

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Zielbestimmung

Ziel der in den folgenden Artikeln geregelten Bestimmungen ist die Erhaltung des hohen Niveaus der Leistungserbringung der sozialen Krankenversicherung und ihre bedarfsgerechte Weiterentwicklung, sowie die Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung, wobei der Bund subsidiär einen Beitrag zur Entschuldung der finanzschwachen Sozialversicherungsträger leistet und nach Maßgabe der Finanzsituation der Träger zur Leistungsabgeltung beiträgt.

Artikel 1

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Teil 1

Beschäftigung im Inland

§ 3. (1) Als im Inland beschäftigt gelten unselbständig Erwerbstätige, deren Beschäftigungsort (§ 30 Abs. 2) im Inland gelegen ist, selbständig Erwerbstätige, wenn der Sitz ihres Betriebes im Inland gelegen ist.

(2) und (3) unverändert.

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) bis d) unverändert

Beschäftigung im Inland

§ 3. (1) Als im Inland beschäftigt gelten unselbständig Erwerbstätige, deren Beschäftigungsort (§ 29a Abs. 2) im Inland gelegen ist, selbständig Erwerbstätige, wenn der Sitz ihres Betriebes im Inland gelegen ist.

(2) und (3) unverändert.

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) bis d) unverändert

e) die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsträger - ausgenommen die Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter - und des Hauptverbandes sowie die Mitglieder der Controllinggruppe (§ 32a), des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich (§ 442) und der Beiräte gemäß den §§ 440ff. dieses Bundesgesetzes, den §§ 213ff. des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes und den §§ 201ff. des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in Ausübung der ihnen auf Grund ihrer Funktion obliegenden Pflichten;

f) bis k) unverändert.

4. und 5. unverändert.

(2) bis (6) unverändert.

Einbeziehung in die Krankenversicherung im Verordnungsweg

§ 9. Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales kann nach Anhörung der in Betracht kommenden Interessenvertretungen und des Hauptverbandes (§ 31) Gruppen von Personen, die keinem Erwerbe nachgehen oder als Grenzgänger in einem benachbarten Staat unselbständig erwerbstätig sind und einer gesetzlichen Pflichtversicherung für den Fall der Krankheit nicht unterliegen, aber eines Versicherungsschutzes bedürfen, durch Verordnung in die Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz einbeziehen, wenn der Einbeziehung nicht öffentliche Rücksichten vom Gesichtspunkt der Sozialversicherung entgegenstehen. Die Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates.

b) Pensionsversicherung der Angestellten

§ 14. (1) unverändert.

(2) Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales kann nach Anhörung der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretungen und des Hauptverbandes (§ 31) durch Verordnung die Berufsgruppen bezeichnen, welche nach Abs. 1 zur Pensionsversicherung der Angestellten zugehörig sind. Diese Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates.

(3) bis (5) unverändert.

e) die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsträger - ausgenommen die Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter - und der SV-Holding (§ 30) sowie die Mitglieder der Controllinggruppe (§ 32a), des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich (§ 442) und der Beiräte gemäß den §§ 440ff. dieses Bundesgesetzes, den §§ 213ff. des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes und den §§ 201ff. des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in Ausübung der ihnen auf Grund ihrer Funktion obliegenden Pflichten;

f) bis k) unverändert.

4. und 5. unverändert.

(2) bis (6) unverändert.

Einbeziehung in die Krankenversicherung im Verordnungsweg

§ 9. Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales kann nach Anhörung der in Betracht kommenden Interessenvertretungen und des der SV-Holding (§ 30) Gruppen von Personen, die keinem Erwerbe nachgehen oder als Grenzgänger in einem benachbarten Staat unselbständig erwerbstätig sind und einer gesetzlichen Pflichtversicherung für den Fall der Krankheit nicht unterliegen, aber eines Versicherungsschutzes bedürfen, durch Verordnung in die Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz einbeziehen, wenn der Einbeziehung nicht öffentliche Rücksichten vom Gesichtspunkt der Sozialversicherung entgegenstehen. Die Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates.

b) Pensionsversicherung der Angestellten

§ 14. (1) unverändert.

(2) Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales kann nach Anhörung der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretungen und des der SV-Holding (§ 30) durch Verordnung die Berufsgruppen bezeichnen, welche nach Abs. 1 zur Pensionsversicherung der Angestellten zugehörig sind. Diese Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates.

(3) bis (5) unverändert.

ABSCHNITT III

Versicherungsträger und ihre Zuständigkeit; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Örtliche Zuständigkeit der Gebietskrankenkassen

§ 30. (1) bis (5) unverändert.

3. UNTERABSCHNITT

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

ABSCHNITT III

Versicherungsträger und ihre Zuständigkeit; SV-Holding

Örtliche Zuständigkeit der Gebietskrankenkassen

§ 29a. (1) bis (5) unverändert.

(6) Sind für einen Dienstgeber/eine Dienstgeberin mehrere Krankenversicherungsträger zuständig, so hat jener Krankenversicherungsträger, in dessen Bereich sich die Betriebsstätte im Sinne des § 81 EStG 1988 befindet, als Dienstleister für die anderen Krankenversicherungsträger alle technischen Aufgaben im Zusammenhang mit Melde- und Beitragsangelegenheiten wahrzunehmen.

3. UNTERABSCHNITT

Holding der österreichischen Sozialversicherung

Aufgaben

§ 30. (1) Die Holding der österreichischen Sozialversicherung (im Folgenden SV-Holding genannt) hat die allgemeinen Interessen der österreichischen Sozialversicherung zu wahren und ihre Ziele zu steuern.

(2) Der SV-Holding obliegt

1. die Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung (§ 30a);
2. die Vereinbarung oder Festlegung von strategischen (Ergebnis-)Zielen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung (§ 30b) sowie das Monitoring und Controlling des Verwaltungshandelns der Versicherungsträger (§ 30c);
3. die Erbringung zentraler Dienstleistungen für die Versicherungsträger (§ 30e);
4. die Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Versicherungsträger sowie die Erlassung verbindlicher Regelungen für die Versicherungsträger (§ 30f).

Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen

§ 30a. (1) Zu den Aufgaben im Sinne des § 30 Abs. 2 Z 1 gehören insbesondere

1. die ständige Beobachtung der Entwicklung der Sozialversicherung in ihren Beziehungen zur Volkswirtschaft; die SV-Holding hat hiezu ein versicherungsträgerübergreifendes Leistungs- und Finanzcontrolling unter vorausschauender und laufender Berücksichtigung der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung einzurichten;
2. die Abgabe von Stellungnahmen in grundsätzlichen Fragen der Sozialversicherung;
3. die Forschung auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit;
4. die Vertretung der Versicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten;
5. die Vertretung der Sozialversicherung gegenüber ausländischen Einrichtungen;
6. die trägerübergreifende Öffentlichkeitsarbeit für die Sozialversicherung, insbesondere die Information der Versicherten und der Leistungsbeziehenden;
7. die Gewährung von Rechtsschutz durch dazu befugte Personen in Streitfällen, die für die Sozialversicherung von grundsätzlichem Interesse sind;
8. der Abschluss der Kollektivverträge für die Versicherungsträger und für Einrichtungen im Sinne des § 81 Abs. 2 mit Ausnahme der Festsetzung der Mittel für Dienstordnungs-Pensionen nach § 460b und des Sicherungsbeitrages nach § 460c;
9. die Festlegung von Standards für die Aus- und Fortbildung der Sozialversicherungsbediensteten.

(2) In den Kollektivverträgen nach Abs. 1 Z 8 ist ein Zusatzbeitrag zum Sicherungsbeitrag nach § 460c festzusetzen; bei der Festlegung der Höhe dieses Zusatzbeitrages ist Bedacht zu nehmen

1. auf § 13a des Pensionsgesetzes 1965;
2. auf die Beitragssätze für die Dienstordnungs-Pension in den letzten sechs Monaten vor dem Stichtag für die Eigen- oder Hinterbliebenenpension oder für die Eigenpension, von der die Hinterbliebenenpension abgeleitet wird, wenn der jeweilige Stichtag vor dem 1. Jänner 2005 liegt und in diesem Zeitraum Anspruch auf einen monatlichen Bezug bestand, der die damals geltende monatliche Höchstbeitragsgrundlage überschritten hat.

Des Weiteren sind darin besondere Fördermaßnahmen für Frauen im Sinne der §§ 11 bis 11d des Bundes-Gleichbehandlungsgesetzes (B-GlBG), BGBl. Nr. 100/1993, vorzusehen. § 12 Abs. 1 und 2 B-GlBG ist so anzuwenden, dass die SV-Holding für sich und jeweils für die Versicherungsträger berichtet. Die Regelungen dürfen den öffentlichen Interessen vom Gesichtspunkt des Sozialversicherungsrechtes nicht entgegenstehen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger nicht gefährden.

Strategische Zielsteuerung

§ 30b. (1) Die SV-Holding hat zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Sozialversicherung strategische (Ergebnis-)Ziele für die Vollziehung mit den Versicherungsträgern, ausgenommen die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates, zu vereinbaren. Kommen Zielvereinbarungen nicht zustande, so hat die SV-Holding entsprechende Ziele festzulegen. Dabei handelt es sich insbesondere um Ziele in den Bereichen Versichertenorientierung, Kund/inn/enorientierung, VertragspartnerInnen, Finanzen, Verwaltungskosten und Geschäftsprozesse.

(2) Die Festlegung der Ziele in den in Abs. 1 genannten Bereichen durch die SV-Holding hat versicherungsträgerbezogen zumindest für die Dauer eines Kalenderjahres bis zum 31. Oktober des vorhergehenden Jahres zu erfolgen.

(3) Unbeschadet der Abs. 1 und 2 können auch innerhalb eines Kalenderjahres für bestimmte Zeiträume strategische Ziele vereinbart bzw. festgelegt werden.

(4) Beschlüsse über die Festlegung der Ziele nach den Abs. 2 und 3 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend und dem Bundesminister für Finanzen. Handelt es sich jedoch ausschließlich um Angelegenheiten der Kranken- oder Unfallversicherung, so bedürfen die Beschlüsse zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen.

(5) Mit dem Antrag auf Genehmigung von Beschlüssen über Ziele nach Abs. 2 ist ein Bericht über die Erreichung der bisher vereinbarten oder festgelegten Ziele vorzulegen.

Monitoring und Controlling

§ 30c. (1) Das Verwaltungshandeln der Versicherungsträger - mit Ausnahme der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates - , insbesondere die Umsetzung der vereinbarten oder festgelegten strategischen (Ergebnis-)Ziele nach § 30b, unterliegt einem laufenden Monitoring und Controlling durch die SV-Holding nach den Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 1.

(2) Die Versicherungsträger - mit Ausnahme der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates - haben der SV-Holding auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung des Monitoring und Controlling erforderlich sind.

(3) Als Maßnahmen des Monitoring und Controlling hat die SV-Holding insbesondere Kennzahlen betreffend die einzelnen Leistungen der Sozialversicherung festzulegen und Vergleiche zwischen diesen Kennzahlen auf der Grundlage der Ergebnisse der Erfolgsrechnung der einzelnen Versicherungsträger durchzuführen und diese auszuwerten; die Ergebnisse dieser Vergleiche sind den Versicherungsträgern, dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz, der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend sowie dem Bundesminister für Finanzen zur Kenntnis zu bringen.

Sicherstellung der Zielerreichung

§ 30d. (1) Sind vereinbarte Ziele nicht erreicht worden, so hat die SV-Holding zur Sicherstellung einer künftigen Zielerreichung

1. zu verlangen, dass die Verwaltungskörper des betroffenen Versicherungsträgers mit einer bestimmten Tagesordnung zu Sitzungen einberufen werden;
2. selbst Sitzungen einzuberufen und die Verhandlungen zu leiten, wenn dem Verlangen nach Z 1 nicht entsprochen wird;
3. einen Vertreter oder eine Vertreterin mit Antragsrecht zu allen Sitzungen der Verwaltungskörper zu entsenden.

(2) Die nach Abs. 1 Z 3 entsendete Person hat beratende Stimme in den Verwaltungskörpern des betroffenen Versicherungsträgers und ist von jeder Sitzung der Verwaltungskörper ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieser Verwaltungskörper; es sind ihr auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

(3) Bei mehrmaliger und nachhaltiger Zielabweichung ist auf Verlangen der SV-Holding vom Versicherungsträger ein angemessenes Konzept zur Zielerreichung - gemeinsam mit der SV-Holding - auszuarbeiten und zwischen SV-Holding und Versicherungsträger zu vereinbaren.

(4) Vereinbarungen nach Abs. 3 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend und dem Bundesminister für Finanzen. Handelt es sich jedoch ausschließlich um Angelegenheiten der Kranken- oder Unfallversicherung, so bedürfen die Vereinbarungen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen.

Dienstleistungsaufgaben der SV-Holding

§ 30e. (1) Die zentralen Dienstleistungen im Sinne des § 30 Abs. 2 Z 3 sind

1. die Vergabe von einheitlichen Versicherungsnummern und deren Verknüpfung mit dem entsprechenden bereichsspezifischen Personenkennzeichen (§ 9 des E-Government-Gesetzes, BGBl. I Nr. 10/2004) zur Verwaltung personenbezogener Daten im Rahmen der der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben;
2. die Besorgung der Statistik der Sozialversicherung sowie der Statistik der Pflegevorsorge sowohl nach den im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend zu erlassenden Weisungen des Bundesministers für Soziales und Konsumentenschutz als auch insoweit, als dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der SV-Holding notwendig ist; in diesem Zusammenhang der Aufbau und die Führung einer Statistikdatenbank mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung;
3. a) die Errichtung und Führung einer zentralen Anlage zur Aufbewahrung und Verarbeitung der für die Versicherung bzw. den Leistungsbezug und das Pflegegeld bedeutsamen Daten aller nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz versicherten Personen sowie LeistungsbezieherInnen einschließlich der LeistungsbezieherInnen nach den Landespflegegeldgesetzen;
b) auf Grund der in dieser Anlage enthaltenen Daten nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten auf automationsunterstütztem Weg die Erfüllung der ausdrücklich gesetzlich geregelten Pflichten der Versicherungsträger zur Auskunftserteilung;

4. der Aufbau und die Führung einer Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechtes unter Bedachtnahme auf Weisungen des Bundesministers für Soziales und Konsumentenschutz mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung nach Maßgabe des § 30h Abs. 4;
5. a) die Errichtung und der Betrieb eines zentralen Schulungszentrums für die fachliche Aus- und Weiterbildung der Sozialversicherungsbediensteten, sofern dies zur effizienten Erfüllung der Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 31 erforderlich ist;
b) die Vorsorge für die fachliche Information der VersicherungsvertreterInnen;
6. die Festlegung (Form und Inhalt) einheitlicher Formulare, Datensatzaufbaue und maschinell lesbarer Datenträger (Magnetbänder, Disketten, Chipkarten usw.) für den gesamten Vollzugsbereich der Sozialversicherung sowie die Schaffung der technischen Voraussetzungen für die Kundmachung von Rechtsvorschriften im Internet;
7. die Erfüllung von Aufgaben nach Maßgabe der Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 8 und 16;
8. die Führung und Organisation der gesamten elektronischen Datenverarbeitung der Sozialversicherung mit Ausnahme jener der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates;
9. die Einrichtung und Führung des Pensionskontos nach Abschnitt 3 des APG;
10. die Mitwirkung bei der Durchführung der Pensionsversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g dieses Bundesgesetzes, nach § 3 Abs. 3 GSVG, nach § 4a BSVG und nach Art. II Abschnitt 2a AIVG, für die der Bund, das Arbeitsmarktservice oder ein öffentlicher Fonds Beiträge zu zahlen hat; die SV-Holding kann zur Verwaltungsvereinfachung Vereinbarungen mit dem Arbeitsmarktservice über die Durchführung der Meldungen und die Beitragsabfuhr treffen; diese Vereinbarungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Zustimmung des Bundesministers für Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit;

11. die Herausgabe eines Erstattungskodex der Sozialversicherung für die Abgabe von Arzneispezialitäten auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers im niedergelassenen Bereich; in dieses Verzeichnis sind jene für Österreich zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneispezialitäten aufzunehmen, die nach den Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patienten und Patientinnen im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) annehmen lassen. Die Arzneispezialitäten sind nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ATC-Code) zu ordnen. Sie sind im Erstattungskodex jeweils einem der folgenden Bereiche zuzuordnen:

a) Roter Bereich (red box): Dieser Bereich beinhaltet zeitlich befristet jene Arzneispezialitäten, die erstmalig am österreichischen Markt lieferbar sind und für deren Aufnahme in den Erstattungskodex ein Antrag nach § 351c Abs. 1 gestellt wurde. Sie unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger nach Maßgabe der Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 7. Zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit darf einem Sozialversicherungsträger für eine Arzneispezialität dieses Bereiches der ermittelte EU-Durchschnittspreis verrechnet werden.

- b) Gelber Bereich (yellow box): Dieser Bereich beinhaltet jene Arzneispezialitäten, die einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für Patienten und Patientinnen aufweisen und die aus medizinischen oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den grünen Bereich aufgenommen werden. Arzneispezialitäten dieses Bereiches unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger nach Maßgabe der Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 7. Bezieht sich die Aufnahme von Arzneispezialitäten in diesen Bereich auch auf bestimmte Verwendungen (z. B. Gruppen von Krankheiten, ärztliche Fachgruppen, Altersstufen von Patient/inn/en, Mengenbegrenzung oder Darreichungsform), kann die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden. Zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit darf einem Sozialversicherungsträger für eine Arzneispezialität dieses Bereiches höchstens der ermittelte EU-Durchschnittspreis verrechnet werden.
- c) Grüner Bereich (green box): Dieser Bereich beinhaltet jene Arzneispezialitäten, deren Abgabe ohne ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger auf Grund ärztlicher Verschreibung medizinisch und gesundheitsökonomisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Aufnahme von Arzneispezialitäten in diesen Bereich kann sich auch auf bestimmte Verwendungen (z. B. Gruppen von Krankheiten, ärztliche Fachgruppen, Altersstufen von Patient/inn/en oder Darreichungsform) beziehen.
- d) Die Stoffe für magistrale Zubereitungen gelten als Teil des grünen Bereiches, es sei denn, sie werden auf Grund einer Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission ausdrücklich im gelben Bereich angeführt.

Arzneispezialitäten und Stoffe für magistrale Zubereitungen können nur dann als Leistung der Krankenbehandlung auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers abgegeben werden, wenn sie im Erstattungskodex angeführt sind (§ 350). In begründeten Einzelfällen ist die Erstattungsfähigkeit auch dann gegeben, wenn die Arzneispezialität nicht im Erstattungskodex angeführt ist, aber die Behandlung aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und damit die Verschreibung in diesen Einzelfällen nicht mit Arzneispezialitäten aus dem Erstattungskodex durchgeführt werden kann. Diese unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes. Die nähere Organisation und das Verfahren zur Herausgabe des Erstattungskodex regelt die SV-Holding in der Verordnung nach § 351g. Sie hat dazu als beratendes Gremium eine Heilmittel-Evaluierungskommission einzurichten.

(2) Die SV-Holding kann auch eine oder mehrere der Aufgaben nach Abs. 1 an andere Versicherungsträger oder Einrichtungen im Sinne des § 81 Abs. 2 übertragen. Dabei gelten diese Einrichtungen im Umfang der übertragenen Aufgaben als Versicherungsträger im Sinne der §§ 109 und 110. § 30i ist auf diese Einrichtungen im Umfang der übertragenen Aufgaben sinngemäß anzuwenden.

(3) Zur Steigerung der Effizienz und Effektivität der Verwaltung kann die SV-Holding einzelne interne Verwaltungsaufgaben der Versicherungsträger koordinieren oder ganz oder teilweise an sich ziehen und als Dienstleisterin für alle Versicherungsträger gemeinsam erfüllen. Dazu hat die SV-Holding entsprechende Vereinbarungen mit den Versicherungsträgern bis spätestens sechs Kalendermonate nach Beschlussfassung im Verwaltungsrat zu treffen. Sie kann diese Aufgaben auch im Sinne des Abs. 2 übertragen.

(4) Im Fall einer Übertragung von Aufgaben an einen Versicherungsträger nach den Abs. 2 oder 3 kann die SV-Holding bestimmen, dass die Kosten für die Erfüllung dieser Aufgaben als trägerspezifische Abzugsposten nach § 625 Abs. 12 gelten.

Normsetzungskompetenzen der SV-Holding

§ 30f. (1) Richtlinien im Sinne des § 30 Abs. 2 Z 4 sind zu erlassen

1. über Grundsätze des Monitoring und Controlling, die Festlegung von Kennziffern betreffend die Kosten der Verwaltung und der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger sowie die Durchführung und Auswertung von Vergleichen zwischen diesen Kennzahlen auf der Grundlage der Ergebnisse der Kostenrechnung der einzelnen Versicherungsträger; die SV-Holding hat hierzu ein versicherungsträgerübergreifendes Controlling unter vorausschauender und laufender Berücksichtigung der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung einzurichten.
2. zur Erhebung und Verarbeitung der für die Versicherung bzw. den Leistungsbezug und das Pflegegeld bedeutsamen Daten aller nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz versicherten Personen und LeistungsbezieherInnen;
3. über die einheitliche Verwendung der Beitragsgruppen, der Symbole und die den einzelnen Beitragsgruppen zugehörigen Versichertenkategorien;
4. über die Beurteilung der Voraussetzungen für eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage für Selbstversicherte in der Krankenversicherung (§ 76 Abs. 2 und 3) und über Form und Inhalt diesbezüglicher Anträge;
5. über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2. In diesen Richtlinien, die für die VertragspartnerInnen (§§ 338 ff.) verbindlich sind, sind jene Behandlungsmethoden anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger anzuwenden sind. Durch diese Richtlinien darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden;
6. über die Form der Inanspruchnahme sowie die Festsetzung und die Verrechnung des Kostenersatzes im Fall von Leistungen der Krankenversicherung an Personen mit dem Wohnsitz außerhalb des Sprengels des zuständigen Versicherungsträgers im Sinne des § 129 Abs. 5;

7. über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen; in diesen Richtlinien soll insbesondere auch unter Bedachtnahme auf die Art und Dauer der Erkrankung bestimmt werden, inwieweit Arzneyspezialitäten für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können; für Arzneyspezialitäten im gelben Bereich des Erstattungskodex, die an Stelle der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einer nachfolgenden Kontrolle unterliegen, ist in diesen Richtlinien eine einheitliche Dokumentation unter Beachtung einer Verordnung nach § 609 Abs. 9 festzulegen; durch die Richtlinien darf der Heilzweck nicht gefährdet werden;
8. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit der SV-Holding auf dem Gebiet der maschinellen (automationsunterstützten) Heilmittelabrechnung einschließlich Retaxierung und bei der Auswertung der Ergebnisse dieser Abrechnung mit dem Ziel der Vereinfachung des Abrechnungsvorganges und der Verbesserung der Überprüfungs-möglichkeiten;
9. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit der SV-Holding im Bereich des VertragspartnerInnenrechtes, der Leistungserbringung und Leistungsverrechnung sowie mit den Abgabenbehörden bei der Sozialversicherungsprüfung nach § 41a;
10. für die Befreiung von der Rezeptgebühr (Herabsetzung der Rezeptgebühr) sowie für die Befreiung vom Service-Entgelt bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der versicherten Person; 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 der versicherten Person sowie der Art und Dauer der Erkrankung vorzusehen; weiters ist nach Einbindung der 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 von der SV-Holding für die Versicherungsträger einzurichtendes Rezeptgebührenkonto zu verwalten;

11. für die Befreiung vom Zusatzbeitrag (Herabsetzung des Zusatzbeitrages) für Angehörige nach § 51d bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der versicherten Person; 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 der versicherten Person vorzusehen;
12. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Jugendlichenuntersuchungen (§ 132a);
13. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 132b);
14. für die Koordinierung der Aufgaben der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger bei der Gewährung freiwilliger Leistungen, insbesondere für das koordinierte Zusammenwirken bei der Behandlung von Anträgen;
15. für die Vorgangsweise, insbesondere das koordinierte Zusammenwirken, der Träger der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung bei der Behandlung und Beurteilung von Leistungsansprüchen und der Erbringung von Leistungen im Rahmen der Rehabilitation; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den § 307c Bedacht zu nehmen;
16. für das Zusammenwirken der SV-Holding und der Versicherungsträger zur Erreichung einer optimalen Auslastung der Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren), Kur-, Genesungs- und Erholungsheime und ähnlichen Einrichtungen im Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung;
17. über die Zusammenarbeit der Träger der Kranken- und Unfallversicherung bei der Durchführung der Unfallheilbehandlung im Sinne des § 194;
18. für die einheitliche Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes;
19. für die Beurteilung von Vermögensanlagen im Sinne des § 446 Abs. 1 und 2;
20. für die einheitliche Anwendung der Verordnungen der EG und der zwischenstaatlichen Abkommen im Bereich der Sozialen Sicherheit;

21. für die Festsetzung von Zuzahlungen nach den §§ 155 Abs. 3 und 307d Abs. 6 sowie für die Befreiung von Zuzahlungen bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit nach den §§ 154a Abs. 7, 155 Abs. 3, 302 Abs. 4 und 307d Abs. 6; dabei ist der in Betracht kommende Personenkreis nach allgemeinen Gruppenmerkmalen unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse zu umschreiben;
22. für die Festsetzung von Obergrenzen von Zuschüssen nach den §§ 155 Abs. 4 und 307d Abs. 2 Z 3 unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse der versicherten Person;
23. über Ausnahmen von der Meldungserstattung mittels Datenfernübertragung (§ 41);
24. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit der SV-Holding auf dem Gebiet eines automationsunterstützten Cash Managements mit dem Ziel der bestmöglichen Veranlagung der finanziellen Mittel und der größtmöglichen Verringerung der Geldverkehrskosten;
25. für den Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten für die Mitglieder der Verwaltungskörper unter Bedachtnahme auf § 3 Abs. 1 Gebührenstufe 3 der Reisegebührenvorschrift 1955, BGBl. Nr. 133;
26. für die Vorgangsweise, insbesondere das koordinierte Zusammenwirken, der Träger der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung zur Feststellung des Gesundheitszustandes der LeistungswerberInnen hinsichtlich der Versicherungsfälle der geminderten Arbeitsfähigkeit (Erwerbsunfähigkeit);
27. zur einheitlichen Vollzugspraxis der Versicherungsträger bzw. bestimmter Gruppen von Versicherungsträgern im Bereich des Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens sowie des Service-Entgelts samt Rückerstattung (§ 31c Abs. 3 bis 5) nach Anhörung der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretungen; diese Richtlinien sind mindestens ein Mal jährlich neu zu beschließen;
28. zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten der Versicherungsträger und der SV-Holding sowie der Bediensteten von Einrichtungen im Sinne des § 81 Abs. 2 unter Berücksichtigung des Inhalts der Kollektivverträge nach § 30a Abs. 1 Z 8 und Abs. 2;

29. zur Regelung von besonderen Fördermaßnahmen für Frauen unter Berücksichtigung des Inhalts der Kollektivverträge nach § 30a Abs. 1 Z 8 und Abs. 2;
30. für die Fachprüfungen der Sozialversicherungsbediensteten;
31. für die fachliche Aus- und Fortbildung der Sozialversicherungsbediensteten;
32. über die Gewährung von freiwilligen sozialen Zuwendungen an die Bediensteten der Sozialversicherungsträger (der HV-Holding), soweit es sich nicht um Zuwendungen für die im § 49 Abs. 3 Z 17 genannten Zwecke handelt, mit der Maßgabe, dass hierfür beim jeweiligen Versicherungsträger (bei der SV-Holding) ein Betrag im Ausmaß eines von der SV-Holding festzusetzenden Hundertsatzes der laufenden Bezüge aller Sozialversicherungsbediensteten im abgelaufenen Geschäftsjahr, höchstens jedoch 2,5 % dieser laufenden Bezüge, verwendet werden kann;
33. über die Vergabe von Leistungen durch die Versicherungsträger und die SV-Holding.
 - (2) Die SV-Holding hat ferner folgende verbindliche Normen aufzustellen:
 1. eine Mustersatzung (§ 455 Abs. 2);
 2. eine Musterkrankenordnung (§ 456 Abs. 2);
 3. eine Mustergeschäftsordnung (§ 456a Abs. 4) einschließlich Delegationsvorschriften;
 4. eine Verordnung über den Kostenbeitrag bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung (§ 153) und bei Behandlung in einer Spitalsambulanz (§ 26 KAKuG);

5. jährlich eine Verordnung für die Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, in der festgestellt wird, ob und in welcher Höhe ein Kostenbeitrag bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung (§ 153) und bei Behandlung in einer Spitalsambulanz (§ 26 KAKuG) im nächstfolgenden Kalenderjahr zu entrichten ist. Dies gilt nicht für die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau nach den §§ 472 Abs. 1 und 474 Abs. 1 versicherten Personen. Sie hat dabei insbesondere auf die im Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen vorhandenen Mittel sowie auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten Bedacht zu nehmen. Der Kostenbeitrag ist für die genannten Versicherungsträger einheitlich unter Zugrundelegung der von ihnen im Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres erbrachten tariflichen Leistungen festzusetzen;
6. eine Datenschutzverordnung für alle Sozialversicherungsträger.

