ab 1.1.2014**Beitragssatz****Beitragssatz**

§ 14f. (1) Für die Dauer der Versicherung in der Krankenversicherung haben die Versicherten

§ 14f. (1) Für die Dauer der Versicherung in der Krankenversicherung haben die Versicherten

1. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 1 sowie 14b Abs. 1 und Abs. 3 als Beitrag 8,5 %,
 2. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 2 und 14b Abs. 2, sofern sie auf Grund ihrer freiberuflichen Erwerbstätigkeit auch von der Pensionsversicherung gemäß § 5 ausgenommen waren, als Beitrag 8,5 %, in allen übrigen Fällen 6,4 % und
 3. unverändert.
- (2) unverändert.

1. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 1 sowie 14b Abs. 1 und Abs. 3 als Beitrag 6,95 %,
 2. gemäß den §§ 14a Abs. 1 Z 2 und 14b Abs. 2, sofern sie auf Grund ihrer freiberuflichen Erwerbstätigkeit auch von der Pensionsversicherung gemäß § 5 ausgenommen waren, als Beitrag 6,95 %, in allen übrigen Fällen 6,4 % und
 3. unverändert.
- (2) unverändert.

Fassung ab 1.1.2008**Beiträge zur Pflichtversicherung****Beiträge zur Pflichtversicherung**

§ 27. (1) Die Pflichtversicherten nach § 2 Abs. 1 haben für die Dauer der

§ 27. (1) Die Pflichtversicherten nach § 2 Abs. 1 haben für die Dauer der

Geltende Fassung

Pflichtversicherung

1. als Beitrag zur Krankenversicherung 8,5 %,
 2. unverändert.
- (2) bis (5) unverändert.

Beiträge zur Pflichtversicherung

§ 27. (1) Die Pflichtversicherten nach § 2 Abs. 1 haben für die Dauer der Pflichtversicherung

1. als Beitrag zur Krankenversicherung 8,5 %,
 2. unverändert.
- (2) bis (5) unverändert.

**Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten
(Übergangsgeldbezieher)**

§ 29. (1) Von jeder an eine der im § 3 Abs. 1 Z 1 genannten Personen zur Auszahlung gelangenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenspensionen wie auch von jedem Übergangsgeld, das an eine der im § 3 Abs. 1 Z 1 genannten Personen ausgezahlt wird, ist ein Betrag von 4,85 % einzubehalten, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält und nicht gemäß § 4 Abs. 1 oder 2 von der Pflichtversicherung ausgenommen ist. Zu den Pensionen sowie zu den Pensionssonderzahlungen zählen auch die Kinderzuschüsse und die Ausgleichszulagen. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, auf Grund dessen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft zu Lasten der österreichischen Sozialversicherung besteht, es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) hat der Versicherungsträger als Träger der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz 201 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge, soweit diese

Vorgeschlagene Fassung

Pflichtversicherung

1. als Beitrag zur Krankenversicherung 7,05 %,
 2. unverändert.
- (2) bis (5) unverändert.

Beiträge zur Pflichtversicherung

§ 27. (1) Die Pflichtversicherten nach § 2 Abs. 1 haben für die Dauer der Pflichtversicherung

1. als Beitrag zur Krankenversicherung 6,95 %,
 2. unverändert.
- (2) bis (5) unverändert.

**Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten
(Übergangsgeldbezieher)**

§ 29. (1) Von jeder an eine der im § 3 Abs. 1 Z 1 genannten Personen zur Auszahlung gelangenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenspensionen wie auch von jedem Übergangsgeld, das an eine der im § 3 Abs. 1 Z 1 genannten Personen ausgezahlt wird, ist ein Betrag von 5 % einzubehalten, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält und nicht gemäß § 4 Abs. 1 oder 2 von der Pflichtversicherung ausgenommen ist. Zu den Pensionen sowie zu den Pensionssonderzahlungen zählen auch die Kinderzuschüsse und die Ausgleichszulagen. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, auf Grund dessen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft zu Lasten der österreichischen Sozialversicherung besteht, es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) hat der Versicherungsträger als Träger der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz 198 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge, soweit diese

Fassung ab 1.1.2014**Fassung ab 1.1.2008**

Geltende Fassung

Beträge nicht von gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes pflichtversicherten Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) einbehalten werden, an die von ihm durchgeführte Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten (Übergangsgeldbezieher)

§ 29. (1) Von jeder an eine der im § 3 Abs. 1 Z 1 genannten Personen zur Auszahlung gelangenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenpensionen wie auch von jedem Übergangsgeld, das an eine der im § 3 Abs. 1 Z 1 genannten Personen ausgezahlt wird, ist ein Betrag von 4,85 % einzubehalten, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält und nicht gemäß § 4 Abs. 1 oder 2 von der Pflichtversicherung ausgenommen ist. Zu den Pensionen sowie zu den Pensionssonderzahlungen zählen auch die Kinderzuschüsse und die Ausgleichszulagen. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, auf Grund dessen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft zu Lasten der österreichischen Sozialversicherung besteht, es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) hat der Versicherungsträger als Träger der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz 201 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge, soweit diese Beträge nicht von gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes pflichtversicherten Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) einbehalten werden, an die von ihm durchgeführte Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

Anspruchsberechtigung

§ 82. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Anspruchsberechtigung auf Pflichtleistungen erlischt, soweit im

Vorgeschlagene Fassung

Beträge nicht von gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes pflichtversicherten Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) einbehalten werden, an die von ihm durchgeführte Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

Fassung ab 1.1.2014**Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten (Übergangsgeldbezieher)**

§ 29. (1) Von jeder an eine der im § 3 Abs. 1 Z 1 genannten Personen zur Auszahlung gelangenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenpensionen wie auch von jedem Übergangsgeld, das an eine der im § 3 Abs. 1 Z 1 genannten Personen ausgezahlt wird, ist ein Betrag von 4,9 % einzubehalten, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält und nicht gemäß § 4 Abs. 1 oder 2 von der Pflichtversicherung ausgenommen ist. Zu den Pensionen sowie zu den Pensionssonderzahlungen zählen auch die Kinderzuschüsse und die Ausgleichszulagen. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, auf Grund dessen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft zu Lasten der österreichischen Sozialversicherung besteht, es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) hat der Versicherungsträger als Träger der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz 200 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge, soweit diese Beträge nicht von gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes pflichtversicherten Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) einbehalten werden, an die von ihm durchgeführte Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

Anspruchsberechtigung

§ 82. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Anspruchsberechtigung auf Pflichtleistungen erlischt, soweit in den

Geltende Fassung

Abs. 5 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Ende der Versicherung.