(3) Die in den Abs. 1 und 2 genannten Richtlinien und Verordnungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend und dem Bundesminister für Finanzen. Handelt es sich jedoch ausschließlich um Angelegenheiten der Kranken- oder Unfallversicherung, so bedürfen diese Richtlinien und Verordnungen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen.

Verbindlichkeit von Richtlinien und Beschlüssen der SV-Holding

§ 30g. (1) Die von der SV-Holding aufgestellten Richtlinien und Normen sowie die im Rahmen ihres gesetzlichen Wirkungskreises gefassten Beschlüsse sind für die Versicherungsträger unmittelbar verbindlich.

(2) Die Beschlüsse der SV-Holding sind den betroffenen Versicherungsträgern nachweislich zur Kenntnis zu bringen.

Verlautbarung und Dokumentation

§ 30h. (1) Die Richtlinien und sonstigen Normen nach § 30f, die Standards für die Aus- und Fortbildung nach § 30a Abs. 1 Z 9 und der Erstattungskodex nach § 30e Abs. 1 Z 11 sind im Internet zu verlautbaren.

(2) Die nach den Sozialversicherungsgesetzen im Internet zu verlautbarenden Rechtsvorschriften und deren Änderungen müssen

1. jederzeit ohne Identitätsnachweis und sondergebührenfrei zugänglich sein;
2. ab 1. Jänner 2002 in ihrer verlaublichen Form vollständig und auf Dauer ermittelt werden können.

Die aus der Verlaublichen im Internet zusätzlich entstehenden Kosten sind von jenen Stellen zu tragen, die diese Verlaublichen vorzunehmen haben.

(3) Soweit der Verlaublichen nach Abs. 2 ihrem Inhalt nach rechtsverbindliche Kraft zukommt, beginnt diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlaublichen zur Abfrage. Tag und Uhrzeit der Freigabe sind bei jeder Verlaublichen anzugeben. Schreibfehler in Verlaublichen im Internet, ferner Verstöße gegen die innere Einrichtung der Verlaublichen (Nummerierungen, technische Verweisungen, Angabe des Freigabetages usw.), werden durch Kundmachung der SV-Holding berichtigt. Die technische Einrichtung der Verlaublichen im Internet gehört zu den Aufgaben der SV-Holding nach § 30e Abs. 1 Z 6.

(4) Die in § 30e Abs. 1 Z 4 bezeichnete Dokumentation ist unter besonderer Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsvorschriften (Gesetze, Satzungen, Krankenordnungen, Geschäftsordnungen, Richtlinien und dergleichen) und ihrer Änderungen, der hiezu ergangenen Rechtsprechung und wissenschaftlichen Bearbeitung sowie von Angelegenheiten grundsätzlicher Bedeutung aus dem administrativen Bereich in einer Weise aufzubauen und zu führen, dass sie im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, der Sozialversicherungsträger, der SV-Holding sowie für Zwecke der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes verwendbar ist. Die Dokumentation ist öffentlich und kostenlos im Internet zugänglich zu machen. Der durch den Aufbau und den Betrieb der Dokumentation entstehende Aufwand ist von der SV-Holding und vom Bundesministerium Soziales und Konsumentenschutz je zur Hälfte zu tragen.

Die SV-Holding als Dienstleisterin nach dem Datenschutzgesetz 2000

§ 30i. Die Versicherungsträger dürfen bei ihren Datenanwendungen andere Versicherungsträger, die SV-Holding und die Abgabenbehörden des Bundes als DienstleisterInnen im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, in Anspruch nehmen. Auch die SV-Holding darf Versicherungsträger als Dienstleister in Anspruch nehmen. Die SV-Holding ist in jenen Fällen, in denen sie auf Grund gesetzlicher Bestimmungen für die Versicherungsträger tätig wird, jedenfalls DienstleisterIn nach § 4 Z 5 in Verbindung mit den §§ 10 und 11 des Datenschutzgesetzes 2000. Die SV-Holding und die Versicherungsträger haften nicht für Nachteile, die bei der Erfüllung ihrer Auskunftspflichten im Sinne des § 30e Abs. 1 Z 3 lit. b auf Grund von Unvollständigkeiten oder Unrichtigkeiten der in ihren Anlagen enthaltenen Daten entstehen.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) Die in den §§ 23 bis 25 bezeichneten Versicherungsträger und die Träger der im § 2 Abs. 2 bezeichneten Sonderversicherungen werden zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im folgenden kurz Hauptverband genannt) zusammengefaßt.

(2) Dem Hauptverband obliegt

1. die Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung,
2. die zentrale Erbringung von Dienstleistungen für die Sozialversicherungsträger,
3. die Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger;
4. die Erlassung einer Verordnung über den Kostenbeitrag bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung (§ 153) und bei Behandlung in einer Spitalsambulanz (§ 26 KAKuG).

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

1. die Erstellung eines Leitbildes für die Sozialversicherung unter Bedachtnahme auf die Eigenwirtschaftlichkeit der einzelnen Versicherungsträger und die Gesamtwirtschaftlichkeit bei der Erfüllung der Aufgaben im Rahmen der Sozialen Sicherheit;

2. die ständige Beobachtung der Entwicklung der Sozialversicherung in ihren Beziehungen zur Volkswirtschaft und die Ausarbeitung konkreter Vorschläge bzw. die Durchführung von Maßnahmen zur Erhaltung der dauernden Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung ohne Überlastung der Volkswirtschaft; der Hauptverband hat hiezu ein versicherungsträgerübergreifendes Controlling unter vorausschauender und laufender Berücksichtigung der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung einzurichten;
3. die Erstattung von Gutachten und die Abgabe von Stellungnahmen in wichtigen und grundsätzlichen Fragen der Sozialversicherung;
4. die Forschung auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit;
5. die Vertretung der Sozialversicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten;
6. die Durchführung von Erhebungen, Umfragen, Enqueten und dergleichen in Angelegenheiten der Sozialversicherung, ferner die Veranstaltung von Tagungen (Kongressen) und Fachausstellungen und die Vertretung der Sozialversicherung gegenüber ausländischen Einrichtungen;
7. die Herausgabe der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ und weitere Initiativen auf dem Gebiet der Öffentlichkeitsarbeit unter Bedachtnahme auf die Richtlinien nach Abs. 5 Z 5;
8. die Gewährung von Rechtsschutz durch dazu befugte Personen in Streitfällen, die für die Sozialversicherung von grundsätzlichem Interesse sind;
9. die Erstellung von Richtlinien zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten der Versicherungsträger und des Hauptverbandes und der Abschluß der Kollektivverträge für die Versicherungsträger mit Ausnahme der Festsetzung der Mittel für Dienstordnungs-Pensionen nach § 460b und des Sicherungsbeitrages nach § 460c. In diesen Richtlinien bzw. Kollektivverträgen ist ein Zusatzbeitrag zum Sicherungsbeitrag nach § 460c festzusetzen; bei der Festlegung der Höhe dieses Zusatzbeitrages ist Bedacht zu nehmen
 - a) auf § 13a des Pensionsgesetzes 1965;

b) auf die Beitragssätze für die Dienstordnungs-Pension in den letzten sechs Monaten vor dem Stichtag für die Eigen- oder Hinterbliebenenpension oder für die Eigenpension, von der die Hinterbliebenenpension abgeleitet wird, wenn der jeweilige Stichtag vor dem 1. Jänner 2005 liegt und in diesem Zeitraum Anspruch auf einen monatlichen Bezug bestand, der die damals geltende monatliche Höchstbeitragsgrundlage überschritten hat.

Des Weiteren sind darin besondere Fördermaßnahmen für Frauen im Sinne der §§ 11 bis 11d des Bundes-Gleichbehandlungsgesetzes (B-GIBG), BGBl. Nr. 100/1993, vorzusehen. § 12 Abs. 1 und 2 B-GIBG ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der Hauptverband für sich und jeweils für die Versicherungsträger berichtet. Die Richtlinien dürfen den öffentlichen Interessen vom Gesichtspunkt des Sozialversicherungsrechtes nicht entgegenstehen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger nicht gefährden;

10. die Aufstellung von Vorschriften für die Fachprüfungen der Sozialversicherungsbediensteten;
11. der Abschluß von Gesamtverträgen mit den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte (Zahnärzte), Dentisten, Hebammen und anderer Vertragspartner der Sozialversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen des Sechsten Teiles;
12. die Herausgabe eines Erstattungskodex der Sozialversicherung für die Abgabe von Arzneyspezialitäten auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers im niedergelassen Bereich; in dieses Verzeichnis sind jene für Österreich zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneyspezialitäten aufzunehmen, die nach den Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patienten und Patientinnen im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) annehmen lassen. Die Arzneyspezialitäten sind nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ATC-Code) zu ordnen. Sie sind im Erstattungskodex jeweils einem der folgenden Bereiche zuzuordnen:

- a) Roter Bereich (red box): Dieser Bereich beinhaltet zeitlich befristet jene Arzneyspezialitäten, die erstmalig am österreichischen Markt lieferbar sind und für deren Aufnahme in den Erstattungskodex ein Antrag nach § 351c Abs. 1 gestellt wurde. Sie unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger nach Maßgabe der Richtlinie nach § 31 Abs. 5 Z 13. Zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit darf einem Sozialversicherungsträger für eine Arzneyspezialität dieses Bereiches der ermittelte EU-Durchschnittspreis verrechnet werden.
- b) Gelber Bereich (yellow box): Dieser Bereich beinhaltet jene Arzneyspezialitäten, die einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für Patienten und Patientinnen aufweisen und die aus medizinischen oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den grünen Bereich aufgenommen werden. Arzneyspezialitäten dieses Bereiches unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger nach Maßgabe der Richtlinie nach § 31 Abs. 5 Z 13. Bezieht sich die Aufnahme von Arzneyspezialitäten in diesen Bereich auch auf bestimmte Verwendungen (zB Gruppen von Krankheiten, ärztliche Fachgruppen, Altersstufen von Patient(inn)en, Mengenbegrenzung oder Darreichungsform), kann die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden. Zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit darf einem Sozialversicherungsträger für eine Arzneyspezialität dieses Bereiches höchstens der ermittelte EU-Durchschnittspreis verrechnet werden.
- c) Grüner Bereich (green box): Dieser Bereich beinhaltet jene Arzneyspezialitäten, deren Abgabe ohne ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger auf Grund ärztlicher Verschreibung medizinisch und gesundheitsökonomisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Aufnahme von Arzneyspezialitäten in diesen Bereich kann sich auch auf bestimmte Verwendungen (zB Gruppen von Krankheiten, ärztliche Fachgruppen, Altersstufen von Patient(inn)en oder Darreichungsform) beziehen.

d) Die Stoffe für magistrale Zubereitungen gelten als Teil des grünen Bereiches, es sei denn, sie werden auf Grund einer Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission ausdrücklich im gelben Bereich angeführt.

Arzneispezialitäten und Stoffe für magistrale Zubereitungen können nur dann als Leistung der Krankenbehandlung auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers abgegeben werden, wenn sie im Erstattungskodex angeführt sind (§ 350). In begründeten Einzelfällen ist die Erstattungsfähigkeit auch dann gegeben, wenn die Arzneispezialität nicht im Erstattungskodex angeführt ist, aber die Behandlung aus zwingenden therapeutische Gründen notwendig ist und damit die Verschreibung in diesen Einzelfällen nicht mit Arzneispezialitäten aus dem Erstattungskodex durchgeführt werden kann. Diese unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes. Die nähere Organisation und das Verfahren zur Herausgabe des Erstattungskodex regelt der Hauptverband in der Verordnung nach § 351g. Er hat dazu als beratendes Gremium eine Heilmittel-Evaluierungs-Kommission einzurichten;

13. die Definition von Kennzahlen betreffend die Kosten der Verwaltung und der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger sowie die jährliche Durchführung und Auswertung von Vergleichen zwischen diesen Kennzahlen auf der Grundlage der Ergebnisse der Kostenrechnung der einzelnen Versicherungsträger; die Ergebnisse dieser Vergleiche sind dem Vorstandsvorstand vorzulegen und zusammen mit dessen Beschluß den Versicherungsträgern und dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zur Kenntnis zu bringen;
 14. die Definition von Kennzahlen betreffend die einzelnen Leistungspositionen der Krankenversicherung sowie die jährliche Durchführung und Auswertung von Vergleichen zwischen diesen Kennzahlen auf der Grundlage der Ergebnisse der Erfolgsrechnung der einzelnen Krankenversicherungsträger; Z 13 zweiter Halbsatz ist anzuwenden.
- (4) Zu den zentralen Dienstleistungen im Sinne des Abs. 2 Z 2 gehören:
1. die Vergabe von einheitlichen Versicherungsnummern und deren Verknüpfung mit dem entsprechenden bereichsspezifischen Personenkennzeichen (§ 9 des E-Government-Gesetzes, BGBl. I Nr. 10/2004) zur Verwaltung personenbezogener Daten im Rahmen der der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben;

2. die Besorgung der Statistik der Sozialversicherung sowie der Statistik der Pflegevorsorge sowohl nach den im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zu erlassenden Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales als auch insoweit, als dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Hauptverbandes notwendig ist; in diesem Zusammenhang Aufbau und Führung einer Statistikdatenbank mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung;
- 3.a) die Errichtung und Führung einer zentralen Anlage zur Aufbewahrung und Verarbeitung der für die Versicherung bzw. den Leistungsbezug und das Pflegegeld bedeutsamen Daten aller nach den Vorschriften dieses oder eines anderen Bundesgesetzes versicherten Personen sowie Leistungsbezieher einschließlich der Leistungsbezieher nach den Landespflegegeldgesetzen;
- b) aufgrund der in dieser Anlage enthaltenen Daten nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten auf automationsunterstütztem Weg die Erfüllung der ausdrücklich gesetzlich geregelten Pflichten der Versicherungsträger zur Auskunftserteilung;
4. der Aufbau und die Führung einer Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechtes unter Bedachtnahme auf Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung nach Maßgabe des Abs. 10;
- 5.a) die Errichtung und der Betrieb eines zentralen Schulungszentrums für die fachliche Aus- und Weiterbildung der Sozialversicherungsbediensteten;
- b) die Vorsorge für die fachliche Information der Versicherungsvertreter;
6. die Festlegung (Form und Inhalt) einheitlicher Formulare, Datensatzaufbau und maschinell lesbarer Datenträger (Magnetbänder, Disketten, Chipkarten usw.) für den gesamten Vollzugsbereich der Sozialversicherung mit Ausnahme der in Abs. 5 Z 12 genannten Formulare sowie die Schaffung der technischen Voraussetzungen für die Kundmachung von Rechtsvorschriften im Internet;
7. die Erfüllung von Aufgaben nach Maßgabe von Richtlinien gemäß Abs. 5 Z 4, 14 und 21;
8. die Einrichtung und Führung des Pensionskontos nach Abschnitt 3 des APG; (Pensionsharmonisierungsgesetz,

9. die Mitwirkung bei der Durchführung der Pensionsversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g ASVG, nach § 3 Abs. 3 GSVG, nach § 4a BSVG und nach Art. II Abschnitt 2a AIVG, für die der Bund, das Arbeitsmarktservice oder ein öffentlicher Fonds Beiträge zu zahlen hat; der Hauptverband kann zur Verwaltungsvereinfachung Vereinbarungen mit dem Arbeitsmarktservice über die Durchführung der Meldungen und die Beitragsabfuhr treffen; diese Vereinbarungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Zustimmung des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit.

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

1. zur Erstellung von Dienstpostenplänen der Sozialversicherungsträger unter Berücksichtigung der Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sowie unter Bedachtnahme auf sich durch den Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung ergebende Rationalisierungspotentiale;
2. über die Gewährung von freiwilligen sozialen Zuwendungen an die Bediensteten der Sozialversicherungsträger (des Hauptverbandes), soweit es sich nicht um Zuwendungen für die im § 49 Abs. 3 Z 17 genannten Zwecke handelt, mit der Maßgabe, daß hiefür beim jeweiligen Versicherungsträger (beim Hauptverband) ein Betrag im Ausmaß eines vom Hauptverband festzusetzenden Hundertsatzes der laufenden Bezüge aller Sozialversicherungsbediensteten im abgelaufenen Geschäftsjahr, höchstens jedoch 2,5 vH dieser laufenden Bezüge, verwendet werden kann;
3. für die fachliche Aus- und Weiterbildung der Sozialversicherungsbediensteten;
4. für die Zusammenarbeit der Versicherungsträger untereinander und mit dem Hauptverband auf dem Gebiet der automationsunterstützten Datenverarbeitung mit dem Ziel der Herstellung kompatibler EDV-Strukturen und der gemeinsamen Entwicklung, Beschaffung und Anwendung der Software unter Beachtung der Grundsätze der Gesamtwirtschaftlichkeit und der Zweckmäßigkeit;
5. für die Koordinierung der Öffentlichkeitsarbeit der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes;
6. über die Vergabe von Leistungen durch die Sozialversicherungsträger und den Hauptverband;

7. zur Erhebung und Verarbeitung der für die Versicherung bzw. den Leistungsbezug und das Pflegegeld bedeutsamen Daten aller nach den Vorschriften dieses oder eines anderen Bundesgesetzes versicherten Personen und Leistungsbezieher;
8. über die einheitliche Verwendung der Beitragsgruppen, der Symbole und die den einzelnen Beitragsgruppen zugehörigen Versichertenkategorien;
9. über die Beurteilung der Voraussetzungen für eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage für Selbstversicherte in der Krankenversicherung (§ 76 Abs. 2 und 3) und über Form und Inhalt diesbezüglicher Anträge;
10. über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2. In diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner (§§ 338 ff) verbindlich sind, sind jene Behandlungsmethoden anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (zB für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger anzuwenden sind. Durch diese Richtlinien darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden;
11. über die Form der Inanspruchnahme sowie die Festsetzung und die Verrechnung des Kostenersatzes im Falle von Leistungen der Krankenversicherung an Personen mit dem Wohnsitz außerhalb des Sprengels des zuständigen Versicherungsträgers im Sinne des § 129 Abs. 5;
12. Aufgehoben.
13. über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen; in diesen Richtlinien soll insbesondere auch unter Bedachtnahme auf die Art und Dauer der Erkrankung bestimmt werden, inwieweit Arzneyspezialitäten für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können; für Arzneyspezialitäten im gelben Bereich des Erstattungskodex, die an Stelle der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einer nachfolgenden Kontrolle unterliegen, ist in diesen Richtlinien eine einheitliche Dokumentation unter Beachtung einer Rahmenvereinbarung oder Verordnung nach § 609 Abs. 9 festzulegen; durch die Richtlinien darf der Heilzweck nicht gefährdet werden;
- 13a. Aufgehoben.

14. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Hauptverband auf dem Gebiet der maschinellen (automationsunterstützten) Heilmittelabrechnung einschließlich Retaxierung und bei der Auswertung der Ergebnisse dieser Abrechnung mit dem Ziel der Vereinfachung des Abrechnungsvorganges und der Verbesserung der Überprüfungsmöglichkeiten;
15. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Hauptverband im Bereich des Vertragspartnerrechtes, der Leistungserbringung und Leistungsverrechnung sowie mit den Abgabenbehörden bei der Sozialversicherungsprüfung nach § 41a;
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 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 .für die Befreiung vom Zusatzbeitrag (Herabsetzung des Zusatzbeitrages) für Angehörige nach § 51d 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 vorzusehen;
- 16b. Aufgehoben
17. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Jugendlichenuntersuchungen (§ 132 a);

18. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 132 b);
19. für die Koordinierung der Aufgaben der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger bei der Gewährung freiwilliger Leistungen, insbesondere für das koordinierte Zusammenwirken bei der Behandlung von Anträgen;
20. für die Vorgangsweise, insbesondere das koordinierte Zusammenwirken, der Träger der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung bei der Behandlung und Beurteilung von Leistungsansprüchen und der Erbringung von Leistungen im Rahmen der Rehabilitation; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den § 307 c Bedacht zu nehmen;
21. für das Zusammenwirken des Hauptverbandes und der Versicherungsträger zur Erreichung einer optimalen Auslastung der Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren), Kur-, Genesungs- und Erholungsheime und ähnlichen Einrichtungen im Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung;
22. über die Zusammenarbeit der Träger der Kranken- und Unfallversicherung bei der Durchführung der Unfallheilbehandlung im Sinne des § 194;
23. für die einheitliche Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes;
24. für die Beurteilung von Vermögensanlagen im Sinne des § 446 Abs. 1 und 2;
25. für die einheitliche Anwendung der Verordnungen der EG und der zwischenstaatlichen Abkommen im Bereich der Sozialen Sicherheit;
26. für die Zusammenarbeit der Versicherungsträger auf Landesebene, soweit davon nicht ein Regelungsbereich betroffen wird, der Gegenstand einer anderen Richtlinie ist oder zu sein hätte;
26. für die Zusammenarbeit der Versicherungsträger auf Landesebene, soweit davon nicht ein Regelungsbereich betroffen wird, der Gegenstand einer anderen Richtlinie ist oder zu sein hätte;

27. für die Festsetzung von Zuzahlungen gemäß den §§ 155 Abs. 3 und 307 d Abs. 6 sowie für die Befreiung von Zuzahlungen bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit gemäß den §§ 154 a Abs. 7, 155 Abs. 3, 302 Abs. 4 und 307 d Abs. 6; hiebei ist der in Betracht kommende Personenkreis nach allgemeinen Gruppenmerkmalen unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse zu umschreiben;
28. für die Festsetzung von Obergrenzen von Zuschüssen gemäß den §§ 155 Abs. 4 und 307 d Abs. 2 Z 3 unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse des (der) Versicherten;
29. über Ausnahmen von der Meldungserstattung mittels Datenfernübertragung (§ 41);
30. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Hauptverband auf dem Gebiet eines automationsunterstützten Cash Managements mit dem Ziel der bestmöglichen Veranlagung der finanziellen Mittel und der größtmöglichen Verringerung der Geldverkehrskosten;
31. für den Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten für die Mitglieder der Verwaltungskörper unter Bedachtnahme auf § 3 Abs. 1 Gebührenstufe 3 der Reisegebührenvorschrift 1955, BGBl. Nr. 133;
32. für die Vorgangsweise, insbesondere das koordinierte Zusammenwirken, der Träger der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung zur Feststellung des Gesundheitszustandes der Leistungswerber hinsichtlich der Versicherungsfälle der geminderten Arbeitsfähigkeit (Erwerbsunfähigkeit);
33. aufgehoben;
34. zur einheitlichen Vollzugspraxis der Versicherungsträger bzw. bestimmter Gruppen von Versicherungsträgern im Bereich des Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens sowie des Service-Entgelts samt Rückerstattung (§ 31c Abs. 3 bis 5) nach Anhörung der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretungen; diese Richtlinien sind mindestens ein Mal jährlich neu zu beschließen.

(5a) Der Hauptverband hat für die Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz jährlich eine Verordnung zu erlassen, in der festgestellt wird, ob und in welcher Höhe ein Kostenbeitrag bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung (§ 153) und bei Behandlung in einer Spitalsambulanz (§ 26 KAKuG) im nächstfolgenden Kalenderjahr zu entrichten ist. Dies gilt nicht für die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau nach den §§ 472 Abs. 1 und 474 Abs. 1 versicherten Personen. Er hat hiebei insbesondere auf die im Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger vorhandenen Mittel sowie auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten Bedacht zu nehmen. Der Kostenbeitrag ist für die genannten Versicherungsträger einheitlich unter Zugrundelegung der von ihnen im Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres erbrachten tariflichen Leistungen festzusetzen. Diese Verordnung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des der Trägerkonferenz und der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen.

(6) Die vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien und im Rahmen seines gesetzlichen Wirkungsbereiches gefaßten Beschlüsse sind für die im Hauptverband zusammengefaßten Versicherungsträger verbindlich; jedoch gelten die gemäß Abs. 5 Z 12 aufgestellten Richtlinien nicht für die Träger der nach den Vorschriften über die Gewerbliche Selbständigenkrankenversicherung und über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter geregelten Krankenversicherung.

(7) Der Zustimmung des Hauptverbandes bedürfen Beschlüsse der Verwaltungskörper der Versicherungsträger

1. über die Erwerbung, Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden, die Zwecken der Verwaltung, der Krankenbehandlung, der Anstaltspflege, der Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen, der Erbringung von Zahnbehandlung oder Zahnersatz, der Unfallheilbehandlung, der Rehabilitation, der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, der Krankheitsverhütung oder der Gesundheitsvorsorge dienen sollen, und über die Erwerbung, Errichtung oder Erweiterung von derartigen Zwecken dienenden Einrichtungen in fremden Gebäuden; das gleiche gilt für Umbauten von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist; nach Abschluß des Bauvorhabens ist dem Hauptverband eine von den zuständigen Verwaltungskörpern des Versicherungsträgers gebilligte Schlußabrechnung vorzulegen;

2. über die Erstellung von Dienstpostenplänen (§ 460 Abs. 1), soweit sich diese auf folgende Gehaltsgruppen der Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs (DO.A) erstrecken:

Gehaltsgruppe F - Höherer Dienst,

Gehaltsgruppe G - Leitender Dienst.