(5) unverändert.

Heilmittel

§ 92. (1) bis (5) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004

§ 308. (1) unverändert.

(2) Die §§ 14f Abs. 1 Z 1 bis 3, 27 Abs. 1 Z 1, 29 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft. Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten die genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 in Geltung gestandenen Fassung wieder in Kraft.

(3) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004

§ 309. (1) und (2) unverändert.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten § 182a und die in § 269 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung - mit Ausnahme des § 182a - wieder in Kraft.

(4) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

Abs. 5 und 6 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Ende der Versicherung.

(5) unverändert.

(6) Über die Bestimmungen des Abs. 5 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

Heilmittel

§ 92. (1) bis (5) unverändert.

(6) Der Versicherungsträger hat von der Einhebung der Rezeptgebühr auch bei Erreichen der in den Richtlinien des Hauptverbandes gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004

§ 308. (1) unverändert.

(2) Die §§ 14f Abs. 1 Z 1 bis 3, 27 Abs. 1 Z 1, 29 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(3) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004

§ 309. (1) und (2) unverändert.

aufgehoben.

(4) unverändert.

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung****Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007**

§ 320. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 14f Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 1 und 3, 27 Abs. 1 Z 1 in der Fassung der Z 5, 29 Abs. 1 und 2 in der Fassung der Z 7 und 9, 82 Abs. 4 und 6, 92 Abs. 6 sowie 308 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007;
2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 14f Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 2 und 4, 27 Abs. 1 Z 1 in der Fassung der Z 6 sowie 29 Abs. 1 und 2 in der Fassung der Z 8 und 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007.

(2) § 309 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2007 außer Kraft.

(3) Im Jahr 2008 kommt es abweichend von § 29 Abs. 1 in der Fassung der Z 7 nicht zur Beitragserhöhung, wenn die Versicherungspflicht im Jahr 2007 eingetreten ist und nach § 50 Abs. 1 keine Anpassung erfolgt ist.

Artikel 6**Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes****Fassung ab 1.1.2008****Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung und Pensionsversicherung**

§ 24. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben, sofern sich nicht aus den Abs. 3 und 4 etwas anderes ergibt, für die Dauer der Beitragspflicht (§ 32) als Beitrag 6,9 % der Beitragsgrundlage zu leisten.

(2) bis (5) unverändert.

Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung und Pensionsversicherung

§ 24. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben, sofern sich nicht aus den Abs. 3 und 4 etwas anderes ergibt, für die Dauer der Beitragspflicht (§ 32) als Beitrag 7,05 % der Beitragsgrundlage zu leisten.

(2) bis (5) unverändert.

Fassung ab 1.1.2014**Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung und Pensionsversicherung**

§ 24. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben, sofern sich nicht aus den Abs. 3 und 4 etwas anderes ergibt, für die Dauer der Beitragspflicht (§ 32) als Beitrag 6,9 % der Beitragsgrundlage zu leisten.

(2) bis (5) unverändert.

Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung und Pensionsversicherung

§ 24. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben, sofern sich nicht aus den Abs. 3 und 4 etwas anderes ergibt, für die Dauer der Beitragspflicht (§ 32) als Beitrag 6,95 % der Beitragsgrundlage zu leisten.

(2) bis (5) unverändert.

Geltende Fassung

Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten (Übergangsgeldbezieher)

§ 26. (1) Von jeder an eine der im § 4 Abs. 1 genannten Personen zur Auszahlung gelangenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenpensionen wie auch von jedem Übergangsgeld, das an eine der im § 4 Z 1 genannten Personen ausgezahlt wird, ist ein Betrag von 4,85 % einzubehalten, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält und nicht gemäß § 5 Abs. 1 oder 2 von der Pflichtversicherung ausgenommen ist. Zu den Pensionen sowie zu den Pensionssonderzahlungen zählen auch die Kinderzuschüsse und die Ausgleichszulagen. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, auf Grund dessen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft zu Lasten der österreichischen Sozialversicherung besteht, es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) hat der Versicherungsträger als Träger der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz 397 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die von ihm durchgeführte Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten (Übergangsgeldbezieher)

§ 26. (1) Von jeder an eine der im § 4 Abs. 1 genannten Personen zur Auszahlung gelangenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenpensionen wie auch von jedem Übergangsgeld, das an eine der im § 4 Z 1 genannten Personen ausgezahlt wird, ist ein Betrag von 4,85 % einzubehalten, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält und nicht gemäß § 5 Abs. 1 oder 2 von der Pflichtversicherung ausgenommen ist. Zu den Pensionen sowie zu

Vorgeschlagene Fassung

Fassung ab 1.1.2008

Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten (Übergangsgeldbezieher)

§ 26. (1) Von jeder an eine der im § 4 Abs. 1 genannten Personen zur Auszahlung gelangenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenpensionen wie auch von jedem Übergangsgeld, das an eine der im § 4 Z 1 genannten Personen ausgezahlt wird, ist ein Betrag von 5 % einzubehalten, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält und nicht gemäß § 5 Abs. 1 oder 2 von der Pflichtversicherung ausgenommen ist. Zu den Pensionen sowie zu den Pensionssonderzahlungen zählen auch die Kinderzuschüsse und die Ausgleichszulagen. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, auf Grund dessen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft zu Lasten der österreichischen Sozialversicherung besteht, es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) hat der Versicherungsträger als Träger der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz 389 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die von ihm durchgeführte Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

Fassung ab 1.1.2014

Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten (Übergangsgeldbezieher)

§ 26. (1) Von jeder an eine der im § 4 Abs. 1 genannten Personen zur Auszahlung gelangenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenpensionen wie auch von jedem Übergangsgeld, das an eine der im § 4 Z 1 genannten Personen ausgezahlt wird, ist ein Betrag von 4,9 % einzubehalten, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig im Inland aufhält und nicht gemäß § 5 Abs. 1 oder 2 von der Pflichtversicherung ausgenommen ist. Zu den Pensionen sowie zu den

Geltende Fassung

den Pensionssonderzahlungen zählen auch die Kinderzuschüsse und die Ausgleichszulagen. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, auf Grund dessen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft zu Lasten der österreichischen Sozialversicherung besteht, es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) hat der Versicherungsträger als Träger der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz 397 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die von ihm durchgeführte Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

Anspruchsberechtigung

§ 77. Der Versicherte hat Anspruch auf die Leistungen für sich und seine Angehörigen (§ 78), wenn der Versicherungsfall während der Versicherung eingetreten ist. Die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit werden auch gewährt, wenn die Krankheit im Zeitpunkt des Beginnes der Versicherung bereits bestanden hat. Die Leistungen sind in beiden Fällen auch über das Ende der Versicherung hinaus weiter zu gewähren, solange die Voraussetzungen für den Anspruch gegeben sind.

Dauer der Krankenbehandlung

§ 84. (1) unverändert.

(2) Besteht die Notwendigkeit der Krankenbehandlung für eine Erkrankung, die vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, über diesen Zeitpunkt hinaus, so wird für diese Erkrankung, solange es sich um ein und denselben Versicherungsfall handelt, die Krankenbehandlung ohne zeitliche Begrenzung

Vorgeschlagene Fassung

Pensionssonderzahlungen zählen auch die Kinderzuschüsse und die Ausgleichszulagen. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist (Übergangsgeldbezieher) ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, auf Grund dessen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft zu Lasten der österreichischen Sozialversicherung besteht, es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.

(1a) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) hat der Versicherungsträger als Träger der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz 394 % der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die von ihm durchgeführte Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz zu überweisen. Ebenso sind die nach Abs. 1a einbehaltenen Beiträge zu überweisen.

Anspruchsberechtigung

§ 77. (1) Der Versicherte hat Anspruch auf die Leistungen für sich und seine Angehörigen (§ 78), wenn der Versicherungsfall während der Versicherung eingetreten ist. Die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit werden auch gewährt, wenn die Krankheit im Zeitpunkt des Beginnes der Versicherung bereits bestanden hat. Die Leistungen sind in beiden Fällen auch über das Ende der Versicherung hinaus weiter zu gewähren, solange die Voraussetzungen für den Anspruch gegeben sind.

(2) Über die Bestimmungen des Abs. 1 hinaus sind weitere Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

Dauer der Krankenbehandlung

§ 84. (1) unverändert

(2) Besteht die Notwendigkeit der Krankenbehandlung für eine Erkrankung, die vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, über diesen Zeitpunkt hinaus, so wird für diese Erkrankung, solange es sich um ein und denselben Versicherungsfall handelt, die Krankenbehandlung ohne zeitliche Begrenzung

Geltende Fassung

gewährt.

(3) unverändert.

Heilmittel

§ 86. (1) bis (5) unverändert.

Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 142/2002 (26. Novelle)

§ 284. (1) bis (4) unverändert.

(5) Der Versicherungsträger ist ermächtigt, Erlöse aus einem Finanzierungs- und Betreibermodell nach § 41 Abs. 2, aus der Verwertung eines Gesellschaftsanteiles eines solchen Modelles sowie aus einer Verwertung von Liegenschaften, soweit diese bis zum 31. Dezember 2007 realisiert werden, zur Gänze der Krankenversicherung zur Abdeckung der nicht gedeckten allgemeinen Rücklage zuzuordnen.

Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004

§ 297. (1) unverändert.

(2) Die §§ 24 Abs. 1 sowie 26 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft. Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten die genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 in Geltung gestandenen Fassung wieder in Kraft.

(3) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004

§ 298. (1) und (2) unverändert..

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten § 170a und die in § 258 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung - mit Ausnahme des § 170a - wieder in Kraft.

(4) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

gewährt. Für die Fälle des § 77 Abs. 2 sind die Leistungen der Krankenbehandlung längstens durch 26 Wochen zu gewähren.

(3) unverändert.

Heilmittel

§ 86. (1) bis (5) unverändert.

(6) Der Versicherungsträger hat von der Einhebung der Rezeptgebühr auch bei Erreichen der in den Richtlinien des Hauptverbandes gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 142/2002 (26. Novelle)

§ 284. (1) bis (4) unverändert.

(5) Der Versicherungsträger ist ermächtigt, Erlöse aus einem Finanzierungs- und Betreibermodell nach § 41 Abs. 2, aus der Verwertung eines Gesellschaftsanteiles eines solchen Modelles sowie aus einer Verwertung von Liegenschaften, soweit diese bis zum bis zum 31. Dezember 2009 realisiert werden, zur Gänze in die allgemeine Rücklage der Krankenversicherung zu übertragen.

Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004

§ 297. (1) unverändert.

(2) Die §§ 24 Abs. 1 sowie 26 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(3) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004

§ 298. (1) und (2) unverändert..

aufgehoben.

(4) unverändert.

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung****Schlussbestimmungen zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007**

§ 310. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 24 Abs. 1 in der Fassung der Z 1, 26 Abs. 1 und 2 in der Fassung der Z 3 und 5, 77, 84 Abs. 2, 86 Abs. 6, 284 Abs. 5 sowie 297 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007;
2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 24 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 sowie 26 Abs. 1 und 2 in der Fassung der Z 4 und 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007.

(2) § 298 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2007 außer Kraft.

(3) Im Jahr 2008 kommt es abweichend von § 26 Abs. 1 in der Fassung der Z 3 nicht zur Beitragserhöhung, wenn die Versicherungspflicht im Jahr 2007 eingetreten ist und nach § 46 Abs. 1 keine Anpassung erfolgt ist.

Artikel 7**Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes****Fassung ab 1.1.2008****Allgemeine Beiträge**

§ 20. (1) Als allgemeiner Beitrag sind, sofern sich nicht aus Abs. 2 etwas anderes ergibt, 6,7 % der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten.

(2) und (3) unverändert.

Allgemeine Beiträge

§ 20. (1) Als allgemeiner Beitrag sind, sofern sich nicht aus Abs. 2 etwas anderes ergibt, 7,05 % der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten.