In den Fällen der Z 1 hat der Hauptverband vor Erteilung der Zustimmung eine Bedarfsprüfung, die sich auf den Bereich der gesamten Sozialversicherung zu erstrecken hat, vorzunehmen; die Zustimmung ist nur dann zu erteilen, wenn ein Bedarf gegeben ist.

(8) Die Richtlinien nach Abs. 3 Z 9 und nach Abs. 5, die Vorschriften nach Abs. 3 Z 10 und der Erstattungskodex nach Abs. 3 Z 12 sind im Internet zu verlautbaren. Die Richtlinien gemäß § 31 Abs. 3 Z 9 können entsprechend den Abschlüssen der Kollektivverträge für die Versicherungsträger auch rückwirkend geändert werden.

(9) Die nach den Sozialversicherungsgesetzen im Internet zu verlautbarenden Rechtsvorschriften und deren Änderungen müssen

1. jederzeit ohne Identitätsnachweis und sondergebührenfrei zugänglich sein;
2. ab 1. Jänner 2002 in ihrer verlautbarten Form vollständig und auf Dauer ermittelt werden können.

Die aus der Verlautbarung im Internet zusätzlich entstehenden Kosten sind von jenen Stellen zu tragen, die diese Verlautbarung vorzunehmen haben.

(9a) Soweit der Verlautbarung nach Abs. 9 ihrem Inhalt nach rechtsverbindliche Kraft zukommt, beginnt diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlautbarung zur Abfrage. Tag und Uhrzeit der Freigabe sind bei jeder Verlautbarung anzugeben. Schreibfehler in Verlautbarungen im Internet, ferner Verstöße gegen die innere Einrichtung der Verlautbarung (Nummerierungen, technische Verweisungen, Angabe des Freigabetages usw.), werden durch Kundmachung des Hauptverbandes berichtigt. Die technische Einrichtung der Verlautbarung im Internet gehört zu den Aufgaben des Hauptverbandes nach Abs. 4 Z 6.

(10) Die in Abs. 4 Z 4 bezeichnete Dokumentation ist unter besonderer Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsvorschriften (Gesetze, Satzungen, Krankenordnungen, Geschäftsordnungen, Richtlinien und dergleichen) und ihrer Änderungen, der hiezu ergangenen Rechtsprechung und wissenschaftlichen Bearbeitung sowie von Angelegenheiten grundsätzlicher Bedeutung aus dem administrativen Bereich in einer Weise aufzubauen und zu führen, daß sie im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, der Sozialversicherungsträger, des Hauptverbandes sowie für Zwecke der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes verwendbar ist. Der Zugriff zur Dokumentation ist auch den Gerichten, Universitäten und Stellen der Gebietskörperschaften, sofern die von letzteren betriebenen Rechtsdokumentationen auch der Sozialversicherung kostenlos zugänglich gemacht werden, zu ermöglichen. Die Dokumentation ist nach Maßgabe der technischen und organisatorischen Möglichkeiten gegen Ersatz der dadurch zusätzlich entstehenden Kosten den gesetzlichen beruflichen Vertretungen und anderen Stellen und Personen zugänglich zu machen; dieser Kostenersatz kann, wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, in einer nach dem durchschnittlichen Ausmaß der Inanspruchnahme bemessenen Pauschalabgeltung festgesetzt werden. Der durch den Aufbau und den Betrieb der Dokumentation entstehende Aufwand ist, soweit er nicht durch die Kostenersätze der abfragenden Stellen gedeckt wird und soweit er nicht ausschließlich Interessen des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales dient und daher von diesem im Rahmen der Kostenersätze zu ersetzen ist, vom Hauptverband und vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales je zur Hälfte zu tragen. Über den Aufbau und die Führung der Dokumentation (oder eines ihrer Teile) können mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales auch Vereinbarungen mit anderen Personen abgeschlossen werden, soweit dadurch Kosten eingespart werden können. In solchen Vereinbarungen ist vorzusehen, daß

1. die für die Dokumentation gespeicherten Daten nach Auflösung der Vereinbarung für die Dokumentation erhalten bleiben und
2. die Entscheidungsbefugnis über den Inhalt der Dokumentation und dessen Speicherungsorganisation durch sie nicht verändert wird.

(11) Die Versicherungsträger dürfen bei ihren Datenanwendungen andere Versicherungsträger, den Hauptverband und die Abgabenbehörden des Bundes als Dienstleister im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, in Anspruch nehmen. Auch der Hauptverband darf Versicherungsträger als Dienstleister in Anspruch nehmen. Der Hauptverband ist in jenen Fällen, in denen er auf Grund gesetzlicher Bestimmungen für die Versicherungsträger tätig wird, jedenfalls Dienstleister nach § 4 Z 5 des Datenschutzgesetzes 2000 in Verbindung mit den §§ 10 und 11 des Datenschutzgesetzes 2000. Der Hauptverband und die Versicherungsträger haften nicht für Nachteile, die bei der Erfüllung ihrer Auskunftspflichten im Sinne des Abs. 4 Z 3 lit. b auf Grund von Unvollständigkeits- oder Unrichtigkeiten der in ihren Anlagen enthaltenen Daten entstehen.

12) Der Hauptverband ist verpflichtet, eine Datenschutzverordnung für alle Sozialversicherungsträger zu erlassen und im Internet zu veröffentlichen.

4. UNTERABSCHNITT

Rechtliche Stellung der Versicherungsträger und der SV-Holding

§ 31. (1) (**Verfassungsbestimmung**) Die Versicherungsträger und die SV-Holding sind nach dem Prinzip der Selbstverwaltung eingerichtete Körperschaften öffentlichen Rechts. Die Versicherungsträger sowie alle sozialversicherten Personen und ihre DienstgeberInnen sind Mitglieder der SV-Holding. Der SV-Holding kommt als Dienstleisterin und Normsetzerin im eigenen Wirkungsbereich die weisungsfreie Wahrnehmung allgemeiner, insbesondere steuernder Aufgaben durch Vereinbarung und Vorgabe verbindlicher Ziele für die Versicherungsträger und die Sicherstellung dieser Ziele zu. Die Versicherungsträger haben die Sozialversicherung nach den Vorgaben der SV-Holding durchzuführen.

(2) Die Versicherungsträger und die SV-Holding sind berechtigt, das Wappen der Republik Österreich in Siegeln, Drucksorten und Aufschriften zu führen.

(3) Der allgemeine Gerichtsstand der Versicherungsträger und der SV-Holding ist das sachlich und örtlich zuständige Gericht ihres Sitzes.

4. UNTERABSCHNITT

Elektronisches Verwaltungssystem und Elektronische Gesundheitsakte

Grundlagen des Elektronischen Verwaltungssystems (ELSY)

§ 31a. (1) Der Hauptverband hat für den gesamten Vollzugsbereich der Sozialversicherung ein elektronisches Verwaltungssystem (im folgenden ELSY genannt) flächendeckend einzuführen und dessen Betrieb sicherzustellen. Das ELSY hat die Verwaltungsabläufe zwischen Versicherten, Dienstgebern, Vertragspartnern und diesen gleichgestellten Personen sowie Sozialversicherungsträgern zu unterstützen und ist so zu gestalten, daß die von den Sozialversicherungsträgern zu vollziehenden Gesetze weitgehend ohne papierschriftliche Unterlagen vollzogen werden können. Seine Bestandteile (Chipkarten, autorisierte Lesegeräte, Programme) sind verbindlich im Rahmen der jeweils vorgesehenen Aufgaben zu verwenden.

(2) unverändert.

(3) Auf den innerhalb des ELSY zu verwendenden Chipkarten dürfen nur folgende Daten gespeichert werden:

1. Angaben zur Person, für die die Chipkarte ausgestellt wurde:

a) unverändert.

b) Versicherungsnummer (§ 31 Abs. 4 Z 1)

2. und 3. unverändert.

Es ist Vorsorge zu treffen, dass der Zugang zu elektronisch gespeicherten personenbezogenen Daten mittels der innerhalb des ELSY zu verwendenden Chipkarten bis spätestens 31. Dezember 2010 durch PIN oder biometrische Merkmale abgesichert wird.

(4) Bestandteile des ELSY dürfen für andere als Sozialversicherungszwecke nur mit bundesgesetzlicher Ermächtigung und nur so weit verwendet werden, als dies mit dem Zweck des ELSY nicht unvereinbar (§ 6 Abs. 1 Z 2 DSGVO 2000) ist. Zu Fragen der Unvereinbarkeit neuer Verwendungszwecke sowie zu Fragen der Speicherung von Daten auf den innerhalb des ELSY zu verwendenden Chipkarten ist der Datenschutzrat unter Setzung einer angemessenen Frist anzuhören. Bestandteile des ELSY dürfen jedenfalls für folgende andere als Sozialversicherungszwecke verwendet werden:

1. bis 4. unverändert.

5. UNTERABSCHNITT

Elektronisches Verwaltungssystem und Elektronische Gesundheitsakte

Grundlagen des Elektronischen Verwaltungssystems (ELSY)

§ 31a. (1) Die SV-Holding hat für den gesamten Vollzugsbereich der Sozialversicherung ein elektronisches Verwaltungssystem (im folgenden ELSY genannt) flächendeckend einzuführen und dessen Betrieb sicherzustellen. Das ELSY hat die Verwaltungsabläufe zwischen Versicherten, Dienstgebern, Vertragspartnern und diesen gleichgestellten Personen sowie Sozialversicherungsträgern zu unterstützen und ist so zu gestalten, daß die von den Sozialversicherungsträgern zu vollziehenden Gesetze weitgehend ohne papierschriftliche Unterlagen vollzogen werden können. Seine Bestandteile (Chipkarten, autorisierte Lesegeräte, Programme) sind verbindlich im Rahmen der jeweils vorgesehenen Aufgaben zu verwenden.

(2) unverändert.

(3) Auf den innerhalb des ELSY zu verwendenden Chipkarten dürfen nur folgende Daten gespeichert werden:

1. Angaben zur Person, für die die Chipkarte ausgestellt wurde:

a) unverändert.

b) Versicherungsnummer (§ 30e Abs. 1 Z 1)

2. und 3. unverändert.

Es ist Vorsorge zu treffen, dass der Zugang zu elektronisch gespeicherten personenbezogenen Daten mittels der innerhalb des ELSY zu verwendenden Chipkarten bis spätestens 31. Dezember 2010 durch PIN oder biometrische Merkmale abgesichert wird.

(4) Bestandteile des ELSY dürfen für andere als Sozialversicherungszwecke nur mit bundesgesetzlicher Ermächtigung und nur so weit verwendet werden, als dies mit dem Zweck des ELSY nicht unvereinbar (§ 6 Abs. 1 Z 2 DSGVO 2000) ist. Zu Fragen der Unvereinbarkeit neuer Verwendungszwecke sowie zu Fragen der Speicherung von Daten auf den innerhalb des ELSY zu verwendenden Chipkarten ist der Datenschutzrat unter Setzung einer angemessenen Frist anzuhören. Bestandteile des ELSY dürfen jedenfalls für folgende andere als Sozialversicherungszwecke verwendet werden:

1. bis 4. unverändert.

Der durch die Verwendung von Bestandteilen des ELSY für diese Zwecke entstehende Aufwand ist dem Hauptverband jeweils nach Maßgabe einer vertraglichen Regelung zu vergüten.

(4a) bis (6) unverändert.

(7) Der Hauptverband hat nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten den Krankenanstalten für deren Leistungserbringung und –verrechnung auf automationsunterstütztem Weg über das elektronische Verwaltungssystem (§ 31a) durch Verwendung der e-card Auskünfte zur Feststellung von Ansprüchen der Versicherten aus der Krankenversicherung zu erteilen. Die Krankenversicherungsträger haben die für diese Auskunftserteilung notwendigen Daten (Sozialversicherungsnummer, Vorname, Familienname, Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, leistungszuständiger Sozialversicherungsträger, Versicherungsart, Geld- oder Sachleistungsberechtigung, Versichertenkategorie, Gebührenbefreiung) bereit zu stellen. Für Fälle, in denen in der Krankenanstalt keine e-card vorgelegt wird, ist ebenfalls eine gesicherte online-Prüfungsmöglichkeit von Versicherungsansprüchen mittels der Sozialversicherungsnummer, der Europäischen Krankenversicherungskarte oder eines gleichwertigen Anspruchsnachweises vorzusehen.

Durchführung des ELSY

§ 31b. (1) Der Hauptverband ist zur Durchführung der in § 31a getroffenen Anordnungen ermächtigt,

1. unverändert.
2. die Beteiligung von juristischen Personen an der von ihm errichteten Gesellschaft mit beschränkter Haftung zuzulassen,
3. unverändert.

eine Beteiligung nach Z 2 oder nach Z 3 ist nur dann zulässig, wenn sie an oder von juristischen Personen erfolgt, die der Kontrolle des Rechnungshofes unterliegen (Art. 121 Abs. 1 B-VG), und dem Hauptverband maßgeblicher Einfluß auf die Geschäftsführung jener juristischen Person zukommt, die das ELSY betreibt. Die Verantwortlichkeit des Hauptverbandes und der Versicherungsträger als datenschutzrechtliche Auftraggeber bleibt auch im Fall der Errichtung oder Beteiligung an einer juristischen Person im Sinne der Z 1 bis 3 unberührt.

Der durch die Verwendung von Bestandteilen des ELSY für diese Zwecke entstehende Aufwand ist der SV-Holding jeweils nach Maßgabe einer vertraglichen Regelung zu vergüten.

(4a) bis (6) unverändert.

(7) Die SV-Holding hat nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten den Krankenanstalten für deren Leistungserbringung und –verrechnung auf automationsunterstütztem Weg über das elektronische Verwaltungssystem (§ 31a) durch Verwendung der e-card Auskünfte zur Feststellung von Ansprüchen der Versicherten aus der Krankenversicherung zu erteilen. Die Krankenversicherungsträger haben die für diese Auskunftserteilung notwendigen Daten (Sozialversicherungsnummer, Vorname, Familienname, Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, leistungszuständiger Sozialversicherungsträger, Versicherungsart, Geld- oder Sachleistungsberechtigung, Versichertenkategorie, Gebührenbefreiung) bereit zu stellen. Für Fälle, in denen in der Krankenanstalt keine e-card vorgelegt wird, ist ebenfalls eine gesicherte online-Prüfungsmöglichkeit von Versicherungsansprüchen mittels der Sozialversicherungsnummer, der Europäischen Krankenversicherungskarte oder eines gleichwertigen Anspruchsnachweises vorzusehen.

Durchführung des ELSY

§ 31b. (1) Die SV-Holding ist zur Durchführung der in § 31a getroffenen Anordnungen ermächtigt,

1. unverändert.
2. die Beteiligung von juristischen Personen an der von ihr errichteten Gesellschaft mit beschränkter Haftung zuzulassen,
3. unverändert.

eine Beteiligung nach Z 2 oder nach Z 3 ist nur dann zulässig, wenn sie an oder von juristischen Personen erfolgt, die der Kontrolle des Rechnungshofes unterliegen (Art. 121 Abs. 1 B-VG), und der SV-Holding maßgeblicher Einfluß auf die Geschäftsführung jener juristischen Person zukommt, die das ELSY betreibt. Die Verantwortlichkeit der SV-Holding und der Versicherungsträger als datenschutzrechtliche Auftraggeber bleibt auch im Fall der Errichtung oder Beteiligung an einer juristischen Person im Sinne der Z 1 bis 3 unberührt.

(2) Beschlüsse des Hauptverbandes zur Ausübung der nach Abs. 1 vorgesehenen Ermächtigungen bedürfen der Zustimmung von drei Vierteln der Mitglieder der Trägerkonferenz. Die Ausübung der aus der Gesellschaftsgründung nach Abs. 1 resultierenden Gesellschafterrechte des Hauptverbandes bedarf - unbeschadet jener Rechte nach dem Gesetz über Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die anderen juristischen Personen aus einer Beteiligung an dieser Gesellschaft zustehen – in folgenden Angelegenheiten der Zustimmung von drei Vierteln der Mitglieder der Trägerkonferenz:

1. Bestellung und Abberufung von Geschäftsführern einschließlich des Abschlusses und der Beendigung des Anstellungsvertrages und der Festlegung seines Inhaltes;
2. Bestellung und Abberufung von Aufsichtsratsmitgliedern;
3. Änderungen des Gesellschaftsvertrages;
4. Auflösung der Gesellschaft;
5. Verfügungen über Geschäftsanteile der Gesellschaft;
6. Beschlüsse, mit denen Weisungen an die Gesellschaftsorgane in den Angelegenheiten des § 442d Abs. 2 erteilt werden, soweit solche Angelegenheiten von der Gesellschaft besorgt werden, sowie Beschlüsse, mit denen eine Geschäftsordnung für die Geschäftsführung der Gesellschaft festgelegt oder sonst wie die Aufgabenverteilung zwischen den Geschäftsführern geregelt wird.

(2) Eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung nach Abs. 1 Z 1 gilt als durch Gesetz eingerichteter Rechtsträger des öffentlichen Bereiches im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 und als Versicherungsträger im Sinne der §§ 109 und 110.

Ebenso kann die Trägerkonferenz mit einer Mehrheit von drei Vierteln seiner Mitglieder ein Schlichtungsverfahren in den Angelegenheiten nach Z 1 und 2 für den Fall vorsehen, dass ein beantragter Beschluss in solchen Angelegenheiten zwar eine absolute Stimmenmehrheit, nicht aber die erforderliche Zustimmung von drei Vierteln der Mitglieder der Trägerkonferenz erreicht. Die auf Grund eines solchen Schlichtungsverfahrens ergehende Entscheidung ersetzt die Beschlussfassung der Trägerkonferenz. Solange der Hauptverband an der auf Grund von Abs. 1 Z 1 errichteten Gesellschaft mit mehr als 50% der Geschäftsanteile beteiligt ist, ist der Vorsitzende des Aufsichtsrates der Gesellschaft aus den auf Vorschlag der Trägerkonferenz zu bestellenden Aufsichtsratsmitgliedern der Gesellschaft zu wählen. Schlagen drei Aufsichtsratsmitglieder der genannten Gruppe ein Mitglied für die Funktion des Vorsitzenden vor, so ist nur dieses Mitglied zum Vorsitzenden des Aufsichtsrates wählbar. Eine solche Gesellschaft mit beschränkter Haftung hat zwei Geschäftsführer zu haben. Des Weiteren gilt eine solche Gesellschaft mit beschränkter Haftung als durch Gesetz eingerichteter Rechtsträger des öffentlichen Bereiches im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 und als Versicherungsträger im Sinne der §§ 109 und 110. Die Finanzierung einer solchen Gesellschaft erfolgt durch die Versicherungsträger im Sinne der Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel für die Verbandszwecke (Hauptverband). Wird zur Wahrung der Aufgaben als Gesellschafter der genannten Gesellschaft ein Ausschuss nach § 442c Abs. 1 gebildet, so gehören diesem der Präsident, der erste Stellvertreter und der zweite Stellvertreter an.

(3) unverändert.

(4) Näheres über die Organisation und Technik des ELSY sowie über seine Verwendung ist durch Verordnung des Hauptverbandes nach Maßgabe der technischen Entwicklung und der volkswirtschaftlichen Zweckmäßigkeit von Chipkartensystemen zu regeln. Diese Verordnung bedarf der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen. Sie ist im Internet zu verlautbaren (§ 31 Abs. 9).

Krankenscheinersatz

§ 31c. (1) unverändert.

(2) Für die e-card ist von der anspruchsberechtigten Person ein Service-Entgelt von 10 € pro Kalenderjahr für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Das Service-Entgelt ist nicht zu zahlen von

1. bis 5. unverändert.

(3) unverändert.

(4) Näheres über die Organisation und Technik des ELSY sowie über seine Verwendung ist durch Verordnung der SV-Holding nach Maßgabe der technischen Entwicklung und der volkswirtschaftlichen Zweckmäßigkeit von Chipkartensystemen zu regeln. Diese Verordnung bedarf der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen. Sie ist im Internet zu verlautbaren (§ 30h Abs. 2).

Krankenscheinersatz

§ 31c. (1) unverändert.

(2) Für die e-card ist von der anspruchsberechtigten Person ein Service-Entgelt von 10 € pro Kalenderjahr für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Das Service-Entgelt ist nicht zu zahlen von

1. bis 5. unverändert.

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

7. bis 9. unverändert.

(3) unverändert.

(4) Auf das Service-Entgelt sind die Vorschriften über die allgemeinen Beiträge entsprechend anzuwenden. Der Hauptverband kann für die Einhebung und Abfuhr der Service-Entgelte abweichende Bestimmungen in den Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 34 vorsehen.

(5) unverändert.

Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

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

5. UNTERABSCHNITT

6. UNTERABSCHNITT

Meldungen zur Durchführung eines Jahresausgleiches

§ 34a. Zur Durchführung des im § 58 a geregelten Jahresausgleiches haben die Dienstgeber (§ 35) der dort bezeichneten Gruppen von Versicherten dem zuständigen Versicherungsträger Meldungen über die Höhe des in den Beitragszeiträumen des abgelaufenen Kalenderjahres von diesen Personen tatsächlich erzielten Arbeitsverdienstes einschließlich der fällig gewordenen Sonderzahlungen bis längstens 31. Jänner des folgenden Kalenderjahres zu erstatten. In den nach § 41 Abs. 3 vom Hauptverband zu erlassenden verbindlichen Richtlinien über Form und Inhalt der Meldungen (Anzeigen, Listen) sind auch Bestimmungen über die vorstehenden Meldungen aufzunehmen.

Meldung über die Dauer des Präsenz- oder Ausbildungsdienstes

§ 37c. Das Bundesministerium für Landesverteidigung hat für die im § 8 Abs. 1 Z 1 lit. c genannten Personen den Beginn, das Ende und die Art des Präsenz- oder Ausbildungsdienstes sowie den Evidenzbereich dem Hauptverband auf automationsunterstütztem Wege mitzuteilen. Das Nähere über die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Mitteilung hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Landesverteidigung durch Verordnung festzusetzen.

6. Personen, die auf Grund der Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 11 hievon befreit sind,

7. bis 9. unverändert.

(3) unverändert.

(4) Auf das Service-Entgelt sind die Vorschriften über die allgemeinen Beiträge entsprechend anzuwenden. Die SV-Holding kann für die Einhebung und Abfuhr des Service-Entgelts abweichende Bestimmungen in den Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 27 vorsehen.

(5) unverändert.

Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

§ 31d. Die SV-Holding hat sich an der Planung zur Einführung und Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zu beteiligen.

5. UNTERABSCHNITT Aufgehoben.

6. UNTERABSCHNITT Aufgehoben.

Meldungen zur Durchführung eines Jahresausgleiches

§ 34a. Zur Durchführung des im § 58 a geregelten Jahresausgleiches haben die Dienstgeber (§ 35) der dort bezeichneten Gruppen von Versicherten dem zuständigen Versicherungsträger Meldungen über die Höhe des in den Beitragszeiträumen des abgelaufenen Kalenderjahres von diesen Personen tatsächlich erzielten Arbeitsverdienstes einschließlich der fällig gewordenen Sonderzahlungen bis längstens 31. Jänner des folgenden Kalenderjahres zu erstatten. In den nach § 41 Abs. 3 von der SV-Holding zu erlassenden verbindlichen Richtlinien über Form und Inhalt der Meldungen (Anzeigen, Listen) sind auch Bestimmungen über die vorstehenden Meldungen aufzunehmen.

Meldung über die Dauer des Präsenz- oder Ausbildungsdienstes

§ 37c. Das Bundesministerium für Landesverteidigung hat für die im § 8 Abs. 1 Z 1 lit. c genannten Personen den Beginn, das Ende und die Art des Präsenz- oder Ausbildungsdienstes sowie den Evidenzbereich der SV-Holding auf automationsunterstütztem Wege mitzuteilen. Das Nähere über die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Mitteilung hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Landesverteidigung durch Verordnung festzusetzen.

Meldung über die Dauer des ordentlichen Zivildienstes

§ 37d. Das Bundesministerium für Inneres hat für die pflichtversicherten Zivildienstleistenden den Beginn, das Ende und die Art des ordentlichen Zivildienstes dem Hauptverband auf automationsunterstütztem Wege mitzuteilen. Das Nähere über die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Mitteilung hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Inneres durch Verordnung festzusetzen.

Form der Meldungen

§ 41. (1) Die Meldungen nach § 33 Abs. 1 und 2 sowie nach § 34 Abs. 1 sind mittels elektronischer Datenfernübertragung in den vom Hauptverband festgelegten einheitlichen Datensätzen (§ 31 Abs. 4 Z 6) zu erstatten.

(2) und (3) unverändert.

(4) Meldungen dürfen nur dann außerhalb elektronischer Datenfernübertragung ordnungsgemäß erstattet werden, soweit dies in Richtlinien des Hauptverbandes (§ 31 Abs. 5 Z 29) vorgesehen ist. Diese Richtlinien haben

1. bis 3. unverändert.

(5) und (6) unverändert.

Entgelt

§ 49. (1) bis (3) unverändert.

(4) Der Hauptverband kann, wenn dies zur Wahrung einer einheitlichen Beurteilung der Beitragspflicht bzw. Beitragsfreiheit von Bezügen dient, nach Anhörung der Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber feststellen, ob und inwieweit Bezüge im Sinne des Abs. 3 Z 1, 2, 6 oder 11 nicht als Entgelt im Sinne des Abs. 1 gelten. Die Feststellung hat auch das Ausmaß (Höchstausmaß) der Bezüge bzw. Bezugssteile zu enthalten, das nicht als Entgelt im Sinne des Abs. 1 gilt. Derartige Feststellungen sind im Internet zu verlautbaren und für alle Sozialversicherungsträger und Behörden verbindlich. Die Feststellungen sind rückwirkend ab dem Wirksamkeitsbeginn der zugrundeliegenden Regelungen im Sinne des Abs. 3 vorzunehmen.

(5) und (6) unverändert.

Meldung über die Dauer des ordentlichen Zivildienstes

§ 37d. Das Bundesministerium für Inneres hat für die pflichtversicherten Zivildienstleistenden den Beginn, das Ende und die Art des ordentlichen Zivildienstes der SV-Holding auf automationsunterstütztem Wege mitzuteilen. Das Nähere über die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Mitteilung hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Inneres durch Verordnung festzusetzen.

Form der Meldungen

§ 41. (1) Die Meldungen nach § 33 Abs. 1 und 2 sowie nach § 34 Abs. 1 sind mittels elektronischer Datenfernübertragung in den von der SV-Holding festgelegten einheitlichen Datensätzen (§ 31 Abs. 4 Z 6) zu erstatten.

(2) und (3) unverändert.