(2) und (3) unverändert.

Fassung ab 1.1.2014**Allgemeine Beiträge**

§ 20. (1) Als allgemeiner Beitrag sind, sofern sich nicht aus Abs. 2 etwas anderes ergibt, 6,7 % der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten.

(2) und (3) unverändert.

Allgemeine Beiträge

§ 20. (1) Als allgemeiner Beitrag sind, sofern sich nicht aus Abs. 2 etwas anderes ergibt, 6,95 % der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten.

(2) und (3) unverändert.

Sonderbeiträge

§ 21. (1) unverändert.

(2) Der Zusatzbeitrag nach § 20a ist unter Bedachtnahme auf Abs. 1 auch von den Sonderzahlungen zu leisten.

Sonderbeiträge

§ 21. (1) unverändert.

(2) Der Zusatzbeitrag nach § 20a sowie der Pauschalbeitrag nach § 20d sind unter Bedachtnahme auf Abs. 1 auch von den Sonderzahlungen zu leisten.

Geltende Fassung

Aufteilung der Beitragslast

§ 22. (1) Von den nach den §§ 20 Abs. 1 und 21 festgesetzten Beiträgen entfallen auf den Versicherten 3,75 % der Beitragsgrundlage und auf den Dienstgeber 2,95 % der Beitragsgrundlage; ist die Beitragsgrundlage ein Waisenversorgungsgenuß, so hat der Dienstgeber den Beitrag zur Gänze allein zu tragen.

(2) unverändert.

(3) Der Dienstgeber hat überdies zur Bestreitung von Ausgaben der erweiterten Heilbehandlung (§ 70) sowie der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 65a) einen Zuschlag zu diesen Beiträgen in der Höhe von 0,4 vH der Beitragsgrundlage (§ 19) beziehungsweise der beitragspflichtigen Sonderzahlungen zu entrichten.

(4) und (5) unverändert.

(6) Die auf die Versicherten und deren Dienstgeber entfallenden Beitragsteile sind auf Cent zu runden. Das gleiche gilt für die Zuschläge des Dienstgebers nach Abs. 3.

Aufteilung der Beitragslast

§ 22. (1) Von den nach den §§ 20 Abs. 1 und 21 festgesetzten Beiträgen entfallen auf den Versicherten 3,75 % der Beitragsgrundlage und auf den Dienstgeber 2,95 % der Beitragsgrundlage; ist die Beitragsgrundlage ein Waisenversorgungsgenuß, so hat der Dienstgeber den Beitrag zur Gänze allein zu tragen.

(2) bis (6) unverändert.

Anspruchsberechtigung während der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung

§ 55. (1) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

Fassung ab 1.1.2008

Aufteilung der Beitragslast

§ 22. (1) Von den nach den §§ 20 Abs. 1 und 21 festgesetzten Beiträgen entfallen auf den Versicherten 3,75 % der Beitragsgrundlage und auf den Dienstgeber 3,3 % der Beitragsgrundlage; ist die Beitragsgrundlage ein Waisenversorgungsgenuß, so hat der Dienstgeber den Beitrag zur Gänze allein zu tragen.

(2) unverändert.

(3) aufgehoben.

(4) und (5) unverändert.

(6) Die auf die Versicherten und deren Dienstgeber entfallenden Beitragsteile sind auf Cent zu runden.

Fassung ab 1.1.2014

Aufteilung der Beitragslast

§ 22. (1) Von den nach den §§ 20 Abs. 1 und 21 festgesetzten Beiträgen entfallen auf den Versicherten 3,70 % der Beitragsgrundlage und auf den Dienstgeber 3,25 % der Beitragsgrundlage; ist die Beitragsgrundlage ein Waisenversorgungsgenuß, so hat der Dienstgeber den Beitrag zur Gänze allein zu tragen.

(2) bis (6) unverändert.

Anspruchsberechtigung während der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung

§ 55. (1) unverändert.

(1a) Über die Bestimmungen des Abs. 1 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als

Geltende Fassung

(2) bis (4) unverändert.

Erkrankung im Ausland

§ 58. (1) Hält sich ein Versicherter im dienstlichen Auftrag im Ausland auf, so erhält er für die Dauer des Auslandsaufenthaltes die ihm nach diesem Bundesgesetz zustehenden Sachleistungen vom Dienstgeber. Dies gilt - unbeschadet einer Pflichtversicherung nach § 1 Abs. 1 Z 20 - auch für Angehörige (§ 56), wenn und solange sie sich aus einem der in § 56 Abs. 1 Z 1 und 2 angeführten Gründe im Ausland aufhalten.

(2) bis (4) unverändert.

Heilmittel

§ 64. (1) bis (5) unverändert.

Erweiterte Heilbehandlung

§ 70. Die Versicherungsanstalt kann unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit und die ihr im Rahmen der erweiterten Heilbehandlung zur Verfügung stehenden Mittel gemäß den §§ 70a und 70b Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation gewähren.

Vorgeschlagene Fassung

Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

(2) bis (4) unverändert.

Erkrankung im Ausland

§ 58. (1) Hält sich eine in der Krankenversicherung pflichtversicherte Person im dienstlichen Auftrag im Ausland auf, so erhält sie für die Dauer des Auslandsaufenthaltes die ihr nach diesem Bundesgesetz zustehenden Leistungen vom Dienstgeber. Dies gilt auch für Angehörige, wenn und solange sie sich aus einem der im § 56 Abs. 1 Z 1 und 2 angeführten Gründe im Ausland aufhalten, unbeschadet einer Pflichtversicherung in der Krankenversicherung in Folge eines Kinderbetreuungsgeldbezuges oder hinsichtlich der Sachleistungen unbeschadet einer Anspruchsberechtigung nach § 122 Abs. 3 ASVG in Verbindung mit § 84 Abs. 1. Solange der Dienstgeber das Entgelt im Sinne des § 49 Abs. 1, 3 und 4 ASVG weiter gewährt, beschränkt sich die vorstehende Verpflichtung des Dienstgebers auf die Sachleistungen.

(2) bis (4) unverändert.

Heilmittel

§ 64. (1) bis (5) unverändert.

(6) Der Versicherungsträger hat von der Einhebung der Rezeptgebühr auch bei Erreichen der in den Richtlinien des Hauptverbandes gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

Erweiterte Heilbehandlung

§ 70. Die Versicherungsanstalt kann unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit gemäß den §§ 70a und 70b Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation gewähren.

Geltende Fassung

Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht der Versicherten nach § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19, 21 und 22 sowie der Selbstversicherten nach § 7a Abs. 2 Z 1 mit Ausnahme der in § 1 Abs. 1 Z 5 genannten Personen

Anwendung von Bestimmungen des Abschnittes VI des Ersten Teiles und des Zweiten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

§ 84. (1) und (2) unverändert.

Rechnungsabschluß und Nachweisungen

§ 151. (1) bis (3) unverändert.

(4) Soweit die Einnahmen nach § 22 Abs.3 die Aufwendungen eines Geschäftsjahres für die erweiterte Heilbehandlung sowie die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation übersteigen, sind sie einer gesonderten Rücklage zuzuführen. Diese Rücklage darf nur zur Anschaffung oder Herstellung abnutzbarer Wirtschaftsgüter für die Zwecke der erweiterten Heilbehandlung verwendet werden.

(5) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004

§ 211. (1) unverändert.

(2) Die §§ 20 Abs. 1 sowie 22 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft. Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten die genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 in Geltung gestandenen Fassung wieder in Kraft.

(3) und (4) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004

§ 212. (1) und (2) unverändert.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten § 118a und die in § 184 Abs.2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung - mit Ausnahme der lit. c des § 68 Z 3 und des § 118a - wieder in Kraft.

Vorgeschlagene Fassung

Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht der Versicherten nach § 1 Abs. 1 Z 17 bis 22 sowie der Selbstversicherten nach § 7a Abs. 2 Z 1 mit Ausnahme der in § 1 Abs. 1 Z 5 genannten Personen

Anwendung von Bestimmungen des Abschnittes VI des Ersten Teiles und des Zweiten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

§ 84. (1) und (2) unverändert.

(3) Auf Personen nach § 1 Abs. 1 Z 20 sind die Bestimmungen über das Wochengeld nach den §§ 162 bis 168 ASVG anzuwenden.

Rechnungsabschluß und Nachweisungen

§ 151. (1) bis (3) unverändert.

(4) aufgehoben.

(5) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004

§ 211. (1) unverändert.

(2) Die §§ 20 Abs. 1 sowie 22 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(3) und (4) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004

§ 212. (1) und (2) unverändert.

aufgehoben.

Geltende Fassung

(4) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

(4) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 7 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007

§ 218. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 20 Abs. 1 in der Fassung der Z 1, 22 Abs. 1 in der Fassung der Z 4 und Abs. 6, 55 Abs. 1a, 58 Abs. 1, 64 Abs. 6, 70, die Überschrift zum 3. Unterabschnitt des Abschnittes II im Zweiten Teil, §§ 84 Abs. 3 und 211 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007;
2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 20 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 und 22 Abs. 1 in der Fassung der Z 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007.
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2006 § 21 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007.

(2) Die §§ 22 Abs. 3, 151 Abs. 4 sowie 212 Abs. 3 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2007 außer Kraft.

(3) Im Jahr 2008 kommt es abweichend von § 20 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 nicht zur Beitragserhöhung, wenn die Versicherungspflicht im Jahr 2007 eingetreten ist und nach den §§ 41 Abs. 2 oder 41a Pensionsgesetz 1965 oder inhaltlich entsprechenden Rechtsvorschriften keine Anpassung erfolgt ist.

Artikel 8**Änderung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes****Beziehungen der Träger zu den Landesgesundheitsfonds und dem Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG in zwischenstaatlichen Fällen**

§ 7a. (1) Die den Landesgesundheitsfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2005 bis 2008 als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben, werden gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich jeweils in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend gemacht. Die Gebietskrankenkassen reichen diese Forderungen wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiter und überweisen den

Beziehungen der Träger zu den Landesgesundheitsfonds und dem Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG in zwischenstaatlichen Fällen

§ 7a. (1) Die den Landesgesundheitsfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013 als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben, werden gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich jeweils in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend gemacht. Die Gebietskrankenkassen reichen diese Forderungen wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiter und überweisen den Landesgesundheitsfonds die von den zuständigen ausländischen

Geltende Fassung

Landesgesundheitsfonds die von den zuständigen ausländischen Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald diese bei ihnen eingelangt sind.

(2) bis (3) unverändert.

(4) Die Kosten einer Anstaltspflege im Ausland, die die österreichischen Träger der Sozialversicherung auf Grund des innerstaatlichen Rechts oder auf Grund der Verordnung oder eines Abkommens aufzuwenden oder zu erstatten haben, weil die betreffende Person

1. und 2. unverändert.

sind den Trägern der Sozialversicherung von der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 39 Abs. 2 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in dem Ausmaß zu ersetzen, als diese Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen. Dieser Betrag ist für 2005 auf Basis des Betrages 2003 (Art. 32 Abs. 3 der Vereinbarung BGBl. I Nr. 60/2002) zuzüglich den Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen 2004 und 2005 zu berechnen, wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in die Hundertsätze einzurechnen sind. Die vorläufigen und endgültigen Beträge ergeben sich in analoger Anwendung der Valorisierungsbestimmungen gemäß Art. 17 Abs. 6 Z 2 und 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Träger der Sozialversicherung haben die Aufwendungen in diesen Fällen jeweils unverzüglich an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu melden. Der Hauptverband hat laufend die Entwicklung der Aufwendungen zu überwachen und halbjährlich aktuell über Art und Umfang der gemäß Abs. 2 für Anstaltspflege im Ausland erbrachten Leistungen der Bundesgesundheitskommission zu berichten. Er hat gegebenenfalls die Erstattung aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur im Namen der betroffenen Träger geltend zu machen. Die Erstattungen aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur sind am Ende des Jahres der Geltendmachung an die betroffenen Träger im Verhältnis der insgesamt in diesen Fällen aufgewendeten Beträge zu überweisen.

Vorgeschlagene Fassung

Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald diese bei ihnen eingelangt sind.

(2) bis (3) unverändert.