(4) Meldungen dürfen nur dann außerhalb elektronischer Datenfernübertragung ordnungsgemäß erstattet werden, soweit dies in Richtlinien der SV-Holding (§ 30f Abs. 1 Z 22) vorgesehen ist. Diese Richtlinien haben

1. bis 3. unverändert.

(5) und (6) unverändert.

Entgelt

§ 49. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die SV-Holding kann, wenn dies zur Wahrung einer einheitlichen Beurteilung der Beitragspflicht bzw. Beitragsfreiheit von Bezügen dient, nach Anhörung der Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber feststellen, ob und inwieweit Bezüge im Sinne des Abs. 3 Z 1, 2, 6 oder 11 nicht als Entgelt im Sinne des Abs. 1 gelten. Die Feststellung hat auch das Ausmaß (Höchstausmaß) der Bezüge bzw. Bezugssteile zu enthalten, das nicht als Entgelt im Sinne des Abs. 1 gilt. Derartige Feststellungen sind im Internet zu verlautbaren und für alle Sozialversicherungsträger und Behörden verbindlich. Die Feststellungen sind rückwirkend ab dem Wirksamkeitsbeginn der zugrundeliegenden Regelungen im Sinne des Abs. 3 vorzunehmen.

(5) und (6) unverändert.

(7) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales kann nach Anhörung des Hauptverbandes und der Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber für folgende Gruppen von Dienstnehmern und ihnen gleichgestellte Personen gemäß § 4 Abs. 4 feststellen, ob und inwieweit pauschalierte Aufwandsentschädigungen nicht als Entgelt im Sinne des Abs. 1 gelten, sofern die jeweilige Tätigkeit nicht den Hauptberuf und die Hauptquelle der Einnahmen bildet:

1. bis 3. unverändert.

(8) unverändert.

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 51d. (1) bis (3) unverändert.

(4) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband hierzu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 16a) von der Einhebung des Zusatzbeitrages nach Abs. 1 abzusehen oder diesen herabzusetzen. Eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit liegt jedenfalls dann vor, wenn das Nettoeinkommen im Sinne des § 292 des (der) Versicherten den Richtsatz nach § 293 Abs. 1 lit. a aa nicht übersteigt.

Sonderbeiträge

§ 54. (1) unverändert.

(2) Der Hauptverband kann mit Zustimmung der zuständigen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber und der zuständigen Krankenversicherungsträger festsetzen, daß die Sonderzahlungen bei bestimmten Gruppen von Versicherten mit einem einheitlichen Hundertsatz der allgemeinen Beitragsgrundlage der Berechnung des Sonderbeitrages zugrunde gelegt werden. § 49 Abs. 4 vorletzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

(3) bis (5) unverändert.

(7) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales kann nach Anhörung der SV-Holding und der Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber für folgende Gruppen von Dienstnehmern und ihnen gleichgestellte Personen gemäß § 4 Abs. 4 feststellen, ob und inwieweit pauschalierte Aufwandsentschädigungen nicht als Entgelt im Sinne des Abs. 1 gelten, sofern die jeweilige Tätigkeit nicht den Hauptberuf und die Hauptquelle der Einnahmen bildet:

1. bis 3. unverändert.

(8) unverändert.

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 51d. (1) bis (3) unverändert.

(4) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten nach Maßgabe der von der SV-Holding hierzu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 11) von der Einhebung des Zusatzbeitrages nach Abs. 1 abzusehen oder diesen herabzusetzen. Eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit liegt jedenfalls dann vor, wenn das Nettoeinkommen im Sinne des § 292 des (der) Versicherten den Richtsatz nach § 293 Abs. 1 lit. a aa nicht übersteigt.

Sonderbeiträge

§ 54. (1) unverändert.

(2) Die SV-Holding kann mit Zustimmung der zuständigen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber und der zuständigen Krankenversicherungsträger festsetzen, daß die Sonderzahlungen bei bestimmten Gruppen von Versicherten mit einem einheitlichen Hundertsatz der allgemeinen Beitragsgrundlage der Berechnung des Sonderbeitrages zugrunde gelegt werden. § 49 Abs. 4 vorletzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

(3) bis (5) unverändert.

Durchführung eines Jahresausgleiches bei der Beitragsermittlung

§ 58a. (1) Der Hauptverband kann auf Grund von übereinstimmenden Anträgen der gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber (falls solche nicht bestehen, der Berufsvereinigungen) mit Wirksamkeit ab dem Beginn des der Antragstellung folgenden Kalenderjahres feststellen, daß der für die Beitragseinhebung zuständige Versicherungsträger für bestimmte Gruppen von Versicherten zum Zwecke einer gleichmäßigen Verteilung der zur Beitragspflicht herangezogenen Entgeltteile über die Beitragszeiträume eines Kalenderjahres, in denen Versicherungspflicht bestanden hat, von Amts wegen einen Jahresausgleich bis zum 31. März des folgenden Kalenderjahres durchzuführen hat. § 49 Abs. 4 letzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

(2) unverändert.

Abfuhr der Beiträge an die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung

§ 63. (1) Die Träger der Krankenversicherung haben die in einem Kalendermonat bei ihnen eingezahlten, auf die Unfall- und Pensionsversicherung entfallenden Beiträge bis zum 20. des folgenden Kalendermonats an die zuständigen Träger der Unfall- und Pensionsversicherung abzuführen. Auf die abzuführenden Beträge haben die Träger der Krankenversicherung bis zum 10., 20. und Letzten des jeweiligen Kalendermonates Anzahlungen in dem Ausmaß zu leisten, das dem Eingang an Beiträgen zur Unfall- und Pensionsversicherung annähernd entspricht.

(2) bis (4) unverändert.

Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten (Übergangsgeldbezieher)

§ 73. (1) und (1a) unverändert.

Durchführung eines Jahresausgleiches bei der Beitragsermittlung

§ 58a. (1) Die SV-Holding kann auf Grund von übereinstimmenden Anträgen der gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber (falls solche nicht bestehen, der Berufsvereinigungen) mit Wirksamkeit ab dem Beginn des der Antragstellung folgenden Kalenderjahres feststellen, daß der für die Beitragseinhebung zuständige Versicherungsträger für bestimmte Gruppen von Versicherten zum Zwecke einer gleichmäßigen Verteilung der zur Beitragspflicht herangezogenen Entgeltteile über die Beitragszeiträume eines Kalenderjahres, in denen Versicherungspflicht bestanden hat, von Amts wegen einen Jahresausgleich bis zum 31. März des folgenden Kalenderjahres durchzuführen hat. § 49 Abs. 4 letzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

(2) unverändert.

Abfuhr der Beiträge an die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung

§ 63. (1) Die Träger der Krankenversicherung haben die in einem Kalendermonat bei ihnen eingezahlten, auf die Unfall- und Pensionsversicherung entfallenden Beiträge bis zum 20. des folgenden Kalendermonats an die zuständigen Träger der Unfall- und Pensionsversicherung abzuführen. Auf die abzuführenden Beträge haben die Träger der Krankenversicherung bis zum Letzten des jeweiligen Kalendermonates Anzahlungen in dem Ausmaß zu leisten, das dem Eingang an Beiträgen zur Unfall- und Pensionsversicherung annähernd entspricht.

(2) bis (4) unverändert.

Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten (Übergangsgeldbezieher)

§ 73. (1) und (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) bis (4) unverändert.

(5) Die Beiträge gemäß Abs. 2 erster Satz sind vorschußweise in monatlichen Raten auf Grund der im vorangegangenen Kalendermonat gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge dem Hauptverband zu überweisen. Der Ausgleich zu den gemäß Abs. 2 erster Satz in einem Kalenderjahr zu überweisenden Beiträgen ist innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden Kalenderjahres vorzunehmen. Der Hauptverband teilt die einlangenden Beiträge auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung nach einem Schlüssel auf, der vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales bis 31. Oktober des folgenden Kalenderjahres mit Verordnung festzusetzen ist. Der Schlüssel ist für jedes Geschäftsjahr wie folgt zu berechnen:

1. bis 4. unverändert.

(2) Als Beitrag für die PensionsbezieherInnen (ÜbergangsgeldbezieherInnen), ausgenommen die im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, hat die Pensionsversicherungsanstalt 180 % der nach Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die SV-Holding zu überweisen; zusätzlich hat die Pensionsversicherungsanstalt für die im § 8 Abs. 1 Z 1 lit. a genannten Personen, ausgenommen die bei den Betriebskrankenkassen Versicherten, in den Kalenderjahren 2008 bis einschließlich 2012 3 % der nach Abs. 1 einbehaltenen Beträge (Zusatzhebesatz) an die SV-Holding zu überweisen, wobei den Aufwand dafür der Bund zu tragen hat; mit Wirksamkeit ab dem Kalenderjahr 2013 kann der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz zur Sicherung der Finanzierbarkeit der Krankenversicherung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen den Zusatzhebesatz für ein oder mehrere Kalenderjahre durch Verordnung festsetzen; vor dem Kalenderjahr 2013 kann der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen den Zusatzhebesatz senken, wenn dadurch das in der Zielbestimmung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 genannte Ziel nicht gefährdet wird. 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) bis (4) unverändert.

(5) Die Beiträge gemäß Abs. 2 erster Satz sind vorschußweise in monatlichen Raten auf Grund der im vorangegangenen Kalendermonat gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge der SV-Holding zu überweisen. Der Ausgleich zu den gemäß Abs. 2 erster Satz in einem Kalenderjahr zu überweisenden Beiträgen ist innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden Kalenderjahres vorzunehmen. Die SV-Holding teilt die einlangenden Beiträge auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung nach einem Schlüssel auf, der vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales bis 31. Oktober des folgenden Kalenderjahres mit Verordnung festzusetzen ist. Der Schlüssel ist für jedes Geschäftsjahr wie folgt zu berechnen:

1. bis 4. unverändert.

Der Hauptverband hat die vorschubweise einlangenden Beiträge nach dem 20. eines jeden Kalendermonates vorläufig nach einem Schlüssel aufzuteilen und an die zuständigen Träger der Krankenversicherung zu überweisen, der jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr nach den gleichen Grundsätzen wie der endgültige Schlüssel nach den jeweils aktuellsten Daten festzusetzen ist. Der Ausgleich ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Inkrafttreten der jeweiligen Verordnung vorzunehmen. Hinsichtlich der Bevorschussung der Beiträge gemäß Abs. 2 zweiter und dritter Satz und des Ausgleiches für ein Kalenderjahr ist entsprechend vorzugehen.

Beiträge für Teilversicherte in der Unfallversicherung

§ 74. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Beiträge sind zur Gänze zu tragen:

1. und 2. unverändert.
3. für die nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e teilversicherten Versicherungsvertreter und Beiratsmitglieder von dem in Betracht kommenden Versicherungsträger bzw. vom Hauptverband;
4. und 5. unverändert.

(4) bis (6) unverändert.

Gemeinsame Bestimmungen Verwendung der Mittel

§ 81. (1) Die Mittel der Sozialversicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus haben die Krankenversicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

Die SV-Holding hat die vorschubweise einlangenden Beiträge nach dem 20. eines jeden Kalendermonates vorläufig nach einem Schlüssel aufzuteilen und an die zuständigen Träger der Krankenversicherung zu überweisen, der jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr nach den gleichen Grundsätzen wie der endgültige Schlüssel nach den jeweils aktuellsten Daten festzusetzen ist. Der Ausgleich ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Inkrafttreten der jeweiligen Verordnung vorzunehmen. Hinsichtlich der Bevorschussung der Beiträge gemäß Abs. 2 zweiter und dritter Satz und des Ausgleiches für ein Kalenderjahr ist entsprechend vorzugehen.

Beiträge für Teilversicherte in der Unfallversicherung

§ 74. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Beiträge sind zur Gänze zu tragen:

1. und 2. unverändert.
3. für die nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e teilversicherten Versicherungsvertreter und Beiratsmitglieder von dem in Betracht kommenden Versicherungsträger bzw. von der SV-Holding;
4. und 5. unverändert.

(4) bis (6) unverändert.

Gemeinsame Bestimmungen Verwendung der Mittel

§ 81. (1) Die Mittel der Sozialversicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit der Versicherungsträger (der SV-Holding) auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus haben die Krankenversicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) Zulässig ist auch die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen, wenn sie der Verbesserung der Servicequalität oder der Erzielung von Einsparungen dient; dabei können auch Gebietskörperschaften einbezogen werden. Unter den gleichen Voraussetzungen ist die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die von einem Versicherungsträger (dem Hauptverband) errichtet (gegründet) wurden, zulässig.

(2a) Zulässig ist auch die Errichtung (Gründung) einer Aktiengesellschaft durch den Hauptverband zum Zweck einer Pensionskassenversorgung der Sozialversicherungsbediensteten.

(3) Zulässig ist auch die Bereitstellung von Mitteln für epidemiologische Maßnahmen und zur Unterstützung von Versicherten und ihren Angehörigen nach Elementarereignissen, wie zum Beispiel Hochwasser, Erdbeben, Vermurung oder Lawinen. Das Nähere hat der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung des Hauptverbandes durch Verordnung zu regeln.

Informations- und Aufklärungspflicht

§ 81a. Die Versicherungsträger (der Hauptverband) und das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen sowie das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen haben die Versicherten (Dienstgeber, LeistungsbeziehendeInnen) über ihre Rechte und Pflichten nach diesem Bundesgesetz zu informieren und aufzuklären. Die Versicherungsträger (der Hauptverband) haben Informationen und Aufklärungen im Sinne des ersten Satzes mit jenen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen abzustimmen; Informationen (Aufklärungen) gelten als abgestimmt, wenn sich das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen bzw. das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen binnen 48 Stunden nach Zustellung nicht dazu äußert; § 108 BAO gilt entsprechend. Die Versicherungsträger (der Hauptverband) sind verpflichtet, in ihren Informations- und Aufklärungsschriften auch fachbezogene Informationen und Aufklärungen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen zu veröffentlichen.

(2) Zulässig ist auch die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen, wenn sie der Verbesserung der Servicequalität oder der Erzielung von Einsparungen dient; dabei können auch Gebietskörperschaften einbezogen werden. Unter den gleichen Voraussetzungen ist die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die von einem Versicherungsträger (der SV-Holding) errichtet (gegründet) wurden, zulässig.

(2a) Zulässig ist auch die Errichtung (Gründung) einer Aktiengesellschaft durch die SV-Holding zum Zweck einer Pensionskassenversorgung der Sozialversicherungsbediensteten sowie der Bediensteten von Einrichtungen im Sinne des § 81 Abs. 2.

(3) Zulässig ist auch die Bereitstellung von Mitteln für epidemiologische Maßnahmen und zur Unterstützung von Versicherten und ihren Angehörigen nach Elementarereignissen, wie zum Beispiel Hochwasser, Erdbeben, Vermurung oder Lawinen. Das Nähere hat der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der SV-Holding durch Verordnung zu regeln.

Informations- und Aufklärungspflicht

§ 81a. Die Versicherungsträger (die SV-Holding) und das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen sowie das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen haben die Versicherten (Dienstgeber, LeistungsbeziehendeInnen) über ihre Rechte und Pflichten nach diesem Bundesgesetz zu informieren und aufzuklären.

Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben

§ 82. (1) und (2) unverändert.

(3) Soweit der Hauptverband an der Durchführung dem Arbeitsmarktservice bzw. der Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben durch Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Daten auf automationsunterstütztem Weg mitwirkt, erhält er zur Abgeltung der ihm daraus erwachsenden Kosten eine Vergütung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung bzw. des Arbeitsmarktservice. Diese ist durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales unter Zugrundelegung der Ergebnisse der Kostenrechnung festzulegen.

(4) unverändert.

Grundsätze

§ 84a. (1) Zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung der Versicherten haben sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung von wissenschaftlichen (insbesondere gesundheitsökonomischen) Erkenntnissen an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen. Der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger haben die dabei abgestimmten Ergebnisse (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes durch koordiniertes Vorgehen zu beachten.

(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) und (4) unverändert.

Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben

§ 82. (1) und (2) unverändert.

(3) Soweit die SV-Holding an der Durchführung dem Arbeitsmarktservice bzw. der Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben durch Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Daten auf automationsunterstütztem Weg mitwirkt, erhält sie zur Abgeltung der ihr daraus erwachsenden Kosten eine Vergütung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung bzw. des Arbeitsmarktservice. Diese ist durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales unter Zugrundelegung der Ergebnisse der Kostenrechnung festzulegen.

(4) unverändert.

Grundsätze

§ 84a. (1) Zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung der Versicherten haben sich die SV-Holding und die Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung von wissenschaftlichen (insbesondere gesundheitsökonomischen) Erkenntnissen an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen. Die SV-Holding und die Sozialversicherungsträger haben die dabei abgestimmten Ergebnisse (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes durch koordiniertes Vorgehen zu beachten.

(2) Die SV-Holding hat Vertreter/Vertreterinnen in die Bundesgesundheitskommission der Bundesgesundheitsagentur sowie ohne Stimmrecht in die jeweiligen Gesundheitsplattformen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden.

(3) und (4) unverändert.

(5) Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds pseudonymisierte Diagnose- und Leistungsdaten aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sind der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger verpflichtet, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds auf deren Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Daten in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen. Zur Sicherstellung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen haben alle Daten vor der Übermittlung an die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsfonds über eine beim Hauptverband eingerichtete Datenpseudonymisierungsstelle zu fließen.

Kommission zur langfristigen Pensionssicherung

§ 108e. (1) unverändert.

(2) Der Kommission gehören als stimmberechtigte Mitglieder an:

1. bis 3. unverändert.
4. ein Vertreter/eine Vertreterin des Hauptverbandes;
5. bis 15. unverändert.

(3) bis (7) unverändert.

(8) Die Mitglieder der Kommission haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten unter Anwendung der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 31. Den mit der Führung der Bürogeschäfte beauftragten Bediensteten können Entschädigungen gewährt werden, deren Höhe der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen festzusetzen hat. Die Kosten der Tätigkeit der Kommission trägt der Bund.

(9) unverändert.

(10) Die Behörden des Bundes, die gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Versicherten und der Dienstgeber, die Träger der Unfall- und der Pensionsversicherung und der Hauptverband sind verpflichtet, der Kommission und dem Büro der Kommission auf Verlangen alle ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen vorzulegen und Daten zu übermitteln, die zur Erfüllung der Aufgaben der Kommission erforderlich sind.

(11) unverändert.

(5) Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds pseudonymisierte Diagnose- und Leistungsdaten aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sind die SV-Holding und die Sozialversicherungsträger verpflichtet, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds auf deren Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Daten in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen. Zur Sicherstellung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen haben alle Daten vor der Übermittlung an die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsfonds über eine bei der SV-Holding eingerichtete Datenpseudonymisierungsstelle zu fließen.

Kommission zur langfristigen Pensionssicherung

§ 108e. (1) unverändert.

(2) Der Kommission gehören als stimmberechtigte Mitglieder an:

1. bis 3. unverändert.
4. ein Vertreter/eine Vertreterin der SV-Holding;
5. bis 15. unverändert.

(3) bis (7) unverändert.

(8) Die Mitglieder der Kommission haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten unter Anwendung der Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 25. Den mit der Führung der Bürogeschäfte beauftragten Bediensteten können Entschädigungen gewährt werden, deren Höhe der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen festzusetzen hat. Die Kosten der Tätigkeit der Kommission trägt der Bund.

(9) unverändert.

(10) Die Behörden des Bundes, die gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Versicherten und der Dienstgeber, die Träger der Unfall- und der Pensionsversicherung und die SV-Holding sind verpflichtet, der Kommission und dem Büro der Kommission auf Verlangen alle ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen vorzulegen und Daten zu übermitteln, die zur Erfüllung der Aufgaben der Kommission erforderlich sind.

(11) unverändert.

Persönliche Abgabenfreiheit

§ 109. Die Versicherungsträger und der Hauptverband genießen die persönliche Gebührenfreiheit von den Stempel- und Rechtsgebühren. Inwieweit die Versicherungsträger (der Hauptverband) körperschaftsteuerpflichtig sind, wird durch das Körperschaftsteuergesetz 1988, BGBl. Nr. 401, bestimmt.

Sachliche Abgabenfreiheit

§ 110. (1) Von der Entrichtung der bundesrechtlich geregelten öffentlichen Abgaben und der Bundesverwaltungsabgaben sind - unbeschadet des § 6 des Umsatzsteuergesetzes 1994 - befreit:

1. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden und sonstige Schriften sowie die im Verfahren vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechts und Verwaltungsbehörden durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie die Übertragung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften betreffen, die zwischen den Versicherungsträgern (dem Hauptverband) untereinander vorgenommen wird, auch wenn diese Gegenstände nicht ganz oder überwiegend der Erfüllung der Aufgaben der Versicherungsträger dienen oder wenn sie die Durchsetzung von Ersatzansprüchen gegen den Dienstgeber (§ 334) oder dritte Personen (§ 335) betreffen;
2. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden, sonstige Schriften und die im Verfahren vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechts, Verwaltungsbehörden, Einigungskommissionen, nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften errichteten Kommissionen, Ausschüssen und Schiedsgerichten durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie Rechtsverhältnisse betreffen, die begründet oder abgewickelt werden,
 - a) in Durchführung der in diesem Bundesgesetz geregelten Versicherungen zwischen den Versicherungsträgern und dem Hauptverband einerseits und den Versicherten, deren Dienstgebern, den Anspruchswerbern und Anspruchsberechtigten auf Leistungen der Versicherung, den Vertragspartnern der Versicherung sowie den Trägern der Sozialhilfe andererseits,

Persönliche Abgabenfreiheit

§ 109. Die Versicherungsträger und die SV-Holding genießen die persönliche Gebührenfreiheit von den Stempel- und Rechtsgebühren. Inwieweit die Versicherungsträger (die SV-Holding) körperschaftsteuerpflichtig sind, wird durch das Körperschaftsteuergesetz 1988, BGBl. Nr. 401, bestimmt.

Sachliche Abgabenfreiheit

§ 110. (1) Von der Entrichtung der bundesrechtlich geregelten öffentlichen Abgaben und der Bundesverwaltungsabgaben sind - unbeschadet des § 6 des Umsatzsteuergesetzes 1994 - befreit:

1. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden und sonstige Schriften sowie die im Verfahren vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechts und Verwaltungsbehörden durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie die Übertragung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften betreffen, die zwischen den Versicherungsträgern „(der SV-Holding) untereinander vorgenommen wird, auch wenn diese Gegenstände nicht ganz oder überwiegend der Erfüllung der Aufgaben der Versicherungsträger dienen oder wenn sie die Durchsetzung von Ersatzansprüchen gegen den Dienstgeber (§ 334) oder dritte Personen (§ 335) betreffen;
2. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden, sonstige Schriften und die im Verfahren vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechts, Verwaltungsbehörden, Einigungskommissionen, nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften errichteten Kommissionen, Ausschüssen und Schiedsgerichten durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie Rechtsverhältnisse betreffen, die begründet oder abgewickelt werden,
 - a) in Durchführung der in diesem Bundesgesetz geregelten Versicherungen zwischen den Versicherungsträgern und der SV-Holding einerseits und den Versicherten, deren Dienstgebern, den Anspruchswerbern und Anspruchsberechtigten auf Leistungen der Versicherung, den Vertragspartnern der Versicherung sowie den Trägern der Sozialhilfe andererseits,

b) von den Versicherungsträgern und dem Hauptverband zur Beschaffung, Sicherung, Instandhaltung oder Erneuerung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften, die der Erfüllung der Aufgaben der Versicherung dienen, soweit sie nicht ausschließlich oder überwiegend für die Anlage von Vermögensbeständen bestimmt sind;

3. alle Amtshandlungen, Urkunden und sonstigen Schriften, die zur Bildung der Verwaltungskörper der Versicherungsträger und des Hauptverbandes notwendig sind.

(2) und (3) unverändert.

(4) Das Disziplinarverfahren gegen Bedienstete der Versicherungsträger und des Hauptverbandes ist von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.

Leistungen an Personen mit dem Wohnsitz außerhalb des Sprengels des zuständigen Versicherungsträgers

§ 129. (1) bis (4) unverändert.

(5) Der Hauptverband kann mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales bindende Richtlinien über die Form der Inanspruchnahme sowie die Festsetzung und die Verrechnung des Kostenersatzes aufstellen. Diese Richtlinien sind im Internet zu verlautbaren.

Jugendlichenuntersuchungen

§ 132a. (1) bis (5) unverändert.

(6) Der Hauptverband hat die nach seinen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 17) ausgewerteten Ergebnisse der Jugendlichenuntersuchungen unverzüglich nach deren Vorliegen dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und den Bundesministerien für wirtschaftliche Angelegenheiten sowie für Land- und Forstwirtschaft bekanntzugeben.

Vorsorge(Gesunden)untersuchungen

§ 132b. (1) unverändert.

b) von den Versicherungsträgern und der SV-Holding zur Beschaffung, Sicherung, Instandhaltung oder Erneuerung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften, die der Erfüllung der Aufgaben der Versicherung dienen, soweit sie nicht ausschließlich oder überwiegend für die Anlage von Vermögensbeständen bestimmt sind;

3. alle Amtshandlungen, Urkunden und sonstigen Schriften, die zur Bildung der Verwaltungskörper der Versicherungsträger und der SV-Holding notwendig sind.

(2) und (3) unverändert.

(4) Das Disziplinarverfahren gegen Bedienstete der Versicherungsträger und der SV-Holding ist von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.

Leistungen an Personen mit dem Wohnsitz außerhalb des Sprengels des zuständigen Versicherungsträgers

§ 129. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die SV-Holding kann mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales bindende Richtlinien über die Form der Inanspruchnahme sowie die Festsetzung und die Verrechnung des Kostenersatzes aufstellen. Diese Richtlinien sind im Internet zu verlautbaren.

Jugendlichenuntersuchungen

§ 132a. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die SV-Holding hat die nach ihren Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 12) ausgewerteten Ergebnisse der Jugendlichenuntersuchungen unverzüglich nach deren Vorliegen dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und den Bundesministerien für wirtschaftliche Angelegenheiten sowie für Land- und Forstwirtschaft bekanntzugeben.

Vorsorge(Gesunden)untersuchungen

§ 132b. (1) unverändert.

(2) Der Hauptverband hat die Durchführung dieser Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Richtlinien zu regeln; in diesen Richtlinien sind unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie der vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales jeweils als besonders vordringlich erklärten Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit die Untersuchungsziele und der Kreis der für die Untersuchung in Betracht kommenden Personen festzulegen. Bei der Festlegung der Untersuchungsziele ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die Vorsorge(Gesunden)untersuchungen insbesondere der Früherkennung von Volkskrankheiten, wie Krebs, Diabetes, Herz- und Kreislaufstörungen, zu dienen haben. Für die Durchführung der Untersuchungen kommen unter Bedachtnahme auf das Untersuchungsziel insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner, Vertragsgruppenpraxen sowie eigene Einrichtungen in Betracht. Die Träger der Krankenversicherung können überdies dafür Vorsorge treffen, daß Vorsorge(Gesunden)untersuchungen im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Dienstgeber (Träger der Ausbildungsstätte) und dem in Betracht kommenden Organ der Betriebsvertretung auch in den Arbeits- oder Ausbildungsstätten der Versicherten durchgeführt werden können.