(4) Die Kosten einer Anstaltspflege im Ausland, die die österreichischen Träger der Sozialversicherung auf Grund des innerstaatlichen Rechts oder auf Grund der Verordnung oder eines Abkommens aufzuwenden oder zu erstatten haben, weil die betreffende Person

1. und 2. unverändert.

sind den Trägern der Sozialversicherung von der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 45 Abs. 2 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in dem Ausmaß zu ersetzen, als diese Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen. Die vorläufigen und endgültigen Beträge ergeben sich in analoger Anwendung der Valorisierungsbestimmungen gemäß Art. 21 Abs. 6 Z 2 und 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Träger der Sozialversicherung haben die Aufwendungen in diesen Fällen jeweils unverzüglich an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu melden. Der Hauptverband hat laufend die Entwicklung der Aufwendungen zu überwachen und halbjährlich aktuell über Art und Umfang der gemäß Abs. 2 für Anstaltspflege im Ausland erbrachten Leistungen der Bundesgesundheitskommission zu berichten. Er hat gegebenenfalls die Erstattung aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur im Namen der betroffenen Träger geltend zu machen. Die Erstattungen aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur sind am Ende des Jahres der Geltendmachung an die betroffenen Träger im Verhältnis der insgesamt in diesen Fällen aufgewendeten Beträge zu überweisen.

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

§ 9i. § 7a Abs. 1 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.

Artikel 9**Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977****Fassung ab 1.1.2008****Kranken- und Pensionsversicherung für Arbeitslose**

§ 32. (1) Arbeitslose, die der zuständigen regionalen Geschäftsstelle schriftlich bekannt geben, dass sie sich vom Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe abmelden, um sich

1. der Sterbebegleitung eines nahen Verwandten im Sinne des § 14a
2. der Begleitung eines schwersterkrankten Kindes im Sinne des § 14b AVRAG

zu widmen, sind im Fall der Z 1 für längstens sechs Monate und im Fall der Z 2 für längstens neun Monate kranken- und pensionsversichert, wenn und so lange kein Leistungsbezug nach diesem Bundesgesetz erfolgt und keine anderweitige Pflichtversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung vorliegt. Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt 7,4 vH des Richtsatzes gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG, der Beitrag zur Pensionsversicherung 22,8 vH des im § 44 Abs. 1 Z 18 ASVG genannten Betrages. In der Krankenversicherung besteht nur Anspruch auf Sachleistungen, in der Pensionsversicherung werden Beitragszeiten der Pflichtversicherung erworben.

(2) bis (5) unverändert.

(6) Abweichend von Abs. 1 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2008 7,5 vH des Richtsatzes gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG.

Kranken- und Pensionsversicherung für Arbeitslose

§ 32. (1) Arbeitslose, die der zuständigen regionalen Geschäftsstelle schriftlich bekannt geben, dass sie sich vom Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe abmelden, um sich

1. der Sterbebegleitung eines nahen Verwandten im Sinne des § 14a

Kranken- und Pensionsversicherung für Arbeitslose

§ 32. (1) Arbeitslose, die der zuständigen regionalen Geschäftsstelle schriftlich bekannt geben, dass sie sich vom Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe abmelden, um sich

1. der Sterbebegleitung eines nahen Verwandten im Sinne des § 14a
2. der Begleitung eines schwersterkrankten Kindes im Sinne des § 14b AVRAG

zu widmen, sind im Fall der Z 1 für längstens sechs Monate und im Fall der Z 2 für längstens neun Monate kranken- und pensionsversichert, wenn und so lange kein Leistungsbezug nach diesem Bundesgesetz erfolgt und keine anderweitige Pflichtversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung vorliegt. Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt 7,55 vH des Richtsatzes gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG, der Beitrag zur Pensionsversicherung 22,8 vH des im § 44 Abs. 1 Z 18 ASVG genannten Betrages. In der Krankenversicherung besteht nur Anspruch auf Sachleistungen, in der Pensionsversicherung werden Beitragszeiten der Pflichtversicherung erworben.

(2) bis (5) unverändert.

(6) Abweichend von Abs. 1 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2007 7,5 vH, im Jahr 2008 7,65 vH des Richtsatzes gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG.

Fassung ab 1.1.2014**Kranken- und Pensionsversicherung für Arbeitslose**

§ 32. (1) Arbeitslose, die der zuständigen regionalen Geschäftsstelle schriftlich bekannt geben, dass sie sich vom Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe abmelden, um sich

1. der Sterbebegleitung eines nahen Verwandten im Sinne des § 14a

Geltende Fassung

2. der Begleitung eines schwersterkrankten Kindes im Sinne des § 14b AVRAG

zu widmen, sind im Fall der Z 1 für längstens sechs Monate und im Fall der Z 2 für längstens neun Monate kranken- und pensionsversichert, wenn und so lange kein Leistungsbezug nach diesem Bundesgesetz erfolgt und keine anderweitige Pflichtversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung vorliegt. Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt 7,4 vH des Richtsatzes gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG, der Beitrag zur Pensionsversicherung 22,8 vH des im § 44 Abs. 1 Z 18 ASVG genannten Betrages. In der Krankenversicherung besteht nur Anspruch auf Sachleistungen, in der Pensionsversicherung werden Beitragszeiten der Pflichtversicherung erworben.

(2) bis (6) unverändert.

Ohne Titel - (Höhe des Krankenversicherungsbeitrages)

§ 42. (1) Die Aufwendungen der Träger der Krankenversicherung für an Leistungsbezieher nach diesem Bundesgesetz zu erbringende Leistungen sind durch einen Krankenversicherungsbeitrag in der Höhe von 7,4 vH der bezogenen Leistung abzugelten.

(2) bis (4) unverändert.

(5) Abweichend von Abs. 1 beträgt der Krankenversicherungsbeitrag in den Jahren 2005 bis 2008 7,5 vH der bezogenen Leistung.

Ohne Titel - (Höhe des Krankenversicherungsbeitrages)

§ 42. (1) Die Aufwendungen der Träger der Krankenversicherung für an Leistungsbezieher nach diesem Bundesgesetz zu erbringende Leistungen sind durch einen Krankenversicherungsbeitrag in der Höhe von 7,4 vH der bezogenen Leistung abzugelten.