(3) bis (5) unverändert.

(2) Die SV-Holding hat die Durchführung dieser Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Richtlinien zu regeln; in diesen Richtlinien sind unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie der vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales jeweils als besonders vordringlich erklärten Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit die Untersuchungsziele und der Kreis der für die Untersuchung in Betracht kommenden Personen festzulegen. Bei der Festlegung der Untersuchungsziele ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die Vorsorge(Gesunden)untersuchungen insbesondere der Früherkennung von Volkskrankheiten, wie Krebs, Diabetes, Herz- und Kreislaufstörungen, zu dienen haben. Für die Durchführung der Untersuchungen kommen unter Bedachtnahme auf das Untersuchungsziel insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner, Vertragsgruppenpraxen sowie eigene Einrichtungen in Betracht. Die Träger der Krankenversicherung können überdies dafür Vorsorge treffen, daß Vorsorge(Gesunden)untersuchungen im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Dienstgeber (Träger der Ausbildungsstätte) und dem in Betracht kommenden Organ der Betriebsvertretung auch in den Arbeits- oder Ausbildungsstätten der Versicherten durchgeführt werden können.

(3) bis (5) unverändert.

(6) Die Träger der Krankenversicherung haben auch für Personen, für die nicht bereits auf Grund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz ein Anspruch auf diese Leistung besteht, Vorsorge(Gesunden)untersuchungen vorzunehmen. Der Bund hat den tatsächlich entstandenen nachgewiesenen Aufwand der Träger der Krankenversicherung an derartigen Untersuchungskosten zu ersetzen und dem Hauptverband zu überweisen. Wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, kann der Ersatz des Bundes durch einen Pauschbetrag abgegolten werden, der vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales unter Bedachtnahme auf die Zahl der von den einzelnen Trägern der Krankenversicherung vorzunehmenden Untersuchungen und die durchschnittlichen Kosten der Untersuchungen festzusetzen ist. Der Hauptverband hat diesen Betrag auf die von dem genannten Personenkreis in Anspruch genommenen Träger der Krankenversicherung im Verhältnis der Inanspruchnahme durch diesen Personenkreis aufzuteilen. Im übrigen sind auf diese Vorsorge(Gesunden)untersuchungen die Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 entsprechend mit der Maßgabe anzuwenden, daß die Personen, für die nicht bereits auf Grund einer Pflicht- oder freiwilligen Versicherung ein Anspruch auf diese Leistung besteht, gegenüber den untersuchenden Stellen bei der Durchführung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen den Versicherten bzw. ihren Angehörigen (§ 123) gleichgestellt sind.

Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

§ 132c. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Durchführung der in Abs. 1 Z 1 und 4 bezeichneten Maßnahmen ist den Trägern der Krankenversicherung übertragen. Hinsichtlich der Maßnahmen nach Abs. 1 Z 2 und 3 hat die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend den Trägern der Krankenversicherung nach Anhörung des Hauptverbandes durch Verordnung die Mitwirkung durch Leistung eines Kostenzuschusses zu übertragen. Hierbei ist auf die sonstigen Leistungen der Träger der Krankenversicherung Bedacht zu nehmen. Die Höhe des Kostenzuschusses ist in der Satzung des Trägers der Krankenversicherung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit zu regeln. § 132 b Abs. 2 vorletzter Satz gilt entsprechend. Die Durchführung einer Maßnahme nach Abs. 1 Z 4 gilt als Krankenbehandlung und ist Inhalt der Gesamtverträge (§ 342). § 132b Abs. 2 letzter Satz ist anzuwenden. Die §§ 136 Abs. 2 und 350 sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass neben die Apotheken und die hausapothekenführenden Ärzte auch andere nach Vorschriften auf dem Gebiet des Arzneimittelwesens vorgesehene abgebende Stellen treten können. § 136 Abs. 4 gilt nicht.

(6) Die Träger der Krankenversicherung haben auch für Personen, für die nicht bereits auf Grund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz ein Anspruch auf diese Leistung besteht, Vorsorge(Gesunden)untersuchungen vorzunehmen. Der Bund hat den tatsächlich entstandenen nachgewiesenen Aufwand der Träger der Krankenversicherung an derartigen Untersuchungskosten zu ersetzen und der SV-Holding zu überweisen. Wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, kann der Ersatz des Bundes durch einen Pauschbetrag abgegolten werden, der vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales unter Bedachtnahme auf die Zahl der von den einzelnen Trägern der Krankenversicherung vorzunehmenden Untersuchungen und die durchschnittlichen Kosten der Untersuchungen festzusetzen ist. Die SV-Holding hat diesen Betrag auf die von dem genannten Personenkreis in Anspruch genommenen Träger der Krankenversicherung im Verhältnis der Inanspruchnahme durch diesen Personenkreis aufzuteilen. Im übrigen sind auf diese Vorsorge(Gesunden)untersuchungen die Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 entsprechend mit der Maßgabe anzuwenden, daß die Personen, für die nicht bereits auf Grund einer Pflicht- oder freiwilligen Versicherung ein Anspruch auf diese Leistung besteht, gegenüber den untersuchenden Stellen bei der Durchführung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen den Versicherten bzw. ihren Angehörigen (§ 123) gleichgestellt sind.

Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

§ 132c. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Durchführung der in Abs. 1 Z 1 und 4 bezeichneten Maßnahmen ist den Trägern der Krankenversicherung übertragen. Hinsichtlich der Maßnahmen nach Abs. 1 Z 2 und 3 hat die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend den Trägern der Krankenversicherung nach Anhörung der SV-Holding durch Verordnung die Mitwirkung durch Leistung eines Kostenzuschusses zu übertragen. Hierbei ist auf die sonstigen Leistungen der Träger der Krankenversicherung Bedacht zu nehmen. Die Höhe des Kostenzuschusses ist in der Satzung des Trägers der Krankenversicherung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit zu regeln. § 132 b Abs. 2 vorletzter Satz gilt entsprechend. Die Durchführung einer Maßnahme nach Abs. 1 Z 4 gilt als Krankenbehandlung und ist Inhalt der Gesamtverträge (§ 342). § 132b Abs. 2 letzter Satz ist anzuwenden. Die §§ 136 Abs. 2 und 350 sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass neben die Apotheken und die hausapothekenführenden Ärzte auch andere nach Vorschriften auf dem Gebiet des Arzneimittelwesens vorgesehene abgebende Stellen treten können. § 136 Abs. 4 gilt nicht.

(4) bis (6) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 135. (1) bis (3) unverändert.

3a) Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe hat der (die) Versicherte einen Kostenbeitrag nach Maßgabe der Verordnung nach § 31 Abs. 5a zu leisten.

(4) bis (6) unverändert.

Heilmittel

§ 136. (1) bis (4) unverändert.

(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen.

(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.

Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 144. (1) bis (5) unverändert.

(6) Bei Behandlung in einer Spitalsambulanz (§ 26 KAKuG) hat der (die) Versicherte einen Kostenbeitrag nach Maßgabe der Verordnung nach § 31 Abs. 5a zu leisten.

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:

(4) bis (6) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 135. (1) bis (3) unverändert.

3a) Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe hat der (die) Versicherte einen Kostenbeitrag nach Maßgabe der Verordnung nach § 30f Abs. 2 Z 5 zu leisten.

(4) bis (6) unverändert.

Heilmittel

§ 136. (1) bis (4) unverändert.

(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen.

(6) Der Versicherungsträger hat von der Einhebung der Rezeptgebühr auch bei Erreichen der in den Richtlinien der SV-Holding nach § 30f Abs. 1 Z 10 vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 144. (1) bis (5) unverändert.

(6) Bei Behandlung in einer Spitalsambulanz (§ 26 KAKuG) hat der (die) Versicherte einen Kostenbeitrag nach Maßgabe der Verordnung nach § 30f Abs. 2 Z 5 zu leisten.

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) bis d) unverändert.

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 7. unverändert.

8. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß § 27b KAKuG gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der jeweilige Landesgesundheitsfonds als Versicherungsträger. Der Landesgesundheitsfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

9. unverändert.

10. Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach Z 3 zweiter Satz handelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem zuständigen Landesgesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

Beziehungen zu anderen als in § 148 genannten Krankenanstalten

§ 149. (1) bis (3a) unverändert.

(3b) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen für die nicht im Abs. 3 genannten Krankenanstalten sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Hauptverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.

a) bis d) unverändert.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen der SV-Holding 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 7. unverändert.

8. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß § 27b KAKuG gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der jeweilige Landesgesundheitsfonds als Versicherungsträger. Der Landesgesundheitsfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit der SV-Holding vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

9. unverändert.

10. Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach Z 3 zweiter Satz handelt. Die Verträge sind zwischen der SV-Holding im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem zuständigen Landesgesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

Beziehungen zu anderen als in § 148 genannten Krankenanstalten

§ 149. (1) bis (3a) unverändert.

(3b) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen für die nicht im Abs. 3 genannten Krankenanstalten sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch die SV-Holding abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.

(4) Für die von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt eingerichteten Krankenanstalten sind die Höhe der Verpflegskosten und die Zahlungsbedingungen hiefür durch einen Vertrag festzulegen. Dieser ist für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt abzuschließen.

(5) und (6) unverändert.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 153. (1) und (2) unverändert.

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1), Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Wahldentisten/Wahldentistinnen (§ 131 Abs. 1), in eigens hiefür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) oder in Vertragseinrichtungen gewährt. Für die Zahnbehandlung gilt hiebei § 135 Abs. 2 entsprechend. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen und Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 sind oder waren.

(4) unverändert.

(4a) Bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung hat der (die) Versicherte einen Kostenbeitrag nach Maßgabe der Verordnung nach § 31 Abs. 5a zu leisten.

(5) unverändert.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 154a. (1) bis (6) unverändert.

(4) Für die von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt eingerichteten Krankenanstalten sind die Höhe der Verpflegskosten und die Zahlungsbedingungen hiefür durch einen Vertrag festzulegen. Dieser ist für die Träger der Krankenversicherung durch die SV-Holding mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt abzuschließen.

(5) und (6) unverändert.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 153. (1) und (2) unverändert.

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1), Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Wahldentisten/Wahldentistinnen (§ 131 Abs. 1), in eigens hiefür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsträger (der SV-Holding) oder in Vertragseinrichtungen gewährt. Für die Zahnbehandlung gilt hiebei § 135 Abs. 2 entsprechend. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen und Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 sind oder waren.

(4) unverändert.

(4a) Bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung hat der (die) Versicherte einen Kostenbeitrag nach Maßgabe der Verordnung nach § 30f Abs. 2 Z 5 zu leisten.

(5) unverändert.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 154a. (1) bis (6) unverändert.

(7) Werden Versicherte (Pensionisten, Angehörige) für Rechnung des Krankenversicherungsträgers in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1997, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Der Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Krankenversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten (Angehörigen) für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit

§ 155. (1) und (2) unverändert.

(3) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung des Krankenversicherungsträgers in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 3 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschußgewährung durch den Krankenversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1997, die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachten Beträge. Der Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Krankenversicherungsträger zu entrichten.

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28) durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

(5) unverändert.

(7) Werden Versicherte (Pensionisten, Angehörige) für Rechnung des Krankenversicherungsträgers in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1997, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Der Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 21). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Krankenversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten (Angehörigen) für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit

§ 155. (1) und (2) unverändert.

(3) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung des Krankenversicherungsträgers in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 3 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschußgewährung durch den Krankenversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1997, die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachten Beträge. Der Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 21). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Krankenversicherungsträger zu entrichten.

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 22) durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

(5) unverändert.

Richtlinien für die Unfallheilbehandlung

§ 194. In den vom Hauptverband nach § 31 Abs. 5 Z 22 zu erlassenden Richtlinien ist auch die Zusammenarbeit der Träger der Kranken- und der Unfallversicherung bei der Durchführung der Unfallheilbehandlung, insbesondere hinsichtlich eines zweckmäßigen Verfahrens zur rechtzeitigen Erfassung der Verletzten für die Heilbehandlung, deren Zuweisung zu der erforderlichen fachärztlichen Behandlung oder Krankenanstaltspflege zu regeln. Hiebei kann bestimmt werden, daß der in Betracht kommende Facharzt über die weitere Art der Behandlung zu entscheiden hat und bei welcher Art von Verletzungen die Unfallheilbehandlung in besonders bezeichneten Krankenanstalten stattfinden soll.

Medizinische Maßnahmen

§ 302. (1) bis (3) unverändert.

(4) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Pensionsversicherungsträgers in einer der in Abs. 1 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1997, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Der Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Pensionsversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Vereinbarungen zur Durchführung der Rehabilitation

§ 307c. Die Pensionsversicherungsträger haben die von ihnen jeweils zu treffenden Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen zu koordinieren und aufeinander abzustimmen. Zu diesem Zweck hat der Hauptverband entsprechende Vereinbarungen herbeizuführen sowie in den gemäß § 31 Abs. 5 Z 20 zu erlassenden Richtlinien insbesondere folgendes zu regeln:

1. bis 8. unverändert.

Gesundheitsvorsorge der Pensionsversicherungsträger

§ 307d. (1) unverändert.

Richtlinien für die Unfallheilbehandlung

§ 194. In den von der SV-Holding nach § 30f Abs. 1 Z 17 zu erlassenden Richtlinien ist auch die Zusammenarbeit der Träger der Kranken- und der Unfallversicherung bei der Durchführung der Unfallheilbehandlung, insbesondere hinsichtlich eines zweckmäßigen Verfahrens zur rechtzeitigen Erfassung der Verletzten für die Heilbehandlung, deren Zuweisung zu der erforderlichen fachärztlichen Behandlung oder Krankenanstaltspflege zu regeln. Hiebei kann bestimmt werden, daß der in Betracht kommende Facharzt über die weitere Art der Behandlung zu entscheiden hat und bei welcher Art von Verletzungen die Unfallheilbehandlung in besonders bezeichneten Krankenanstalten stattfinden soll.

Medizinische Maßnahmen

§ 302. (1) bis (3) unverändert.

(4) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Pensionsversicherungsträgers in einer der in Abs. 1 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1997, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Der Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 21). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Pensionsversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Vereinbarungen zur Durchführung der Rehabilitation

§ 307c. Die Pensionsversicherungsträger haben die von ihnen jeweils zu treffenden Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen zu koordinieren und aufeinander abzustimmen. Zu diesem Zweck hat die SV-Holding entsprechende Vereinbarungen herbeizuführen sowie in den nach § 30f Abs. 1 Z 15 zu erlassenden Richtlinien insbesondere folgendes zu regeln:

1. bis 8. unverändert.

Gesundheitsvorsorge der Pensionsversicherungsträger

§ 307d. (1) unverändert.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage:

1. und 2. unverändert.
3. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28);

§ 155 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) unverändert.

(6) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Pensionsversicherungsträgers in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 4 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschußgewährung durch den Pensionsversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1997, die unter Beachtung auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachten Beträge. Der Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Pensionsversicherungsträger zu entrichten.

Festsetzung des Inhaltes der Vereinbarung (§ 317 Abs. 3) durch das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

§ 318. (1) Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bestimmt nach Anhörung des Hauptverbandes den Inhalt der Vereinbarung gemäß § 317 Abs. 3, insbesondere die Höhe des Pauschbetrages, wenn

1. und 2. unverändert.
- (2) unverändert.

Besonderer Pauschbetrag

§ 319a. (1) unverändert.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage:

1. und 2. unverändert.
3. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 22);

§ 155 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) unverändert.

(6) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Pensionsversicherungsträgers in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 4 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschußgewährung durch den Pensionsversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1997, die unter Beachtung auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachten Beträge. Der Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 21). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Pensionsversicherungsträger zu entrichten.

Festsetzung des Inhaltes der Vereinbarung (§ 317 Abs. 3) durch das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

§ 318. (1) Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bestimmt nach Anhörung der SV-Holding den Inhalt der Vereinbarung gemäß § 317 Abs. 3, insbesondere die Höhe des Pauschbetrages, wenn

1. und 2. unverändert.
- (2) unverändert.

Besonderer Pauschbetrag

§ 319a. (1) unverändert.

(2) Der Pauschbetrag wird für das Kalenderjahr 1975 mit 255,1 Millionen Schilling festgesetzt. An die Stelle dieses Betrages tritt für jedes folgende Kalenderjahr ein vom Hauptverband festgesetzter Betrag. Bei der Festsetzung des Pauschbetrages sind die Veränderungen der Aufwendungen der im Abs. 1 genannten Krankenversicherungsträger für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit des vorangegangenen Jahres gegenüber dem zweitvorangegangenen Jahr zu berücksichtigen. Dabei sind die Aufwendungen für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit um die Überweisungen gemäß § 447 f zu vermindern. Desgleichen ist auf die Aufwendungen für die Unfallversicherung der Teilversicherten gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i sowie auf die Auswirkungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes, BGBl. Nr. 399/1974, auf die Aufwendungen für Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entsprechend Bedacht zu nehmen. Der Pauschbetrag ist im Internet zu verlautbaren.

(3) und (4) unverändert.

(5) Der Pauschbetrag ist monatlich im vorhinein mit einem Zwölftel dem Hauptverband zu überweisen; dieser hat die einlangenden Beträge nach einem Schlüssel unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten und der eingetretenen Arbeitsunfälle bei den im Abs. 1 genannten Krankenversicherungsträgern auf diese aufzuteilen.

(6) unverändert.

4. UNTERABSCHNITT

Zusammenarbeit der Versicherungsträger (des Hauptverbandes)

Gegenseitige Verwaltungshilfe

§ 321. (1) unverändert.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 sind entsprechend auf die Beziehungen der Versicherungsträger zum Hauptverband, zur Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und zur Sozialversicherungsanstalt der Bauern anzuwenden.

(3) unverändert.

Verpflegskosten in den Einrichtungen der Sozialversicherungsträger

§ 322. (1) unverändert.

(2) Der Pauschbetrag wird für das Kalenderjahr 1975 mit 255,1 Millionen Schilling festgesetzt. An die Stelle dieses Betrages tritt für jedes folgende Kalenderjahr ein von der SV-Holding festgesetzter Betrag. Bei der Festsetzung des Pauschbetrages sind die Veränderungen der Aufwendungen der im Abs. 1 genannten Krankenversicherungsträger für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit des vorangegangenen Jahres gegenüber dem zweitvorangegangenen Jahr zu berücksichtigen. Dabei sind die Aufwendungen für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit um die Überweisungen gemäß § 447 f zu vermindern. Desgleichen ist auf die Aufwendungen für die Unfallversicherung der Teilversicherten gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i sowie auf die Auswirkungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes, BGBl. Nr. 399/1974, auf die Aufwendungen für Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entsprechend Bedacht zu nehmen. Der Pauschbetrag ist im Internet zu verlautbaren.

(3) und (4) unverändert.

(5) Der Pauschbetrag ist monatlich im vorhinein mit einem Zwölftel der SV-Holding zu überweisen; dieser hat die einlangenden Beträge nach einem Schlüssel unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten und der eingetretenen Arbeitsunfälle bei den im Abs. 1 genannten Krankenversicherungsträgern auf diese aufzuteilen.

(6) unverändert.

4. UNTERABSCHNITT

Zusammenarbeit der Versicherungsträger (der SV-Holding)

Gegenseitige Verwaltungshilfe

§ 321. (1) unverändert.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 sind entsprechend auf die Beziehungen der Versicherungsträger zur SV-Holding, zur Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und zur Sozialversicherungsanstalt der Bauern anzuwenden.

(3) unverändert.

Verpflegskosten in den Einrichtungen der Sozialversicherungsträger

§ 322. (1) unverändert.

(2) Kommt eine Vereinbarung im Sinne des Abs. 1 nicht zustande, setzt der Hauptverband die Verpflegskosten mit verbindlicher Wirkung fest.

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

§ 322a. (1) Die sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger werden über ein vom Hauptverband zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.

(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 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) bis (5) unverändert.

(6) Liegt der gemäß Abs. 4 ermittelte Betrag unter dem Sollbetrag, hat der Versicherungsträger die Differenz dem Hauptverband bis 15. November eines jeden Folgejahres zu melden.

(7) Übersteigen die Ansprüche nach Abs. 5 die Summe der Differenzbeträge nach Abs. 6, hat der Hauptverband die betreffenden Krankenversicherungsträger aufzufordern, die entsprechenden Beträge auf das Verrechnungskonto bis 30. November eines jeden Folgejahres einzuzahlen; er hat ferner die gemäß Abs. 5 geltend gemachten Ansprüche nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Verrechnungskonto anteilig zu befriedigen.

(2) Kommt eine Vereinbarung im Sinne des Abs. 1 nicht zustande, setzt die SV-Holding die Verpflegskosten mit verbindlicher Wirkung fest.

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

§ 322a. (1) Die sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger werden über ein von der SV-Holding zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.

(2) Die SV-Holding 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 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) bis (5) unverändert.

(6) Liegt der gemäß Abs. 4 ermittelte Betrag unter dem Sollbetrag, hat der Versicherungsträger die Differenz der SV-Holding bis 15. November eines jeden Folgejahres zu melden.

(7) Übersteigen die Ansprüche nach Abs. 5 die Summe der Differenzbeträge nach Abs. 6, so hat die SV-Holding die betreffenden Krankenversicherungsträger aufzufordern, die entsprechenden Beträge auf das Verrechnungskonto bis 30. November eines jeden Folgejahres einzuzahlen; sie hat ferner die gemäß Abs. 5 geltend gemachten Ansprüche nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Verrechnungskonto anteilig zu befriedigen.

(8) Übersteigen die Differenzbeträge nach Abs. 6 die Summe der Ansprüche nach Abs. 5, hat der Hauptverband die betreffenden Krankenversicherungsträger aufzufordern, nur die dem tatsächlichen Erfordernis entsprechend anteilig gekürzten Differenzbeträge (Abs. 6) bis 30. November eines jeden Folgejahres auf das Verrechnungskonto einzuzahlen; er hat ferner die gemäß Abs. 5 geltend gemachten Ansprüche voll zu befriedigen.

Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für die zusätzlichen Aufwände aus der Einführung der Obergrenze bei Rezeptgebühren

§ 322b. (1) Der Hauptverband hat jährlich bis zum 31. Oktober für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals zum 31. Oktober 2009, zu ermitteln, wie hoch die Ausfälle an Rezeptgebühren für jeden Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, dem GSVG und dem BSVG waren. Die Beträge sind kaufmännisch auf volle tausend Euro zu runden.

(2) Die nach Abs. 1 festgestellten Ausfälle sind über ein Verrechnungskonto so auszugleichen, dass jeder Krankenversicherungsträger nach Maßgabe der vorhandenen Mittel einen im Verhältnis zu den Aufwänden entsprechend hohen Ausgleich erhält. Dieser Ausgleich ist aus den Einnahmen zu finanzieren, die die Krankenversicherungsträger auf Grund eines Beitragssatzanteiles von 0,15 Prozentpunkten aus den Beiträgen zur Krankenversicherung der Pensionisten, soweit diese durch den Pensionsversicherungsträger zu tragen sind (Hebesätze nach den §§ 73 ASVG, 29 GSVG und 26 BSVG), erhalten. Die Krankenversicherungsträger haben diese Mittel, soweit sie zum Ausgleich notwendig sind, dem Hauptverband zu überweisen. Der Hauptverband hat diese Mittel getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten und einschließlich allfälliger Zinseinnahmen vollständig zur Durchführung dieser Bestimmung zu verwenden. Mittel, die zur Finanzierung des Ausgleichs nicht notwendig sind, verbleiben dem jeweiligen Krankenversicherungsträger.

(8) Übersteigen die Differenzbeträge nach Abs. 6 die Summe der Ansprüche nach Abs. 5, so hat die SV-Holding die betreffenden Krankenversicherungsträger aufzufordern, nur die dem tatsächlichen Erfordernis entsprechend anteilig gekürzten Differenzbeträge (Abs. 6) bis 30. November eines jeden Folgejahres auf das Verrechnungskonto einzuzahlen; sie hat ferner die gemäß Abs. 5 geltend gemachten Ansprüche voll zu befriedigen.

Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für die zusätzlichen Aufwände aus der Einführung der Obergrenze bei Rezeptgebühren

§ 322b. (1) Die SV-Holding hat jährlich bis zum 31. Oktober für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals zum 31. Oktober 2009, zu ermitteln, wie hoch die Ausfälle an Rezeptgebühren für jeden Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, dem GSVG und dem BSVG waren. Die Beträge sind kaufmännisch auf volle tausend Euro zu runden.

(2) Die nach Abs. 1 festgestellten Ausfälle sind über ein Verrechnungskonto so auszugleichen, dass jeder Krankenversicherungsträger nach Maßgabe der vorhandenen Mittel einen im Verhältnis zu den Aufwänden entsprechend hohen Ausgleich erhält. Dieser Ausgleich ist aus den Einnahmen zu finanzieren, die die Krankenversicherungsträger auf Grund eines Beitragssatzanteiles von 0,15 Prozentpunkten aus den Beiträgen zur Krankenversicherung der Pensionisten, soweit diese durch den Pensionsversicherungsträger zu tragen sind (Hebesätze nach den §§ 73 ASVG, 29 GSVG und 26 BSVG), erhalten. Die Krankenversicherungsträger haben diese Mittel, soweit sie zum Ausgleich notwendig sind, Die SV-Holding zu überweisen. Die SV-Holding hat diese Mittel getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten und einschließlich allfälliger Zinseinnahmen vollständig zur Durchführung dieser Bestimmung zu verwenden. Mittel, die zur Finanzierung des Ausgleichs nicht notwendig sind, verbleiben dem jeweiligen Krankenversicherungsträger.

SECHSTER TEIL

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu Angehörigen des ärztlichen und zahnärztlichen Berufs, des Dentisten-, Hebammen-, und Apothekerberufs sowie zu den Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen

Regelung durch Verträge

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen nach den §§ 52a und 52b des Ärztegesetzes 1998 und § 26 des Zahnärztegesetzes, BGBl. I Nr. 126/2005, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form.

(2) bis (4) unverändert.

Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung von Ambulatorien durch die Träger der Krankenversicherung

§ 339. (1) Vor der beabsichtigten Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung von Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z. 7 des Krankenanstaltengesetzes) haben die Träger der Krankenversicherung das Einvernehmen mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen. Kommt ein Einvernehmen innerhalb von drei Monaten nach der diesbezüglichen Anzeige des Krankenversicherungsträgers nicht zustande, so ist über Ersuchen des Krankenversicherungsträgers oder der zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretung innerhalb weiterer drei Monate der Versuch zu unternehmen, das Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen.

(2) unverändert.

SECHSTER TEIL

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (der SV-Holding) zu Angehörigen des ärztlichen und zahnärztlichen Berufs, des Dentisten-, Hebammen-, und Apothekerberufs sowie zu den Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen

Regelung durch Verträge

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (der SV-Holding) zu den freiberuflich tätigen Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen nach den §§ 52a und 52b des Ärztegesetzes 1998 und § 26 des Zahnärztegesetzes, BGBl. I Nr. 126/2005, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form.

(2) bis (4) unverändert.

Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung von Ambulatorien durch die Träger der Krankenversicherung

§ 339. (1) Vor der beabsichtigten Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung von Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z. 7 des Krankenanstaltengesetzes) haben die Träger der Krankenversicherung das Einvernehmen mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen. Kommt ein Einvernehmen innerhalb von drei Monaten nach der diesbezüglichen Anzeige des Krankenversicherungsträgers nicht zustande, so ist über Ersuchen des Krankenversicherungsträgers oder der zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretung innerhalb weiterer drei Monate der Versuch zu unternehmen, das Einvernehmen zwischen der SV-Holding und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen.

(2) unverändert.

ABSCHNITT II

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Ärzten

Ärzteausschüsse

§ 340. (1) Zur Beratung von grundsätzlichen Fragen, welche die Beziehungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten oder Gruppenpraxen betreffen, insbesondere zur Beratung der Gesamtverträge gemäß § 341, ist ein Bundes-Ärzteausschuß einzurichten, dem in gleicher Zahl Vertreter der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes angehören.

(2) unverändert.

(3) Die Aufgaben und die Tätigkeit des Bundes-Ärzteausschusses und der Landes-Ärzteausschüsse regeln Geschäftsordnungen, die zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband vereinbart werden.

Gesamtverträge

§ 341. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten sowie den Gruppenpraxen werden jeweils durch Gesamtverträge geregelt. Diese sind für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen. Die Gesamtverträge bedürfen der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den der Gesamtvertrag abgeschlossen wird. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen.

(2) bis (4) 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. bis 5. unverändert.
6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte (Vertragsärztinnen), Vertragszahnärzte (Vertragszahnärztinnen) und Vertrags-Gruppenpraxen mit dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unter Zugrundelegung des Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12) und der Richtlinien gemäß § 31 Abs. 5 Z 10 und 13;

ABSCHNITT II

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (der SV-Holding) zu den Ärzten

Ärzteausschüsse

§ 340. (1) Zur Beratung von grundsätzlichen Fragen, welche die Beziehungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten oder Gruppenpraxen betreffen, insbesondere zur Beratung der Gesamtverträge gemäß § 341, ist ein Bundes-Ärzteausschuß einzurichten, dem in gleicher Zahl Vertreter der Österreichischen Ärztekammer und der SV-Holding angehören.

(2) unverändert.

(3) Die Aufgaben und die Tätigkeit des Bundes-Ärzteausschusses und der Landes-Ärzteausschüsse regeln Geschäftsordnungen, die zwischen der Österreichischen Ärztekammer und der SV-Holding vereinbart werden.

Gesamtverträge

§ 341. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten sowie den Gruppenpraxen werden jeweils durch Gesamtverträge geregelt. Diese sind für die Träger der Krankenversicherung durch die SV-Holding mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen. Die Gesamtverträge bedürfen der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den der Gesamtvertrag abgeschlossen wird. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen.

(2) bis (4) unverändert.

Inhalt der Gesamtverträge

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

1. bis 5. unverändert.
6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte (Vertragsärztinnen), Vertragszahnärzte (Vertragszahnärztinnen) und Vertrags-Gruppenpraxen mit dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unter Zugrundelegung des Erstattungskodex (§ 30e Abs. 1 Z 11) und der Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 5;

7. bis 9. unverändert.

(2) und (3) unverändert.

Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisse

§ 343. (1) Die Auswahl der Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluß der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Zu diesem Zweck sind auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen verbindliche Kriterien für die Reihung der Bewerber (Bewerberinnen) um Einzelverträge festzulegen (Reihungskriterien). Dabei sind auch die fachliche Eignung der Bewerber (Bewerberinnen) und die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen um Einzelverträge zu berücksichtigen; die Reihungskriterien haben jedenfalls dem Gleichheitsgebot, der Erwerbsausübungs- und Niederlassungsfreiheit sowie den Bestimmungen der Europäischen Menschenrechtskonvention, BGBl. Nr. 210/1958, zu entsprechen. Vor Erlassung dieser Verordnung ist der Hauptverband anzuhören. Diese Einzelverträge sind sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam. Einzelverträge, die nicht im Rahmen der jeweils nach § 342 Abs.1 Z.1 vereinbarten Zahl und örtlichen Verteilung abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Hauptverbandes und der zuständigen Ärztekammer, bei Nichteinigung der Zustimmung des Hauptverbandes und der Österreichischen Ärztekammer. Mit approbierten Ärzten (§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt hat gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 93/16/EWG das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

(2) bis (5) unverändert.

7. bis 9. unverändert.

(2) und (3) unverändert.

Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisse

§ 343. (1) Die Auswahl der Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluß der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Zu diesem Zweck sind auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen verbindliche Kriterien für die Reihung der Bewerber (Bewerberinnen) um Einzelverträge festzulegen (Reihungskriterien). Dabei sind auch die fachliche Eignung der Bewerber (Bewerberinnen) und die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen um Einzelverträge zu berücksichtigen; die Reihungskriterien haben jedenfalls dem Gleichheitsgebot, der Erwerbsausübungs- und Niederlassungsfreiheit sowie den Bestimmungen der Europäischen Menschenrechtskonvention, BGBl. Nr. 210/1958, zu entsprechen. Vor Erlassung dieser Verordnung ist die SV-Holding anzuhören. Diese Einzelverträge sind sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam. Einzelverträge, die nicht im Rahmen der jeweils nach § 342 Abs.1 Z.1 vereinbarten Zahl und örtlichen Verteilung abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der SV-Holding und der zuständigen Ärztekammer, bei Nichteinigung der Zustimmung der SV-Holding und der Österreichischen Ärztekammer. Mit approbierten Ärzten (§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt hat gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 93/16/EWG das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

(2) bis (5) unverändert.

Gesamtvertrag für die Durchführung der Untersuchungen nach den §§ 132 a und 132 b sowie der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit nach § 132 c Abs. 1 Z 1

§ 343a. (1) Zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer ist ein für die Vertragsparteien verbindlicher Gesamtvertrag abzuschließen, der die Durchführung der Untersuchungen nach den §§ 132 a und 132 b sowie der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit nach § 132 c Abs. 1 Z 1 regelt und der die Vergütung der ärztlichen Leistungen vorsieht; dieser Gesamtvertrag bedarf der Zustimmung der beteiligten Träger der Krankenversicherung und der beteiligten Ärztekammern.

(2) und (3) unverändert.

Gesamtvertrag für die Durchführung der arbeitsmedizinischen Betreuung

§ 343b. (1) Zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer ist ein für die Vertragsparteien verbindlicher Gesamtvertrag abzuschließen, der für die arbeitsmedizinische Betreuung gemäß § 172 Abs. 1 die Tätigkeiten und die Vergütung der freiberuflich tätigen Ärzte regelt; dieser Gesamtvertrag bedarf der Zustimmung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt sowie der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau.

(2) und (3) unverändert.

Gesamtvertrag über den Tätigkeitsumfang der Zahnambulatorien und über Richttarife für den festsitzenden Zahnersatz

§ 343c. (1) Zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Zahnärztekammer ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der

1. und 2. unverändert.

(2) unverändert.

Gesamtvertrag für die Durchführung der Untersuchungen nach den §§ 132 a und 132 b sowie der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit nach § 132 c Abs. 1 Z 1

§ 343a. (1) Zwischen der SV-Holding und der Österreichischen Ärztekammer ist ein für die Vertragsparteien verbindlicher Gesamtvertrag abzuschließen, der die Durchführung der Untersuchungen nach den §§ 132 a und 132 b sowie der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit nach § 132 c Abs. 1 Z 1 regelt und der die Vergütung der ärztlichen Leistungen vorsieht; dieser Gesamtvertrag bedarf der Zustimmung der beteiligten Träger der Krankenversicherung und der beteiligten Ärztekammern.

(2) und (3) unverändert.

Gesamtvertrag für die Durchführung der arbeitsmedizinischen Betreuung

§ 343b. (1) Zwischen der SV-Holding und der Österreichischen Ärztekammer ist ein für die Vertragsparteien verbindlicher Gesamtvertrag abzuschließen, der für die arbeitsmedizinische Betreuung gemäß § 172 Abs. 1 die Tätigkeiten und die Vergütung der freiberuflich tätigen Ärzte regelt; dieser Gesamtvertrag bedarf der Zustimmung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt sowie der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau.

(2) und (3) unverändert.

Gesamtvertrag über den Tätigkeitsumfang der Zahnambulatorien und über Richttarife für den festsitzenden Zahnersatz

§ 343c. (1) Zwischen der SV-Holding und der Österreichischen Zahnärztekammer ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der

1. und 2. unverändert.

(2) unverändert.

Landesberufungskommission

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

(2) und (3) unverändert.

Landesschiedskommission

§ 345a. (1) Für jedes Land ist auf Dauer eine Landesschiedskommission zu errichten. Diese besteht aus einem Richter des Ruhestandes als Vorsitzenden und vier Beisitzern. Der Vorsitzende soll durch längere Zeit hindurch in Arbeits- und Sozialrechtssachen tätig gewesen sein. Er ist vom Bundesminister für Justiz jeweils auf fünf Jahre zu bestellen. Je zwei Beisitzer werden im Einzelfall von der zuständigen Ärztekammer und dem Hauptverband entsendet.

(2) und (3) unverändert.

Bundesschiedskommission

§ 346. unverändert.

(2) Die Bundesschiedskommission besteht aus einem aktiven Richter des Obersten Gerichtshofes als Vorsitzenden und aus sechs Beisitzern. Der Vorsitzende und zwei Beisitzer, die gleichfalls dem Dienststand angehörende Richter des Obersten Gerichtshofes sein müssen, werden vom Bundesminister für Justiz bestellt. Je zwei Beisitzer werden von der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband entsendet.

(3) unverändert.

4) Der Bundesminister für Justiz hat ein Mitglied der Bundesschiedskommission oder einen Stellvertreter seines Amtes zu entheben, wenn sich ergibt, daß

1. und 2. unverändert.

Landesberufungskommission

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

(2) und (3) unverändert.

Landesschiedskommission

§ 345a. (1) Für jedes Land ist auf Dauer eine Landesschiedskommission zu errichten. Diese besteht aus einem Richter des Ruhestandes als Vorsitzenden und vier Beisitzern. Der Vorsitzende soll durch längere Zeit hindurch in Arbeits- und Sozialrechtssachen tätig gewesen sein. Er ist vom Bundesminister für Justiz jeweils auf fünf Jahre zu bestellen. Je zwei Beisitzer werden im Einzelfall von der zuständigen Ärztekammer und der SV-Holding entsendet.

(2) und (3) unverändert.

Bundesschiedskommission

§ 346. unverändert.

(2) Die Bundesschiedskommission besteht aus einem aktiven Richter des Obersten Gerichtshofes als Vorsitzenden und aus sechs Beisitzern. Der Vorsitzende und zwei Beisitzer, die gleichfalls dem Dienststand angehörende Richter des Obersten Gerichtshofes sein müssen, werden vom Bundesminister für Justiz bestellt. Je zwei Beisitzer werden von der Österreichischen Ärztekammer und der SV-Holding entsendet.

(3) unverändert.

4) Der Bundesminister für Justiz hat ein Mitglied der Bundesschiedskommission oder einen Stellvertreter seines Amtes zu entheben, wenn sich ergibt, daß

1. und 2. unverändert.

3. bei einem Mitglied (Stellvertreter), das (der) von der Österreichischen Ärztekammer oder dem Hauptverband entsendet wurde, ein wichtiger persönlicher Grund zur Enthebung vorliegt, und die Österreichische Ärztekammer oder der Hauptverband seine Enthebung unter Berufung darauf beantragt;

4. unverändert.

Wird ein Mitglied enthoben, ist sein Stellvertreter für die Dauer eines laufenden Verfahrens heranzuziehen, bis ein neues Mitglied durch die hiezu befugte Stelle bestellt (entsendet) und berufen wird.

(5) Wird ein Mitglied (Stellvertreter) seines Amtes enthoben, so hat die hiezu befugte Stelle innerhalb von drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter) zu bestellen (entsenden). Die Amtsdauer solcher Mitglieder (Stellvertreter) endet mit dem Ablauf der jeweils laufenden fünfjährigen Amtsdauer. Für die weitere Ausübung des Amtes durch solche Mitglieder (Stellvertreter) oder ihre Wiederbestellung gilt Abs. 3 sinngemäß. Verabsäumt es die Österreichische Ärztekammer binnen drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter) zu entsenden, so hat über Antrag des Hauptverbandes der Bundesminister für Justiz einen Richter (Abs. 2) als Ersatz für das seines Amtes enthobene Mitglied zu bestellen. Verabsäumt es der Hauptverband binnen drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter) zu entsenden, so ist die Österreichische Ärztekammer berechtigt, einen derartigen Antrag zu stellen. Die Amtsdauer eines solcherart bestellten Mitgliedes (Stellvertreters) endet, sobald die hiezu befugte Stelle die Entsendung nachholt.

(6) und (7) unverändert.

Allgemeine Bestimmungen über die Kommissionen

§ 347. (1) unverändert.

(2) Die in den Kommissionen nach den §§ 345, 345 a und 346 tätigen Richter des Dienststandes und des Ruhestandes erhalten eine Entschädigung, deren Höhe vom Bundesminister für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes festgesetzt wird. Die übrigen Mitglieder dieser Kommissionen und die Mitglieder der Kommissionen nach § 344 üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Diese Regelung gilt sinngemäß auch für die Stellvertreter der Mitglieder der Kommissionen nach den §§ 345, 345 a und 346, falls sie in dieser Funktion tätig werden.

3. bei einem Mitglied (Stellvertreter), das (der) von der Österreichischen Ärztekammer oder der SV-Holding entsendet wurde, ein wichtiger persönlicher Grund zur Enthebung vorliegt, und die Österreichische Ärztekammer oder die SV-Holding seine Enthebung unter Berufung darauf beantragt;

4. unverändert.

Wird ein Mitglied enthoben, ist sein Stellvertreter für die Dauer eines laufenden Verfahrens heranzuziehen, bis ein neues Mitglied durch die hiezu befugte Stelle bestellt (entsendet) und berufen wird.

(5) Wird ein Mitglied (Stellvertreter) seines Amtes enthoben, so hat die hiezu befugte Stelle innerhalb von drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter) zu bestellen (entsenden). Die Amtsdauer solcher Mitglieder (Stellvertreter) endet mit dem Ablauf der jeweils laufenden fünfjährigen Amtsdauer. Für die weitere Ausübung des Amtes durch solche Mitglieder (Stellvertreter) oder ihre Wiederbestellung gilt Abs. 3 sinngemäß. Verabsäumt es die Österreichische Ärztekammer binnen drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter) zu entsenden, so hat über Antrag der SV-Holding der Bundesminister für Justiz einen Richter (Abs. 2) als Ersatz für das seines Amtes enthobene Mitglied zu bestellen. Verabsäumt es die SV-Holding binnen drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter) zu entsenden, so ist die Österreichische Ärztekammer berechtigt, einen derartigen Antrag zu stellen. Die Amtsdauer eines solcherart bestellten Mitgliedes (Stellvertreters) endet, sobald die hiezu befugte Stelle die Entsendung nachholt.

(6) und (7) unverändert.

Allgemeine Bestimmungen über die Kommissionen

§ 347. (1) unverändert.

(2) Die in den Kommissionen nach den §§ 345, 345 a und 346 tätigen Richter des Dienststandes und des Ruhestandes erhalten eine Entschädigung, deren Höhe vom Bundesminister für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und der SV-Holding festgesetzt wird. Die übrigen Mitglieder dieser Kommissionen und die Mitglieder der Kommissionen nach § 344 üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Diese Regelung gilt sinngemäß auch für die Stellvertreter der Mitglieder der Kommissionen nach den §§ 345, 345 a und 346, falls sie in dieser Funktion tätig werden.

(3) Die Gerichte, Verwaltungsbehörden, Versicherungsträger (der Hauptverband), wie auch die Österreichische Ärztekammer und die Ärztekammern in den Bundesländern sind an die innerhalb der Grenzen der Zuständigkeit gefällten Entscheidungen und Beschlüsse der in den §§ 344, 345, 345 a und 346 vorgesehenen Kommissionen gebunden.

(4) Die in den §§ 344, 345, 345 a und 346 vorgesehenen Kommissionen haben auf das Verfahren das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1950 anzuwenden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes anordnet. Sie fassen ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit; eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Im Übrigen sind die Geschäftsordnungen dieser Kommissionen vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes durch Verordnung zu regeln.

(5) unverändert.

(6) Die Verhandlungen der Landesberufungskommission (§ 345) und der Landesschiedskommission (§ 345 a) sind am Sitz des Landesgerichtes der jeweiligen Landeshauptstadt, im Land Vorarlberg am Sitz des Landesgerichtes Feldkirch, und die Verhandlungen der Bundesschiedskommission (§ 346) am Sitz des Obersten Gerichtshofes durchzuführen. Im übrigen bleibt § 40 Abs. 1 AVG 1950 unberührt. Die Kanzleigeschäfte der in den §§ 344, 345 und 345 a vorgesehenen Kommissionen sind kalenderjährlich abwechselnd von den Ärztekammern und den Gebietskrankenkassen jener Länder zu führen, in denen die betreffende Kommission eingerichtet oder im Einzelfall einzurichten ist. Die Kanzleigeschäfte der Bundesschiedskommission (§ 346) sind kalenderjährlich abwechselnd von der Österreichischen Ärztekammer und vom Hauptverband zu führen.

(7) Die Kosten der Verfahren vor den in den §§ 344, 345, 345a und 346 vorgesehenen Kommissionen tragen je zur Hälfte die in Betracht kommende gesetzliche Interessenvertretung und der beteiligte Versicherungsträger (Hauptverband).

Bestimmung des Inhaltes eines Gesamtvertrages durch die Bundesschiedskommission

§ 348. (1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer oder des Hauptverbandes setzt die Bundesschiedskommission den Inhalt eines aufgekündigten Gesamtvertrages für höchstens drei Monate - gerechnet vom Tage der Entscheidung - fest. Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrages ein neuer Gesamtvertrag nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrages noch nicht abgelaufen ist.

(3) Die Gerichte, Verwaltungsbehörden, Versicherungsträger (die SV-Holding), wie auch die Österreichische Ärztekammer und die Ärztekammern in den Bundesländern sind an die innerhalb der Grenzen der Zuständigkeit gefällten Entscheidungen und Beschlüsse der in den §§ 344, 345, 345 a und 346 vorgesehenen Kommissionen gebunden.

(4) Die in den §§ 344, 345, 345 a und 346 vorgesehenen Kommissionen haben auf das Verfahren das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1950 anzuwenden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes anordnet. Sie fassen ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit; eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Im Übrigen sind die Geschäftsordnungen dieser Kommissionen vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und der SV-Holding durch Verordnung zu regeln.

(5) unverändert.

(6) Die Verhandlungen der Landesberufungskommission (§ 345) und der Landesschiedskommission (§ 345 a) sind am Sitz des Landesgerichtes der jeweiligen Landeshauptstadt, im Land Vorarlberg am Sitz des Landesgerichtes Feldkirch, und die Verhandlungen der Bundesschiedskommission (§ 346) am Sitz des Obersten Gerichtshofes durchzuführen. Im übrigen bleibt § 40 Abs. 1 AVG 1950 unberührt. Die Kanzleigeschäfte der in den §§ 344, 345 und 345 a vorgesehenen Kommissionen sind kalenderjährlich abwechselnd von den Ärztekammern und den Gebietskrankenkassen jener Länder zu führen, in denen die betreffende Kommission eingerichtet oder im Einzelfall einzurichten ist. Die Kanzleigeschäfte der Bundesschiedskommission (§ 346) sind kalenderjährlich abwechselnd von der Österreichischen Ärztekammer und von der SV-Holding zu führen.

(7) Die Kosten der Verfahren vor den in den §§ 344, 345, 345a und 346 vorgesehenen Kommissionen tragen je zur Hälfte die in Betracht kommende gesetzliche Interessenvertretung und der beteiligte Versicherungsträger (SV-Holding).

Bestimmung des Inhaltes eines Gesamtvertrages durch die Bundesschiedskommission

§ 348. (1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer oder der SV-Holding setzt die Bundesschiedskommission den Inhalt eines aufgekündigten Gesamtvertrages für höchstens drei Monate - gerechnet vom Tage der Entscheidung - fest. Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrages ein neuer Gesamtvertrag nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrages noch nicht abgelaufen ist.

(2) und (3) unverändert.

ABSCHNITT III

Beziehungen der Krankenversicherungsträger (des Hauptverbandes) zu den Apothekern

Gesamtvertrag

§ 348a. (1) Die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Apothekern sind durch einen Gesamtvertrag zu regeln. Dieser Gesamtvertrag ist für die Krankenversicherungsträger durch den Hauptverband und für die Apotheker durch die Österreichische Apothekerkammer abzuschließen; er bedarf der Zustimmung der Krankenversicherungsträger und ist für die Apotheker ohne den Abschluss von Einzelverträgen und ohne gesonderte Zustimmungs- oder Beitrittsklärung wirksam.

(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) Im Gesamtvertrag können auch Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und dem Hauptverband einerseits, der Österreichischen Apothekerkammer und der Pharmazeutischen Gehaltskasse für Österreich andererseits geregelt werden. Soweit der Gesamtvertrag Beziehungen der Pharmazeutischen Gehaltskasse regelt, bedarf er deren Zustimmung.

Auflösung des Gesamtvertrages

§ 348b. (1) Der Gesamtvertrag kann vom Hauptverband mit Zustimmung der Krankenversicherungsträger oder von der Österreichischen Apothekerkammer namens der Apotheker unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende jedes Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.

(2) Regelt der Gesamtvertrag auch Beziehungen zur Pharmazeutischen Gehaltskasse, so kann er insoweit sowohl vom Hauptverband als auch von der Österreichischen Apothekerkammer namens der Pharmazeutischen Gehaltskasse mit deren Zustimmung gesondert nach Abs. 1 gekündigt werden.

(3) unverändert.

(2) und (3) unverändert.

ABSCHNITT III

Beziehungen der Krankenversicherungsträger (der SV-Holding) zu den Apothekern

Gesamtvertrag

§ 348a. (1) Die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Apothekern sind durch einen Gesamtvertrag zu regeln. Dieser Gesamtvertrag ist für die Krankenversicherungsträger durch die SV-Holding und für die Apotheker durch die Österreichische Apothekerkammer abzuschließen; er bedarf der Zustimmung der Krankenversicherungsträger und ist für die Apotheker ohne den Abschluss von Einzelverträgen und ohne gesonderte Zustimmungs- oder Beitrittsklärung wirksam.

(2) unverändert.

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

1. bis 5. unverändert.

(4) Im Gesamtvertrag können auch Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und der SV-Holding einerseits, der Österreichischen Apothekerkammer und der Pharmazeutischen Gehaltskasse für Österreich andererseits geregelt werden. Soweit der Gesamtvertrag Beziehungen der Pharmazeutischen Gehaltskasse regelt, bedarf er deren Zustimmung.

Auflösung des Gesamtvertrages

§ 348b. (1) Der Gesamtvertrag kann von der SV-Holding mit Zustimmung der Krankenversicherungsträger oder von der Österreichischen Apothekerkammer namens der Apotheker unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende jedes Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.

(2) Regelt der Gesamtvertrag auch Beziehungen zur Pharmazeutischen Gehaltskasse, so kann er insoweit sowohl von der SV-Holding als auch von der Österreichischen Apothekerkammer namens der Pharmazeutischen Gehaltskasse mit deren Zustimmung gesondert nach Abs. 1 gekündigt werden.

(3) unverändert.

Beendigung von Vertragsbeziehungen

§ 348c. (1) Der Gesamtvertrag kann durch den Hauptverband namens der Krankenversicherungsträger gegenüber einem Apotheker zum Ende jedes Kalendervierteljahres unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist teilgekündigt werden, wenn eine so beharrliche oder eine so schwerwiegende Verletzung des Gesamtvertrages vorliegt, dass die Aufrechterhaltung vertraglicher Beziehungen für die hauptsächlich betroffenen Krankenversicherungsträger nicht mehr zumutbar ist. Die Kündigung ist schriftlich auszusprechen und zu begründen.

(2) Der Hauptverband kann den Gesamtvertrag auch noch nach Abschluss eines Verfahrens im Sinne des § 348 d Abs. 2 gemäß Abs. 1 teilkündigen.

(3) unverändert.

§ 348d. (1) unverändert.

(2) Wird jedoch in den Fällen des § 343 Abs. 2 Z 4 bis 6 spätestens innerhalb von vier Wochen ab Rechtskraft des Urteiles von Amts wegen oder durch Antrag des betroffenen Apothekers ein Verfahren nach den §§ 18, 19, 20 oder 20 a des Apothekengesetzes eingeleitet, so hemmt dies die Beendigung der Vertragsbeziehungen für die Dauer dieses Verfahrens. Der Hauptverband und die Österreichische Apothekerkammer haben in diesem Verfahren Parteistellung. Führt das Verfahren zu keinem Ausscheiden des Apothekers aus der Apothekenleitung, bleiben die Vertragsbeziehungen bestehen.

(3) Die Vertragsbeziehungen eines Apothekers

1. bis 6. unverändert.

sind beendet, wenn der Hauptverband innerhalb von sechs Monaten ab der Übernahme einer Apothekenleitung durch diesen Apotheker Einspruch gegen den Weiterbestand vertraglicher Beziehungen mit diesem Apotheker erhebt. Dieser Einspruch ist schriftlich an den Apotheker zu richten und zu begründen. Wenn der Apotheker binnen zwei Wochen bei der Bundesschiedskommission die Aufhebung dieses Einspruches beantragt, bleiben seine Vertragsbeziehungen bis zur Entscheidung der Bundesschiedskommission vorläufig bestehen. Der Hauptverband kann das Verfahren vor der Bundesschiedskommission auch fortsetzen, nachdem der Apotheker wieder aus der Apothekenleitung ausgeschieden ist.

Beendigung von Vertragsbeziehungen

§ 348c. (1) Der Gesamtvertrag kann durch die SV-Holding namens der Krankenversicherungsträger gegenüber einem Apotheker zum Ende jedes Kalendervierteljahres unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist teilgekündigt werden, wenn eine so beharrliche oder eine so schwerwiegende Verletzung des Gesamtvertrages vorliegt, dass die Aufrechterhaltung vertraglicher Beziehungen für die hauptsächlich betroffenen Krankenversicherungsträger nicht mehr zumutbar ist. Die Kündigung ist schriftlich auszusprechen und zu begründen.

(2) Die SV-Holding kann den Gesamtvertrag auch noch nach Abschluss eines Verfahrens im Sinne des § 348 d Abs. 2 gemäß Abs. 1 teilkündigen.

(3) unverändert.

§ 348d. (1) unverändert.