(2) bis (5) unverändert.

Inkrafttreten

§ 79. (1) bis (94) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

2. der Begleitung eines schwersterkrankten Kindes im Sinne des § 14b AVRAG

zu widmen, sind im Fall der Z 1 für längstens sechs Monate und im Fall der Z 2 für längstens neun Monate kranken- und pensionsversichert, wenn und so lange kein Leistungsbezug nach diesem Bundesgesetz erfolgt und keine anderweitige Pflichtversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung vorliegt. Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt 7,45 vH des Richtsatzes gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG, der Beitrag zur Pensionsversicherung 22,8 vH des im § 44 Abs. 1 Z 18 ASVG genannten Betrages. In der Krankenversicherung besteht nur Anspruch auf Sachleistungen, in der Pensionsversicherung werden Beitragszeiten der Pflichtversicherung erworben.

(2) bis (6) unverändert.

Fassung ab 1.1.2008**Ohne Titel - (Höhe des Krankenversicherungsbeitrages)**

§ 42. (1) Die Aufwendungen der Träger der Krankenversicherung für an Leistungsbezieher nach diesem Bundesgesetz zu erbringende Leistungen sind durch einen Krankenversicherungsbeitrag in der Höhe von 7,55 vH der bezogenen Leistung abzugelten.

(2) bis (4) unverändert.

(5) Abweichend von Abs. 1 beträgt der Krankenversicherungsbeitrag in den Jahren 2005 bis 2007 7,5 vH, im Jahr 2008 7,65 % der bezogenen Leistung.

Fassung ab 1.1.2014**Ohne Titel - (Höhe des Krankenversicherungsbeitrages)**

§ 42. (1) Die Aufwendungen der Träger der Krankenversicherung für an Leistungsbezieher nach diesem Bundesgesetz zu erbringende Leistungen sind durch einen Krankenversicherungsbeitrag in der Höhe von 7,45 vH der bezogenen Leistung abzugelten.

(2) bis (5) unverändert.

Inkrafttreten

§ 79. (1) bis (94) unverändert.

(95) Es treten in Kraft:

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 32 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 und Abs. 6 sowie 42 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 und Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007;
2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 32 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 sowie 42 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007 treten mit 1. Jänner 2014 in Kraft.

Artikel 10**Änderung des Sonderunterstützungsgesetzes****Fassung ab 1.1.2008****Krankenversicherung****Krankenversicherung**

§ 7. (1) Die Bezieher von Sonderunterstützung sind gemäß Artikel II Abschnitt 5 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 mit der Maßgabe krankenversichert, daß

§ 7. (1) Die Bezieher von Sonderunterstützung sind gemäß Artikel II Abschnitt 5 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 mit der Maßgabe krankenversichert, daß

1. unverändert
2. der Beitrag zur Krankenversicherung 7,4 vH beträgt,
3. und 4. unverändert.

1. unverändert
2. der Beitrag zur Krankenversicherung 7,55 vH beträgt,
3. und 4. unverändert.

(2) und (3) unverändert.

(2) und (3) unverändert.

(4) Abweichend von Abs. 1 Z 2 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2008 7,5 vH.

(4) Abweichend von Abs. 1 Z 2 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2007 7,5 vH, im Jahr 2008 7,65 vH.

Fassung ab 1.1.2013**Krankenversicherung****Krankenversicherung**

§ 7. (1) Die Bezieher von Sonderunterstützung sind gemäß Artikel II Abschnitt 5 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 mit der Maßgabe krankenversichert, daß

§ 7. (1) Die Bezieher von Sonderunterstützung sind gemäß Artikel II Abschnitt 5 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 mit der Maßgabe krankenversichert, daß

1. unverändert
2. der Beitrag zur Krankenversicherung 7,4 vH beträgt,
3. und 4. unverändert.

1. unverändert
2. der Beitrag zur Krankenversicherung 7,45 vH beträgt,
3. und 4. unverändert.

(2) und (4) unverändert.

(2) und (4) unverändert.

Geltende Fassung**ARTIKEL V****Wirksamkeitsbeginn**

(1) bis (19) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung**ARTIKEL V****Wirksamkeitsbeginn**

(1) bis (19) unverändert.

(20) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 7 Abs. 1 Z 2 in der Fassung der Z 1 sowie Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.
2. mit 1. Jänner 2014 § 7 Abs. 1 Z 2 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007.

Artikel 11**Änderung des Heeresversorgungsgesetzes****Fassung ab 1.1.2008**

§ 53. (1) Die Pflichtversicherten (§ 47) haben einen Versicherungsbeitrag in Höhe von 3,85 vH des jeweiligen Betrages der gebührenden Hinterbliebenenrente zu entrichten. Gehören mehrere Versicherte einem gemeinsamen Haushalt an, so ist der Beitrag nur vom Hauptversicherten (Abs. 3) zu leisten.

(2) bis (6) unverändert.

§ 53. (1) Die Pflichtversicherten (§ 47) haben einen Versicherungsbeitrag in Höhe von 4 vH des jeweiligen Betrages der gebührenden Hinterbliebenenrente zu entrichten. Gehören mehrere Versicherte einem gemeinsamen Haushalt an, so ist der Beitrag nur vom Hauptversicherten (Abs. 3) zu leisten.

(2) bis (6) unverändert.

Fassung ab 1.1.2014

§ 53. (1) Die Pflichtversicherten (§ 47) haben einen Versicherungsbeitrag in Höhe von 3,85 vH des jeweiligen Betrages der gebührenden Hinterbliebenenrente zu entrichten. Gehören mehrere Versicherte einem gemeinsamen Haushalt an, so ist der Beitrag nur vom Hauptversicherten (Abs. 3) zu leisten.

(2) bis (6) unverändert.

§ 99. (1) bis (14) unverändert.

§ 53. (1) Die Pflichtversicherten (§ 47) haben einen Versicherungsbeitrag in Höhe von 3,9 vH des jeweiligen Betrages der gebührenden Hinterbliebenenrente zu entrichten. Gehören mehrere Versicherte einem gemeinsamen Haushalt an, so ist der Beitrag nur vom Hauptversicherten (Abs. 3) zu leisten.

(2) bis (6) unverändert.

§ 99. (1) bis (14) unverändert.

(15) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 § 53 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007;

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

2. mit 1. Jänner 2014 § 53 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007.

Artikel 12**Änderung des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957****Fassung ab 1.1.2008**

§ 74. (1) Die Pflichtversicherten (§ 68) haben einen Versicherungsbeitrag in Höhe von 3,85 vH des jeweiligen Betrages der gebührenden Hinterbliebenenrente zu entrichten. Gehören mehrere Versicherte einem gemeinsamen Haushalt an, so ist der Beitrag nur vom Hauptversicherten (Abs. 3) zu leisten.

(2) bis (6) unverändert.

§ 74. (1) Die Pflichtversicherten (§ 68) haben einen Versicherungsbeitrag in Höhe von 3,85 vH des jeweiligen Betrages der gebührenden Hinterbliebenenrente zu entrichten. Gehören mehrere Versicherte einem gemeinsamen Haushalt an, so ist der Beitrag nur vom Hauptversicherten (Abs. 3) zu leisten.

(2) bis (6) unverändert.

§ 115. (1) bis (11) unverändert.

§ 74. (1) Die Pflichtversicherten (§ 68) haben einen Versicherungsbeitrag in Höhe von 4 vH des jeweiligen Betrages der gebührenden Hinterbliebenenrente zu entrichten. Gehören mehrere Versicherte einem gemeinsamen Haushalt an, so ist der Beitrag nur vom Hauptversicherten (Abs. 3) zu leisten.

(2) bis (6) unverändert.

Fassung ab 1.1.2014

§ 74. (1) Die Pflichtversicherten (§ 68) haben einen Versicherungsbeitrag in Höhe von 3,9 vH des jeweiligen Betrages der gebührenden Hinterbliebenenrente zu entrichten. Gehören mehrere Versicherte einem gemeinsamen Haushalt an, so ist der Beitrag nur vom Hauptversicherten (Abs. 3) zu leisten.

(2) bis (6) unverändert.

§ 115. (1) bis (11) unverändert.

(12) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 § 74 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007;
2. mit 1. Jänner 2014 § 74 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007.

Artikel 13**Änderung des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967****Fassung 1.1.2008**

§ 39j. (1) bis (5) unverändert.

§ 39j. (1) bis (5) unverändert.

Geltende Fassung

(6) Ab 1. Jänner 2005 ist ein Beitrag zur Krankenversicherung in der Höhe von 6,8 % des Aufwandes des Kinderbetreuungsgeldes nach KBGG, des Karenzgeldes und der Teilzeitbeihilfe nach dem Karenzgeldgesetz (KGG), BGBl. I Nr. 47/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 103/2001, des Karenzurlaubsgeldes nach dem Karenzurlaubsgeldgesetz, BGBl. Nr. 395/1974 in der Fassung BGBl. INr. 103/2001 sowie gleichartiger Leistungen nach Bundes- und Landesgesetzen aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragen. Dieser Beitrag kann im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bevorschusst werden. Die Endabrechnung ist jährlich im Nachhinein vorzunehmen und im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse abzurechnen.

(6a) Abweichend von Abs. 6 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2008 6,9 %.

(7) bis (9) unverändert.

§ 39j. (1) bis (5) unverändert.

(6) Ab 1. Jänner 2005 ist ein Beitrag zur Krankenversicherung in der Höhe von 6,8 % des Aufwandes des Kinderbetreuungsgeldes nach KBGG, des Karenzgeldes und der Teilzeitbeihilfe nach dem Karenzgeldgesetz (KGG), BGBl. I Nr. 47/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 103/2001, des Karenzurlaubsgeldes nach dem Karenzurlaubsgeldgesetz, BGBl. Nr. 395/1974 in der Fassung BGBl. INr. 103/2001 sowie gleichartiger Leistungen nach Bundes- und Landesgesetzen aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragen. Dieser Beitrag kann im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bevorschusst werden. Die Endabrechnung ist jährlich im Nachhinein vorzunehmen und im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse abzurechnen.

(6a) bis (9) unverändert.

§ 55. (1) bis (8) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

(6) Ab 1. Jänner 2005 ist ein Beitrag zur Krankenversicherung in der Höhe von 6,95 % des Aufwandes des Kinderbetreuungsgeldes nach KBGG, des Karenzgeldes und der Teilzeitbeihilfe nach dem Karenzgeldgesetz (KGG), BGBl. I Nr. 47/1997 in der Fassung BGBl. INr. 103/2001, des Karenzurlaubsgeldes nach dem Karenzurlaubsgeldgesetz, BGBl. Nr. 395/1974 in der Fassung BGBl. INr. 103/2001 sowie gleichartiger Leistungen nach Bundes- und Landesgesetzen aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragen. Dieser Beitrag kann im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bevorschusst werden. Die Endabrechnung ist jährlich im Nachhinein vorzunehmen und im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse abzurechnen.

(6a) Abweichend von Abs. 6 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2007 6,9 %, im Jahr 2008 7,05 %.

(7) bis (9) unverändert.

Fassung ab 1.1.2014

§ 39j. (1) bis (5) unverändert.

(6) Ab 1. Jänner 2005 ist ein Beitrag zur Krankenversicherung in der Höhe von 6,85 % des Aufwandes des Kinderbetreuungsgeldes nach KBGG, des Karenzgeldes und der Teilzeitbeihilfe nach dem Karenzgeldgesetz (KGG), BGBl. I Nr. 47/1997 in der Fassung BGBl. INr. 103/2001, des Karenzurlaubsgeldes nach dem Karenzurlaubsgeldgesetz, BGBl. Nr. 395/1974 in der Fassung BGBl. INr. 103/2001 sowie gleichartiger Leistungen nach Bundes- und Landesgesetzen aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragen. Dieser Beitrag kann im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bevorschusst werden. Die Endabrechnung ist jährlich im Nachhinein vorzunehmen und im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse abzurechnen.

(6a) bis (9) unverändert.

§ 55. (1) bis (8) unverändert.

(9) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 39j Abs. 6 in der Fassung der Z 1 und Abs. 6a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007;

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

2. mit 1. Jänner 2014 § 39j Abs. 6 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007.