(2) Wird jedoch in den Fällen des § 343 Abs. 2 Z 4 bis 6 spätestens innerhalb von vier Wochen ab Rechtskraft des Urteiles von Amts wegen oder durch Antrag des betroffenen Apothekers ein Verfahren nach den §§ 18, 19, 20 oder 20 a des Apothekengesetzes eingeleitet, so hemmt dies die Beendigung der Vertragsbeziehungen für die Dauer dieses Verfahrens. Die SV-Holding und die Österreichische Apothekerkammer haben in diesem Verfahren Parteistellung. Führt das Verfahren zu keinem Ausscheiden des Apothekers aus der Apothekenleitung, bleiben die Vertragsbeziehungen bestehen.

(3) Die Vertragsbeziehungen eines Apothekers

1. bis 6. unverändert.

sind beendet, wenn die SV-Holding innerhalb von sechs Monaten ab der Übernahme einer Apothekenleitung durch diesen Apotheker Einspruch gegen den Weiterbestand vertraglicher Beziehungen mit diesem Apotheker erhebt. Dieser Einspruch ist schriftlich an den Apotheker zu richten und zu begründen. Wenn der Apotheker binnen zwei Wochen bei der Bundesschiedskommission die Aufhebung dieses Einspruches beantragt, bleiben seine Vertragsbeziehungen bis zur Entscheidung der Bundesschiedskommission vorläufig bestehen. Die SV-Holding kann das Verfahren vor der Bundesschiedskommission auch fortsetzen, nachdem der Apotheker wieder aus der Apothekenleitung ausgeschieden ist.

(4) Die Bundesschiedskommission hat bei ihrer Entscheidung über einen Antrag des Apothekers nach Abs. 3 die Zumutbarkeit vertraglicher Beziehungen mit diesem Apotheker für die Krankenversicherungsträger anhand der Umstände, die zu einer vorangegangenen Vertragsauflösung geführt haben, des Ausmaßes der Beteiligung dieses Apothekers an Vertragsverstößen und der Gefahr weiterer Vertragsverstöße zu prüfen. Wenn die Bundesschiedskommission den Einspruch des Hauptverbandes nicht aufhebt, hat sie eine Frist festzusetzen, innerhalb der der Gesamtvertrag für den Apotheker nicht wirksam werden kann. Diese Frist darf fünf Jahre oder eine allenfalls längere Dauer einer Disziplinarstrafe nach § 23 Abs. 1 lit. e des Apothekerkammergesetzes, BGBl. Nr. 152/1947, nicht übersteigen.

(5) Die nach dem Apothekengesetz zuständigen Behörden haben bei Veränderungen in der Leitung einer Apotheke Name und Anschrift jedes Apothekers (§ 348 a Abs. 2) sowie den Namen der Apotheke sofort nach Bekanntwerden an den Hauptverband und an die Österreichische Apothekerkammer zu übermitteln.

Verfahren bei Streitigkeiten

§ 348e. (1) Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten über die Auslegung oder über die Anwendung des bestehenden Gesamtvertrages zwischen dem Hauptverband oder einem Krankenversicherungsträger einerseits, der Österreichischen Apothekerkammer oder der Pharmazeutischen Gehaltskasse andererseits, ist die Bundesschiedskommission zuständig.

(2) Streitigkeiten, die sich aus den Vertragsbeziehungen zwischen einzelnen Apothekern und den Krankenversicherungsträgern ergeben (ausgenommen Streitigkeiten nach § 348 c und § 348 d), hat ein Schlichtungsausschuss zu entscheiden. Die Bundesschiedskommission kann in solchen Fällen erst nach Entscheidung des Schlichtungsausschusses und nur durch den Hauptverband oder die Österreichische Apothekerkammer innerhalb von sechs Wochen angerufen werden. Trifft der Schlichtungsausschuss nicht innerhalb von sechs Monaten eine Entscheidung, kann die Bundesschiedskommission auch von den Verfahrensparteien angerufen werden.

(3) unverändert.

(4) Die Bundesschiedskommission hat bei ihrer Entscheidung über einen Antrag des Apothekers nach Abs. 3 die Zumutbarkeit vertraglicher Beziehungen mit diesem Apotheker für die Krankenversicherungsträger anhand der Umstände, die zu einer vorangegangenen Vertragsauflösung geführt haben, des Ausmaßes der Beteiligung dieses Apothekers an Vertragsverstößen und der Gefahr weiterer Vertragsverstöße zu prüfen. Wenn die Bundesschiedskommission den Einspruch der SV-Holding nicht aufhebt, hat sie eine Frist festzusetzen, innerhalb der der Gesamtvertrag für den Apotheker nicht wirksam werden kann. Diese Frist darf fünf Jahre oder eine allenfalls längere Dauer einer Disziplinarstrafe nach § 23 Abs. 1 lit. e des Apothekerkammergesetzes, BGBl. Nr. 152/1947, nicht übersteigen.

(5) Die nach dem Apothekengesetz zuständigen Behörden haben bei Veränderungen in der Leitung einer Apotheke Name und Anschrift jedes Apothekers (§ 348 a Abs. 2) sowie den Namen der Apotheke sofort nach Bekanntwerden an die SV-Holding und an die Österreichische Apothekerkammer zu übermitteln.

Verfahren bei Streitigkeiten

§ 348e. (1) Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten über die Auslegung oder über die Anwendung des bestehenden Gesamtvertrages zwischen der SV-Holding oder einem Krankenversicherungsträger einerseits, der Österreichischen Apothekerkammer oder der Pharmazeutischen Gehaltskasse andererseits, ist die Bundesschiedskommission zuständig.

(2) Streitigkeiten, die sich aus den Vertragsbeziehungen zwischen einzelnen Apothekern und den Krankenversicherungsträgern ergeben (ausgenommen Streitigkeiten nach § 348 c und § 348 d), hat ein Schlichtungsausschuss zu entscheiden. Die Bundesschiedskommission kann in solchen Fällen erst nach Entscheidung des Schlichtungsausschusses und nur durch die SV-Holding oder die Österreichische Apothekerkammer innerhalb von sechs Wochen angerufen werden. Trifft der Schlichtungsausschuss nicht innerhalb von sechs Monaten eine Entscheidung, kann die Bundesschiedskommission auch von den Verfahrensparteien angerufen werden.

(3) unverändert.

ABSCHNITT IV**Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu anderen Vertragspartnern
Gesamtverträge**

§ 349. (1) unverändert.

(2) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch je einen Gesamtvertrag mit beruflichen Interessenvertretungen der klinischen Psychologen, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychologenbeirates (§ 20 Abs. 1 Z 8 des Psychologengesetzes), sowie beruflichen Interessenvertretungen der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychotherapiebeirates (§ 21 Abs. 1 Z 9 des Psychotherapiegesetzes), vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales mit Bescheid festgestellt worden ist, geregelt. Hierbei finden die §§ 341, 342 und 343 Abs. 1 bis 3 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, dass an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt. Stehen keine Gesamtverträge in Geltung, können für die Träger der Krankenversicherung vom Hauptverband Einzelverträge mit freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. mit freiberuflich tätigen Psychotherapeuten nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Diese Einzelverträge bedürfen der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den sie abgeschlossen werden.

(2a) bis (5) unverändert.

Abgabe von Heilmitteln

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

1. und 2. unverändert.
3. Verschreibbarkeit nach den Regeln des vom Hauptverband herausgegebenen Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12) und nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise (§ 31 Abs. 5 Z 13).

(2) bis (4) unverändert.

ABSCHNITT IV**Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (der SV-Holding) zu anderen Vertragspartnern
Gesamtverträge**

§ 349. (1) unverändert.

(2) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch je einen Gesamtvertrag mit beruflichen Interessenvertretungen der klinischen Psychologen, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychologenbeirates (§ 20 Abs. 1 Z 8 des Psychologengesetzes), sowie beruflichen Interessenvertretungen der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychotherapiebeirates (§ 21 Abs. 1 Z 9 des Psychotherapiegesetzes), vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales mit Bescheid festgestellt worden ist, geregelt. Hierbei finden die §§ 341, 342 und 343 Abs. 1 bis 3 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, dass an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt. Stehen keine Gesamtverträge in Geltung, können für die Träger der Krankenversicherung von der SV-Holding Einzelverträge mit freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. mit freiberuflich tätigen Psychotherapeuten nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Diese Einzelverträge bedürfen der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den sie abgeschlossen werden.

(2a) bis (5) unverändert.

Abgabe von Heilmitteln

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

1. und 2. unverändert.
3. Verschreibbarkeit nach den Regeln des von der SV-Holding herausgegebenen Erstattungskodex (§ 30e Abs. 1 Z 11) und nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise (§ 30f Abs. 1 Z 7).

(2) bis (4) unverändert.

Verträge für die Durchführung der Untersuchungen nach § 132 b mit anderen Vertragspartnern

§ 351a. Zwischen dem Hauptverband und den in Betracht kommenden Bundesländern und Gemeinden sowie sonstigen Rechtsträgern von Krankenanstalten sind Verträge abzuschließen, die die Durchführung der Untersuchungen nach § 132 b in den Vorsorge(Gesunden)-Untersuchungsstellen sowie Spitalsambulanzen und die hierfür zu entrichtenden Vergütungen regeln; diese Verträge bedürfen auch der Zustimmung des beteiligten Trägers der Krankenversicherung.

Bereiche des Erstattungskodex und Antragstellungen für die Aufnahme in den Erstattungskodex

§ 351c. (1) Das vertriebsberechtigte Unternehmen beantragt beim Hauptverband die Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex. Mit Einlangen des Antrages, mit dem zumindest die Zulassungsnummer und ein Preis bekannt gegeben wird und dem eine Bestätigung der Lieferfähigkeit und eine Bestätigung über die Dauer der Patentlaufzeit angeschlossen ist, wird die Arzneispezialität zeitlich befristet in den roten Bereich aufgenommen. Stellt der Hauptverband spätestens nach 90 Tagen fest, dass die Arzneispezialität nicht erstattungsfähig ist, so ist sie aus dem Erstattungskodex zu streichen. Beschwerden dagegen haben keine aufschiebende Wirkung. Die näheren Bestimmungen zur Feststellung der Erstattungsfähigkeit werden in der Verfahrensordnung (§ 351g) festgelegt. Nach Feststellung der Erstattungsfähigkeit oder Verstreichen der Frist von 90 Tagen ist das vertriebsberechtigte Unternehmen berechtigt, einen Antrag auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex zu stellen. Dieser Antrag kann spätestens 90 Tage (wird auch über den Preis entschieden, spätestens 180 Tage) vor Ablauf der 24-monatigen (36-monatigen) Frist nach Abs. 7 Z 1 gestellt werden. Bereits vorgelegte Unterlagen müssen nicht neuerlich vorgelegt werden. Für alle Produkte sind dieselben Prüfmaßstäbe anzulegen. Der Hauptverband hat die in den Erstattungskodex aufgenommenen und die daraus ausgeschiedenen Arzneispezialitäten monatlich im Internet kundzumachen.

(2) Der Hauptverband hat eine Liste jener Arzneimittelkategorien zu erstellen, die im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung im Sinn des § 133 Abs. 2 geeignet sind, da sie zB überwiegend

- zur Behandlung in Krankenanstalten,
- unter ständiger Beobachtung oder
- zur Prophylaxe

Verträge für die Durchführung der Untersuchungen nach § 132 b mit anderen Vertragspartnern

§ 351a. Zwischen der SV-Holding und den in Betracht kommenden Bundesländern und Gemeinden sowie sonstigen Rechtsträgern von Krankenanstalten sind Verträge abzuschließen, die die Durchführung der Untersuchungen nach § 132 b in den Vorsorge(Gesunden)-Untersuchungsstellen sowie Spitalsambulanzen und die hierfür zu entrichtenden Vergütungen regeln; diese Verträge bedürfen auch der Zustimmung des beteiligten Trägers der Krankenversicherung.

Bereiche des Erstattungskodex und Antragstellungen für die Aufnahme in den Erstattungskodex

§ 351c. (1) Das vertriebsberechtigte Unternehmen beantragt bei der SV-Holding die Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex. Mit Einlangen des Antrages, mit dem zumindest die Zulassungsnummer und ein Preis bekannt gegeben wird und dem eine Bestätigung der Lieferfähigkeit und eine Bestätigung über die Dauer der Patentlaufzeit angeschlossen ist, wird die Arzneispezialität zeitlich befristet in den roten Bereich aufgenommen. Stellt die SV-Holding spätestens nach 90 Tagen fest, dass die Arzneispezialität nicht erstattungsfähig ist, so ist sie aus dem Erstattungskodex zu streichen. Beschwerden dagegen haben keine aufschiebende Wirkung. Die näheren Bestimmungen zur Feststellung der Erstattungsfähigkeit werden in der Verfahrensordnung (§ 351g) festgelegt. Nach Feststellung der Erstattungsfähigkeit oder Verstreichen der Frist von 90 Tagen ist das vertriebsberechtigte Unternehmen berechtigt, einen Antrag auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex zu stellen. Dieser Antrag kann spätestens 90 Tage (wird auch über den Preis entschieden, spätestens 180 Tage) vor Ablauf der 24-monatigen (36-monatigen) Frist nach Abs. 7 Z 1 gestellt werden. Bereits vorgelegte Unterlagen müssen nicht neuerlich vorgelegt werden. Für alle Produkte sind dieselben Prüfmaßstäbe anzulegen. Die SV-Holding hat die in den Erstattungskodex aufgenommenen und die daraus ausgeschiedenen Arzneispezialitäten monatlich im Internet kundzumachen.

(2) Die SV-Holding hat eine Liste jener Arzneimittelkategorien zu erstellen, die im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung im Sinn des § 133 Abs. 2 geeignet sind, da sie zB überwiegend

- zur Behandlung in Krankenanstalten,
- unter ständiger Beobachtung oder
- zur Prophylaxe

verwendbar sind. Diese Liste samt einer Begründung für die Anführung der Arzneimittelkategorien ist im Internet zu veröffentlichen.

(3) und (4) unverändert.

(5) Der Hauptverband ist berechtigt, das Verfahren über die Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex oder die Aufnahme einer Arzneispezialität in einen anderen Bereich des Erstattungskodex von sich aus unter sinngemäßer Anwendung der Voraussetzungen und Prüfmaßstäbe nach Abs. 1 bis 4 und 7 bis 9 sowie nach § 31 Abs. 3 Z 12 einzuleiten. Das vertriebsberechtigte Unternehmen ist vor Einleitung eines solchen Verfahrens zu verständigen.

(6) Die Preiskommission (§ 9 Abs. 3 des Preisgesetzes 1992, BGBl. Nr. 145/1992) ermittelt für Zwecke der Preisfestsetzung einer Arzneispezialität im Rahmen des roten und gelben Bereiches des Erstattungskodex aus den Preisen in Mitgliedstaaten der Europäischen Union den EU-Durchschnittspreis. Dieser Preis ist von der Preiskommission auf Basis der Meldungen der vertriebsberechtigten Unternehmen unter Beiziehung der Gesundheit Österreich GmbH zu ermitteln. Die Preiskommission hat den jeweils ermittelten Preis dem Hauptverband mitzuteilen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat die Vorgehensweise der Preiskommission für die Preisermittlung im Internet zu veröffentlichen.

7) Sonderbestimmungen für den roten Bereich (red box) des Erstattungskodex:

1. Ab der Feststellung des ermittelten EU-Durchschnittspreises verbleibt die Arzneispezialität für höchstens 24 Monate in diesem Bereich. Kann ein EU-Durchschnittspreis nicht ermittelt werden, so beginnt die 24-monatige Frist nach Ablauf von zwölf Monaten nach Aufnahme in den roten Bereich. In dieser Zeit entscheidet der Hauptverband nach Maßgabe des § 351d Abs. 1 auf Grundlage einer Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission, ob die Arzneispezialität in den gelben oder den grünen Bereich übernommen wird oder aus dem Erstattungskodex ausscheidet. Stellt das vertriebsberechtigte Unternehmen spätestens 90 Tage (wird auch über den Preis entschieden, spätestens 180 Tage) vor Ablauf der 24-monatigen (36-monatigen) Frist (§ 351c Abs. 1 siebenter Satz) keinen Antrag auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex, so scheidet die Arzneispezialität mit Ablauf der 24-monatigen (36-monatigen) Frist aus dem roten Bereich des Erstattungskodex aus. Einer Entscheidung des Hauptverbandes bedarf es dazu nicht.

verwendbar sind. Diese Liste samt einer Begründung für die Anführung der Arzneimittelkategorien ist im Internet zu veröffentlichen.

(3) und (4) unverändert.

(5) Die SV-Holding ist berechtigt, das Verfahren über die Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex oder die Aufnahme einer Arzneispezialität in einen anderen Bereich des Erstattungskodex von sich aus unter sinngemäßer Anwendung der Voraussetzungen und Prüfmaßstäbe nach Abs. 1 bis 4 und 7 bis 9 sowie nach § 30e Abs. 1 Z 11 einzuleiten. Das vertriebsberechtigte Unternehmen ist vor Einleitung eines solchen Verfahrens zu verständigen.

(6) Die Preiskommission (§ 9 Abs. 3 des Preisgesetzes 1992, BGBl. Nr. 145/1992) ermittelt für Zwecke der Preisfestsetzung einer Arzneispezialität im Rahmen des roten und gelben Bereiches des Erstattungskodex aus den Preisen in Mitgliedstaaten der Europäischen Union den EU-Durchschnittspreis. Dieser Preis ist von der Preiskommission auf Basis der Meldungen der vertriebsberechtigten Unternehmen unter Beiziehung der Gesundheit Österreich GmbH zu ermitteln. Die Preiskommission hat den jeweils ermittelten Preis der SV-Holding mitzuteilen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat die Vorgehensweise der Preiskommission für die Preisermittlung im Internet zu veröffentlichen.

7) Sonderbestimmungen für den roten Bereich (red box) des Erstattungskodex:

1. Ab der Feststellung des ermittelten EU-Durchschnittspreises verbleibt die Arzneispezialität für höchstens 24 Monate in diesem Bereich. Kann ein EU-Durchschnittspreis nicht ermittelt werden, so beginnt die 24-monatige Frist nach Ablauf von zwölf Monaten nach Aufnahme in den roten Bereich. In dieser Zeit entscheidet die SV-Holding nach Maßgabe des § 351d Abs. 1 auf Grundlage einer Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission, ob die Arzneispezialität in den gelben oder den grünen Bereich übernommen wird oder aus dem Erstattungskodex ausscheidet. Stellt das vertriebsberechtigte Unternehmen spätestens 90 Tage (wird auch über den Preis entschieden, spätestens 180 Tage) vor Ablauf der 24-monatigen (36-monatigen) Frist (§ 351c Abs. 1 siebenter Satz) keinen Antrag auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex, so scheidet die Arzneispezialität mit Ablauf der 24-monatigen (36-monatigen) Frist aus dem roten Bereich des Erstattungskodex aus. Einer Entscheidung des Hauptverbandes bedarf es dazu nicht.

2. unverändert.

(8) und (9) unverändert.

(10) Liegt für eine Arzneispezialität ein wirkstoffgleiches Nachfolgeprodukt (Generikum) vor, so gilt zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit Folgendes:

1. Der Hauptverband hat mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen des Originalprodukts eine Preisreduktion von 30% zu vereinbaren, womit die Arzneispezialität weiter im Erstattungskodex bleibt. Für die Aufnahme des Generikums in den Erstattungskodex vereinbart der Hauptverband mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen einen Preis, der um 25,7% unter dem abgesenkten Preis des Originalprodukts liegt. Alle weiteren Generika werden vom Hauptverband in den Erstattungskodex aufgenommen, wenn ein genügend großer Preisunterschied zum ersten Generikum besteht. Sobald durch ein Generikum eine dritte Preisreduktion erfolgt ist, kann der Hauptverband mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen des Originalprodukts eine neuerliche Preisreduktion vereinbaren. Kann eine Einigung nicht erzielt werden, so ist die Arzneispezialität aus dem Erstattungskodex zu streichen.
2. Der Hauptverband kann bei ausgewählten Indikationsgruppen zur Förderung der Verfügbarkeit eines Generikums abweichende Regelungen zur Anwendung bringen.
3. Ist abzusehen, dass bei einer Arzneispezialität trotz rechtlicher Möglichkeit in Österreich kein Generikum vorliegen wird und der Hauptverband mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen ab diesem Zeitpunkt keine Preisreduktion vereinbaren kann, so kann der Hauptverband ein Jahr davor den Wirkstoff oder die Wirkstoffklasse auf Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission ausschreiben.

Entscheidung des Hauptverbandes

§ 351d. (1) Der Hauptverband hat über den Antrag auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex innerhalb von 90 Tagen (wird auch über den Preis entschieden, innerhalb von 180 Tagen) ab Antragstellung auf Grundlage der Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission zu entscheiden. Der Fristenlauf wird gehemmt, wenn die vom vertriebsberechtigten Unternehmen vorzulegenden Unterlagen (zB Studien, Gutachten usw.) nicht, nicht vollständig oder nicht in der aktuellen Fassung vorgelegt werden.

2. unverändert.

(8) und (9) unverändert.

(10) Liegt für eine Arzneispezialität ein wirkstoffgleiches Nachfolgeprodukt (Generikum) vor, so gilt zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit Folgendes:

1. Die SV-Holding hat mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen des Originalprodukts eine Preisreduktion von 30% zu vereinbaren, womit die Arzneispezialität weiter im Erstattungskodex bleibt. Für die Aufnahme des Generikums in den Erstattungskodex vereinbart die SV-Holding mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen einen Preis, der um 25,7% unter dem abgesenkten Preis des Originalprodukts liegt. Alle weiteren Generika werden von der SV-Holding in den Erstattungskodex aufgenommen, wenn ein genügend großer Preisunterschied zum ersten Generikum besteht. Sobald durch ein Generikum eine dritte Preisreduktion erfolgt ist, kann die SV-Holding mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen des Originalprodukts eine neuerliche Preisreduktion vereinbaren. Kann eine Einigung nicht erzielt werden, so ist die Arzneispezialität aus dem Erstattungskodex zu streichen.
2. Die SV-Holding kann bei ausgewählten Indikationsgruppen zur Förderung der Verfügbarkeit eines Generikums abweichende Regelungen zur Anwendung bringen.
3. Ist abzusehen, dass bei einer Arzneispezialität trotz rechtlicher Möglichkeit in Österreich kein Generikum vorliegen wird und die SV-Holding mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen ab diesem Zeitpunkt keine Preisreduktion vereinbaren kann, so kann der Hauptverband ein Jahr davor den Wirkstoff oder die Wirkstoffklasse auf Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission ausschreiben.

Entscheidung der SV-Holding

§ 351d. (1) Die SV-Holding hat über den Antrag auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex innerhalb von 90 Tagen (wird auch über den Preis entschieden, innerhalb von 180 Tagen) ab Antragstellung auf Grundlage der Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission zu entscheiden. Der Fristenlauf wird gehemmt, wenn die vom vertriebsberechtigten Unternehmen vorzulegenden Unterlagen (zB Studien, Gutachten usw.) nicht, nicht vollständig oder nicht in der aktuellen Fassung vorgelegt werden.

(2) Der Hauptverband hat seine Entscheidung nur dann zu begründen, wenn dem Antrag nicht stattgegeben wird. Der Antragsteller ist über die Möglichkeit der Beschwerde an die Unabhängige Heilmittelkommission sowie über die Rechtsmittelfristen nach § 351i Abs. 3 zu belehren.

(3) Ist ein Verfahren abgeschlossen, so ist der Hauptverband zur Entscheidung über einen neuerlichen Antrag hinsichtlich ein und derselben Arzneispezialität erst dann verpflichtet, wenn das vertriebsberechtigte Unternehmen dem Hauptverband das Vorliegen wesentlicher neuer Erkenntnisse nachweist.

Änderung der Verschreibbarkeit, Preiserhöhung

§ 351e. (1) Das vertriebsberechtigte Unternehmen kann die Änderung der Verschreibbarkeit seiner im gelben und grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialität (entweder allgemein oder nur für bestimmte Verwendungen) fordern. Der Hauptverband entscheidet über den Antrag (einschließlich des Preises) innerhalb von 180 Tagen.

(2) Das vertriebsberechtigte Unternehmen kann die Erhöhung des Preises seiner im Erstattungskodex angeführten Arzneispezialität fordern. § 351d Abs. 1 ist so anzuwenden, dass der Hauptverband bereits innerhalb von 90 Tagen zu entscheiden hat. Bei einer außergewöhnlich hohen Zahl von Anträgen kann diese Frist ein einziges Mal um 60 Tage verlängert werden; die Verlängerung ist dem vertriebsberechtigten Unternehmen vor Ablauf der 90-Tage-Frist mitzuteilen.

(2) Die SV-Holding hat seine Entscheidung nur dann zu begründen, wenn dem Antrag nicht stattgegeben wird. Der Antragsteller ist über die Möglichkeit der Beschwerde an die Unabhängige Heilmittelkommission sowie über die Rechtsmittelfristen nach § 351i Abs. 3 zu belehren.

(3) Ist ein Verfahren abgeschlossen, so ist die SV-Holding zur Entscheidung über einen neuerlichen Antrag hinsichtlich ein und derselben Arzneispezialität erst dann verpflichtet, wenn das vertriebsberechtigte Unternehmen der SV-Holding das Vorliegen wesentlicher neuer Erkenntnisse nachweist.

Änderung der Verschreibbarkeit, Preiserhöhung

§ 351e. (1) Das vertriebsberechtigte Unternehmen kann die Änderung der Verschreibbarkeit seiner im gelben und grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialität (entweder allgemein oder nur für bestimmte Verwendungen) fordern. Die SV-Holding entscheidet über den Antrag (einschließlich des Preises) innerhalb von 180 Tagen.

(2) Das vertriebsberechtigte Unternehmen kann die Erhöhung des Preises seiner im Erstattungskodex angeführten Arzneispezialität fordern. § 351d Abs. 1 ist so anzuwenden, dass die SV-Holding bereits innerhalb von 90 Tagen zu entscheiden hat. Bei einer außergewöhnlich hohen Zahl von Anträgen kann diese Frist ein einziges Mal um 60 Tage verlängert werden; die Verlängerung ist dem vertriebsberechtigten Unternehmen vor Ablauf der 90-Tage-Frist mitzuteilen.

Streichung aus dem Erstattungskodex

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

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat jede Aufhebung der Zulassung einer Arzneyspezialität dem Hauptverband mitzuteilen. Die Arzneyspezialität ist unverzüglich aus dem Erstattungskodex zu streichen.

Verordnungsermächtigung, Werbeverbot

§ 351g. (1) Die nähere Organisation zur Aufnahme einer Arzneyspezialität und das Verfahren zur Herausgabe des Erstattungskodex regelt der Hauptverband durch Verordnung, die der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bedarf. Vor Genehmigung hat eine Anhörung der Wirtschaftskammer Österreich zu erfolgen. Diese Verfahrensordnung hat insbesondere Zahl, Qualität und Form der vorzulegenden Unterlagen festzulegen und Regeln darüber zu enthalten, in welchen Fällen weiterführende Studien notwendig sind. Die Verordnung ist vom Hauptverband im Internet kundzumachen.

(2) In der Verordnung nach Abs. 1 wird das Verfahren der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission geregelt. Dieser Kommission sind alle Anträge auf Aufnahme (einschließlich aller Änderungen) einer Arzneyspezialität in den Erstattungskodex vorzulegen. Diese Kommission ist auch anzuhören, wenn der Hauptverband von sich aus eine Veränderung im Erstattungskodex beabsichtigt. Die Kommission hat dem Hauptverband insbesondere zu empfehlen,

1. bis 4. unverändert.

Streichung aus dem Erstattungskodex

§ 351f. (1) Die SV-Holding hat den Erstattungskodex regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob die angeführten Arzneyspezialitäten den Prüfmaßstäben nach den §§ 30e Abs. 1 Z 11 und 351c entsprechen. Er hat eine Arzneyspezialität aus dem Erstattungskodex zu streichen, in einen anderen Bereich zu übernehmen oder die Anführung auf bestimmte Verwendungen einzuschränken, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme nicht oder nur mehr für bestimmte Verwendungen erfüllt sind, insbesondere weil neue pharmakologische oder medizinisch-therapeutische oder gesundheitsökonomische Umstände eingetreten sind. Die SV-Holding hat vor der Entscheidung, eine Arzneyspezialität aus dem Erstattungskodex zu streichen oder in einen anderen Bereich zu übernehmen, dem vertriebsberechtigten Unternehmen Gelegenheit zur Stellungnahme binnen 30 Tagen zu geben. Das vertriebsberechtigte Unternehmen legt der SV-Holding auf Verlangen binnen 60 Tagen jene Unterlagen vor, die geeignet sind, die Zweifel aus pharmakologischer oder medizinisch-therapeutischer oder gesundheitsökonomischer Sicht auszuräumen. Allfällige Kosten für die Erstellung diesbezüglicher Gutachten oder Studien trägt das vertriebsberechtigte Unternehmen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat jede Aufhebung der Zulassung einer Arzneyspezialität der SV-Holding mitzuteilen. Die Arzneyspezialität ist unverzüglich aus dem Erstattungskodex zu streichen.

Verordnungsermächtigung, Werbeverbot

§ 351g. (1) Die nähere Organisation zur Aufnahme einer Arzneyspezialität und das Verfahren zur Herausgabe des Erstattungskodex regelt die SV-Holding durch Verordnung, die der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bedarf. Vor Genehmigung hat eine Anhörung der Wirtschaftskammer Österreich zu erfolgen. Diese Verfahrensordnung hat insbesondere Zahl, Qualität und Form der vorzulegenden Unterlagen festzulegen und Regeln darüber zu enthalten, in welchen Fällen weiterführende Studien notwendig sind. Die Verordnung ist von der SV-Holding im Internet kundzumachen.

(2) In der Verordnung nach Abs. 1 wird das Verfahren der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission geregelt. Dieser Kommission sind alle Anträge auf Aufnahme (einschließlich aller Änderungen) einer Arzneyspezialität in den Erstattungskodex vorzulegen. Diese Kommission ist auch anzuhören, wenn die SV-Holding von sich aus eine Veränderung im Erstattungskodex beabsichtigt. Die Kommission hat der SV-Holding insbesondere zu empfehlen,

1. bis 4. unverändert.

(3) unverändert.

(4) Der Hauptverband hat durch Verordnung pauschalierte Kostenersätze für die Kosten der Verfahren nach den §§ 351c Abs. 1 und 351e festzusetzen. Die Höhe der pauschalierten Kostenersätze hat sich nach den Kosten eines durchschnittlichen Verfahrens zu richten, wobei jedenfalls zwischen Verfahren zur Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex und Verfahren zur Änderung der Verschreibbarkeit oder zur Preiserhöhung der im Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten zu unterscheiden ist. Die Antragsteller/Antragstellerinnen haben die Kostenersätze gleichzeitig mit der Antragstellung an den Hauptverband zu entrichten, anderenfalls der Antrag als unvollständig gilt. Die Verordnung ist im Internet zu veröffentlichen.

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

Einrichtung und Zusammensetzung der Unabhängigen Heilmittelkommission

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

(2) unverändert.

(3) Der (die) Vorsitzende der Unabhängigen Heilmittelkommission wird vom Bundesminister für Justiz bestellt. Als Beisitzer(innen) gehören der Unabhängigen Heilmittelkommission jeweils ein(e) von den nachfolgenden Organisationen vorgeschlagene(r) Vertreter(in) an:

1. bis 6. unverändert.
7. Hauptverband.

Die Beisitzer(innen) sowie jeweils ein(e) Stellvertreter(in) werden von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bestellt und haben über die erforderlichen Zeitressourcen zur Ausübung ihres Amtes zu verfügen.

(4) bis (6) unverändert.

(3) unverändert.

(4) Die SV-Holding hat durch Verordnung pauschalierte Kostenersätze für die Kosten der Verfahren nach den §§ 351c Abs. 1 und 351e festzusetzen. Die Höhe der pauschalierten Kostenersätze hat sich nach den Kosten eines durchschnittlichen Verfahrens zu richten, wobei jedenfalls zwischen Verfahren zur Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex und Verfahren zur Änderung der Verschreibbarkeit oder zur Preiserhöhung der im Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten zu unterscheiden ist. Die Antragsteller/Antragstellerinnen haben die Kostenersätze gleichzeitig mit der Antragstellung an die SV-Holding zu entrichten, anderenfalls der Antrag als unvollständig gilt. Die Verordnung ist im Internet zu veröffentlichen.

(5) Für die im Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten, insbesondere für rezeptfreie Produkte, ist jegliche Werbung, die für die Verbraucher/innen bestimmt ist, zu unterlassen; ausgenommen von diesem Werbeverbot sind rezeptfreie Arzneispezialitäten, die von der SV-Holding von sich aus (§ 351c Abs. 5) gegen den Willen des vertriebsberechtigten Unternehmens in den Erstattungskodex aufgenommen wurden.

Einrichtung und Zusammensetzung der Unabhängigen Heilmittelkommission

§ 351h. (1) Zur Überprüfung der Entscheidungen der SV-Holding über die Aufnahme von Arzneispezialitäten in den Erstattungskodex ist beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen eine Unabhängige Heilmittelkommission einzurichten.

(2) unverändert.

(3) Der (die) Vorsitzende der Unabhängigen Heilmittelkommission wird vom Bundesminister für Justiz bestellt. Als Beisitzer(innen) gehören der Unabhängigen Heilmittelkommission jeweils ein(e) von den nachfolgenden Organisationen vorgeschlagene(r) Vertreter(in) an:

1. bis 6. unverändert.
7. SV-Holding.

Die Beisitzer(innen) sowie jeweils ein(e) Stellvertreter(in) werden von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bestellt und haben über die erforderlichen Zeitressourcen zur Ausübung ihres Amtes zu verfügen.

(4) bis (6) unverändert.

Aufgaben der Unabhängigen Heilmittelkommission

§ 351i. (1) unverändert.

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

(3) Beschwerden nach den Abs. 1 und 2 sind binnen 30 Tagen nach Zustellung der Entscheidung des Hauptverbandes bei der Unabhängigen Heilmittelkommission einzubringen. Gleichzeitig sind die Beschwerden dem Hauptverband zur Kenntnis zu bringen. Die Beschwerden haben aufschiebende Wirkung; Beschwerden gegen die Streichung einer Arzneispezialität nach § 351c Abs. 10 Z 1 aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex haben aufschiebende Wirkung im Ausmaß von 90 Tagen ab Einbringung der Beschwerde. Die Unabhängige Heilmittelkommission darf sich bei ihrer Entscheidungsfindung nicht auf Sachverhalte und Umstände stützen, die nach der Entscheidung des Hauptverbandes vom vertriebsberechtigten Unternehmen sowie vom Hauptverband eingebracht werden. Allfällige Fragen patentrechtlicher Art sind nicht Gegenstand des Verfahrens vor der Unabhängigen Heilmittelkommission.

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

1. bis 3. unverändert.

Aufgaben der Unabhängigen Heilmittelkommission

§ 351i. (1) unverändert.

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

(3) Beschwerden nach den Abs. 1 und 2 sind binnen 30 Tagen nach Zustellung der Entscheidung der SV-Holding bei der Unabhängigen Heilmittelkommission einzubringen. Gleichzeitig sind die Beschwerden der SV-Holding zur Kenntnis zu bringen. Die Beschwerden haben aufschiebende Wirkung; Beschwerden gegen die Streichung einer Arzneispezialität nach § 351c Abs. 10 Z 1 aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex haben aufschiebende Wirkung im Ausmaß von 90 Tagen ab Einbringung der Beschwerde. Die Unabhängige Heilmittelkommission darf sich bei ihrer Entscheidungsfindung nicht auf Sachverhalte und Umstände stützen, die nach der Entscheidung der SV-Holding vom vertriebsberechtigten Unternehmen sowie von der SV-Holding eingebracht werden. Allfällige Fragen patentrechtlicher Art sind nicht Gegenstand des Verfahrens vor der Unabhängigen Heilmittelkommission.

(4) Die Unabhängige Heilmittelkommission hat die Entscheidung der SV-Holding,

1. bis 3. unverändert.

aufzuheben, wenn der Hauptverband im Verfahren sein Ermessen überschritten oder nicht nachvollziehbar ausgeübt hat; dabei sind alle in der Beschwerde vorgebrachten Argumente zu würdigen. Der Hauptverband hat sodann innerhalb von 120 Tagen nach Zustellung der Aufhebungsentscheidung neu zu entscheiden, widrigenfalls der Antrag als angenommen gilt oder die Arzneispezialität wieder in den Erstattungskodex aufzunehmen ist oder die Einschränkung der Verschreibbarkeit aufzuheben ist. Für die Zeit der Einholung eines Gutachtens eines/einer unabhängigen Experten/Expertin auf Betreiben des antragstellenden vertriebsberechtigten Unternehmens nach Maßgabe der Verordnung nach § 351g wird der Lauf der Frist von 120 Tagen gehemmt. Wird jedoch eine Feststellung des Hauptverbandes zur Erstattungsfähigkeit einer Arzneispezialität nach § 351c Abs. 1 aufgehoben, beginnen mit dem Tag der Zustellung der Aufhebungsentscheidung an den Hauptverband die Fristen nach den §§ 351c Abs. 1 zweiter Satz und 351c Abs. 7 Z 1 neu zu laufen. Der Hauptverband ist bei seiner neuerlichen Entscheidung an die in der Aufhebungsentscheidung geäußerte Auffassung der Unabhängigen Heilmittelkommission gebunden.

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

(6) unverändert.

Sitzungen der Unabhängigen Heilmittelkommission

§ 351j. (1) bis (4) unverändert.

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

(6) unverändert.

aufzuheben, wenn die SV-Holding im Verfahren ihr Ermessen überschritten oder nicht nachvollziehbar ausgeübt hat; dabei sind alle in der Beschwerde vorgebrachten Argumente zu würdigen. Die SV-Holding hat sodann innerhalb von 120 Tagen nach Zustellung der Aufhebungsentscheidung neu zu entscheiden, widrigenfalls der Antrag als angenommen gilt oder die Arzneispezialität wieder in den Erstattungskodex aufzunehmen ist oder die Einschränkung der Verschreibbarkeit aufzuheben ist. Für die Zeit der Einholung eines Gutachtens eines/einer unabhängigen Experten/Expertin auf Betreiben des antragstellenden vertriebsberechtigten Unternehmens nach Maßgabe der Verordnung nach § 351g wird der Lauf der Frist von 120 Tagen gehemmt. Wird jedoch eine Feststellung der SV-Holding zur Erstattungsfähigkeit einer Arzneispezialität nach § 351c Abs. 1 aufgehoben, beginnen mit dem Tag der Zustellung der Aufhebungsentscheidung an die SV-Holding die Fristen nach den §§ 351c Abs. 1 zweiter Satz und 351c Abs. 7 Z 1 neu zu laufen. Die SV-Holding ist bei ihrer neuerlichen Entscheidung an die in der Aufhebungsentscheidung geäußerte Auffassung der Unabhängigen Heilmittelkommission gebunden.

(5) Die Unabhängige Heilmittelkommission entscheidet auf Antrag selbst über die Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex, wenn die SV-Holding ist bei ihrer neuerlichen Entscheidung nicht fristgerecht entschieden hat. Die Unabhängige Heilmittelkommission hat innerhalb von 180 Tagen nach Einlangen dieses Antrages zu entscheiden, widrigenfalls der Antrag als angenommen gilt.

(6) unverändert.

Sitzungen der Unabhängigen Heilmittelkommission

§ 351j. (1) bis (4) unverändert.

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

(6) unverändert.

(7) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen ist berechtigt, durch Verordnung pauschalierte Kostenersätze für die Kosten des Verfahrens vor der Unabhängigen Heilmittelkommission festzusetzen. Deren Höhe hat sich nach den Kosten eines durchschnittlichen Verfahrens zu richten, wobei jedenfalls zwischen Verfahren nach § 351i Abs. 1 Z 1 und 2 zu unterscheiden ist. Barauslagen sind unabhängig von den festgelegten Kostenersätzen nach § 76 AVG zu behandeln. Die Kostenersätze und Barauslagen hat diejenige Partei des Beschwerdeverfahrens zu tragen, die im Beschwerdeverfahren unterlegen ist. In Verfahren nach § 351i Abs. 5 hat die Kostenersätze jedenfalls der Hauptverband zu tragen, wenn nicht die Beschwerde mangels Säumigkeit zurückgewiesen wird.

Verwaltungssachen

§ 355. Alle nicht gemäß § 354 als Leistungssachen geltenden Angelegenheiten, für die nach § 352 die Bestimmungen dieses Teiles gelten, sind Verwaltungssachen. Insbesondere gehören zu den Verwaltungssachen die

1. bis 4. unverändert.
5. Streitigkeiten zwischen den Versicherungsträgern bzw. den Versicherungsträgern und dem Hauptverband aus der Durchführung dieses Bundesgesetzes, insbesondere solche gemäß Abschnitt I des Fünften Teiles.

Rechts- und Verwaltungshilfe

§ 360. (1) Die Verwaltungsbehörden und die Gerichte sind verpflichtet, den im Vollzug dieses Bundesgesetzes an sie ergehenden Ersuchen der Versicherungsträger und des Hauptverbandes im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen. In gleicher Weise haben die Versicherungsträger (der Hauptverband) den Verwaltungsbehörden und den Gerichten Verwaltungshilfe zu leisten.

- (2) unverändert.

(7) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen ist berechtigt, durch Verordnung pauschalierte Kostenersätze für die Kosten des Verfahrens vor der Unabhängigen Heilmittelkommission festzusetzen. Deren Höhe hat sich nach den Kosten eines durchschnittlichen Verfahrens zu richten, wobei jedenfalls zwischen Verfahren nach § 351i Abs. 1 Z 1 und 2 zu unterscheiden ist. Barauslagen sind unabhängig von den festgelegten Kostenersätzen nach § 76 AVG zu behandeln. Die Kostenersätze und Barauslagen hat diejenige Partei des Beschwerdeverfahrens zu tragen, die im Beschwerdeverfahren unterlegen ist. In Verfahren nach § 351i Abs. 5 hat die Kostenersätze jedenfalls die SV-Holding zu tragen, wenn nicht die Beschwerde mangels Säumigkeit zurückgewiesen wird.

Verwaltungssachen

§ 355. Alle nicht gemäß § 354 als Leistungssachen geltenden Angelegenheiten, für die nach § 352 die Bestimmungen dieses Teiles gelten, sind Verwaltungssachen. Insbesondere gehören zu den Verwaltungssachen die

1. bis 4. unverändert.
5. Streitigkeiten zwischen den Versicherungsträgern bzw. den Versicherungsträgern und der SV-Holding aus der Durchführung dieses Bundesgesetzes, insbesondere solche gemäß Abschnitt I des Fünften Teiles.

Rechts- und Verwaltungshilfe

§ 360. (1) Die Verwaltungsbehörden und die Gerichte sind verpflichtet, den im Vollzug dieses Bundesgesetzes an sie ergehenden Ersuchen der Versicherungsträger und der SV-Holding im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen. In gleicher Weise haben die Versicherungsträger (die SV-Holding) den Verwaltungsbehörden und den Gerichten Verwaltungshilfe zu leisten.

- (2) unverändert.

(3) Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband sind berechtigt, auf automationsunterstütztem Weg Einsicht in das automationsunterstützt geführte Grundbuch, in das zentrale Gewerberegister und in das automationsunterstützt geführte Firmenbuch zu nehmen, soweit dies zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben, insbesondere zur Erbringung von Leistungen und zur Durchführung des Versicherungs-, Melde- und Beitragswesens, notwendig ist. Die Berechtigung zur Einsicht in das Grundbuch umfasst auch die Einsichtnahme in das Personenverzeichnis. Die Berechtigung zur Einsicht in das Firmenbuch umfasst auch die bundesweite Suche nach im Zusammenhang mit den Rechtsträgern gespeicherten Personen.

(4) und (5) unverändert.

(6) Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband haben zur Sicherung der Unverwechselbarkeit und Richtigkeit der von ihnen verwendeten Daten sowie zur Durchführung ihrer Verfahren das Recht, das Verfahren der Meldebehörden nach § 14 Abs. 2 des Meldegesetzes 1991 in Anspruch zu nehmen. Sie sind verpflichtet, bei Änderungen (Feststellung, Richtigstellung usw.) von Familiennamen, Vornamen, Geschlechtsangabe, Staatsbürgerschaft und Geburtsdaten sowie der ZMR-Zahl (§ 16 Meldegesetz 1991) mit dem Zentralen Melderegister beim Bundesminister für Inneres zum Zwecke der Führung der Gleichsetzungstabelle (§ 16b Meldegesetz 1991 in der Fassung des Artikels II BGBl. I Nr. 28/2001) zusammenzuarbeiten und dort geänderte Daten zu verwenden, soweit dies zur eindeutigen Identifizierung einer Person notwendig ist. Leistungsansprüche, Anwartschaften oder deren Veränderungen können aus solchen Änderungen nicht abgeleitet werden.

(7) unverändert.

Auskünfte an die unabhängigen Verwaltungssenate

§ 360a. Die Versicherungsträger und der Hauptverband haben den unabhängigen Verwaltungssenaten in den Ländern auf deren Ersuchen Auskünfte über verfahrenserhebliche Umstände zu erteilen; die Ersuchen und die Auskünfte haben möglichst automationsunterstützt zu erfolgen (§ 31 Abs. 4 Z 3 lit. b). Im Ersuchen ist der genaue Auskunftszweck samt Aktenzahl anzugeben; dieser ist vom jeweiligen Versicherungsträger (vom Hauptverband) zu vermerken. Vorschriften, die für bestimmte Verfahren Besonderes anordnen, bleiben unberührt.

(3) Die Sozialversicherungsträger und die SV-Holding sind berechtigt, auf automationsunterstütztem Weg Einsicht in das automationsunterstützt geführte Grundbuch, in das zentrale Gewerberegister und in das automationsunterstützt geführte Firmenbuch zu nehmen, soweit dies zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben, insbesondere zur Erbringung von Leistungen und zur Durchführung des Versicherungs-, Melde- und Beitragswesens, notwendig ist. Die Berechtigung zur Einsicht in das Grundbuch umfasst auch die Einsichtnahme in das Personenverzeichnis. Die Berechtigung zur Einsicht in das Firmenbuch umfasst auch die bundesweite Suche nach im Zusammenhang mit den Rechtsträgern gespeicherten Personen.

(4) und (5) unverändert.

(6) Die Sozialversicherungsträger und die SV-Holding haben zur Sicherung der Unverwechselbarkeit und Richtigkeit der von ihnen verwendeten Daten sowie zur Durchführung ihrer Verfahren das Recht, das Verfahren der Meldebehörden nach § 14 Abs. 2 des Meldegesetzes 1991 in Anspruch zu nehmen. Sie sind verpflichtet, bei Änderungen (Feststellung, Richtigstellung usw.) von Familiennamen, Vornamen, Geschlechtsangabe, Staatsbürgerschaft und Geburtsdaten sowie der ZMR-Zahl (§ 16 Meldegesetz 1991) mit dem Zentralen Melderegister beim Bundesminister für Inneres zum Zwecke der Führung der Gleichsetzungstabelle (§ 16b Meldegesetz 1991 in der Fassung des Artikels II BGBl. I Nr. 28/2001) zusammenzuarbeiten und dort geänderte Daten zu verwenden, soweit dies zur eindeutigen Identifizierung einer Person notwendig ist. Leistungsansprüche, Anwartschaften oder deren Veränderungen können aus solchen Änderungen nicht abgeleitet werden.

(7) unverändert.

Auskünfte an die unabhängigen Verwaltungssenate

§ 360a. Die Versicherungsträger und die SV-Holding haben den unabhängigen Verwaltungssenaten in den Ländern auf deren Ersuchen Auskünfte über verfahrenserhebliche Umstände zu erteilen; die Ersuchen und die Auskünfte haben möglichst automationsunterstützt zu erfolgen (§ 31 Abs. 4 Z 3 lit. b). Im Ersuchen ist der genaue Auskunftszweck samt Aktenzahl anzugeben; dieser ist vom jeweiligen Versicherungsträger (von der SV-Holding) zu vermerken. Vorschriften, die für bestimmte Verfahren Besonderes anordnen, bleiben unberührt.

Sonstige Entscheidungsbefugnisse

§ 416. Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern in Verwaltungssachen, die nicht die Versicherungs(Leistungs)zugehörigkeit oder Versicherungs(Leistungs)zuständigkeit betreffen, und Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband und den Versicherungsträgern entscheidet unter Ausschluss eines Bescheidrechtes der beteiligten Versicherungsträger der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, soweit es sich jedoch um Angelegenheiten der Kranken- und Unfallversicherung handelt, die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen. In Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich beider Bundesminister fallen, entscheidet der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen. Durch die Einleitung eines Verfahrens zur Entscheidung über Zahlungsverpflichtungen betreffende Streitigkeiten werden diese Zahlungsverpflichtungen nicht gehemmt.

Versicherungsvertreter

§ 420. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Tätigkeit als Mitglied eines Verwaltungskörpers erfolgt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung und begründet kein Dienstverhältnis zum Versicherungsträger. Hiefür gebühren Entschädigungen nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten nach Maßgabe von Richtlinien gemäß § 31 Abs. 5 Z 31.
2. Der/die Verbandsvorsitzende, der/die Verbandsvorsitzenden-StellvertreterIn und die Mitglieder des Vorstandes, die Obmänner und Obmann-Stellvertreter sowie die Vorsitzenden und die Vorsitzenden-Stellvertreter der Kontrollversammlungen und der Landesstellenausschüsse haben Anspruch auf Funktionsgebühren. Das Nähere hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch Verordnung unter Bedachtnahme auf den örtlichen Wirkungsbereich und die Zahl der Versicherten des jeweiligen Versicherungsträgers zu bestimmen; dabei darf die für ein Jahr zustehende Funktionsgebühr 40 vH des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen.

Sonstige Entscheidungsbefugnisse

§ 416. Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern in Verwaltungssachen, die nicht die Versicherungs(Leistungs)zugehörigkeit oder Versicherungs(Leistungs)zuständigkeit betreffen, und Streitigkeiten zwischen der SV-Holding und den Versicherungsträgern entscheidet unter Ausschluss eines Bescheidrechtes der beteiligten Versicherungsträger der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, soweit es sich jedoch um Angelegenheiten der Kranken- und Unfallversicherung handelt, die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen. In Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich beider Bundesminister fallen, entscheidet der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen. Durch die Einleitung eines Verfahrens zur Entscheidung über Zahlungsverpflichtungen betreffende Streitigkeiten werden diese Zahlungsverpflichtungen nicht gehemmt.

Versicherungsvertreter

§ 420. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Tätigkeit als Mitglied eines Verwaltungskörpers erfolgt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung und begründet kein Dienstverhältnis zum Versicherungsträger. Hiefür gebühren Entschädigungen nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten nach Maßgabe von Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 25.
2. Der/die Vorsitzende des Verwaltungsrates, die StellvertreterInnen der/des Vorsitzenden des Verwaltungsrates und die Mitglieder des Verwaltungsrates, die Obmänner/Obfrauen ihre StellvertreterInnen sowie die Vorsitzenden und die Vorsitzenden-StellvertreterInnen der Kontrollversammlungen und der Landesstellenausschüsse haben Anspruch auf Funktionsgebühren. Das Nähere hat der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend durch Verordnung unter Bedachtnahme auf den örtlichen Wirkungsbereich und die Zahl der Versicherten des jeweiligen Versicherungsträgers zu bestimmen; dabei darf die für ein Jahr zustehende Funktionsgebühr 40 % des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen.

3. Die Mitglieder der Verwaltungskörper, soweit sie nicht unter Z 2 fallen, haben Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen festzusetzen ist.

§ 107 Abs. 4 ist anzuwenden.

(6) Bedienstete eines Versicherungsträgers und des Hauptverbandes sowie Personen, die aufgrund einer von ihnen ausgeübten Erwerbstätigkeit mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, ferner Personen, über deren Vermögen ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, sind von der Entsendung in das Amt eines Versicherungsvertreters ausgeschlossen.

Bestellung der Versicherungsvertreter

§ 421. (1) Die Versicherungsvertreter sind von den geschäftsführenden Organen der örtlich und sachlich zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber unter Bedachtnahme auf ihre fachliche Eignung und auf die einzelnen von den entsendeberechtigten Stellen jeweils zu vertretenden Berufsgruppen in die Verwaltungskörper der Versicherungsträger zu entsenden. Hiebei ist durch ein ausgewogenes Verhältnis an Versicherungsvertreterinnen und Versicherungsvertretern auf das Erreichen der Geschlechterparität in den Verwaltungskörpern Bedacht zu nehmen. Die Interessenvertretungen haben die Entsendung nach dem Mandatsergebnis der Wahl zu ihrem jeweiligen satzungsgebenden Organ (zB Vollversammlung, Hauptversammlung) auf Vorschlag der jeweils wahlwerbenden Gruppe nach dem System d'Hondt unter sinngemäßer Anwendung von Abs. 2 dritt- und vorletzter Satz vorzunehmen; sind die Interessenvertretungen mehrerer Länder oder eine bundesweite Interessenvertretung zur Entsendung berufen, so sind dabei die jeweiligen (bei bundesweiter Zuständigkeit: sämtliche) Landesmandatsergebnisse zusammenzuzählen. Soweit die Wirtschaftskammern zur Entsendung berechtigt sind, hat die Nominierung der Versicherungsvertreter nach dem Mandatsergebnis der Wahlen zu den Fachorganisationen (Fachvertretungen) zu erfolgen. Bestehen solche Interessenvertretungen nicht, so sind die Versicherungsvertreter der Dienstnehmergruppe vom Österreichischen Gewerkschaftsbund, und zwar von der in Betracht kommenden Gewerkschaft, und die Versicherungsvertreter der Dienstgebergruppe vom Landeshauptmann zu entsenden; erstreckt sich der Sprengel des Versicherungsträgers auf mehr als ein Land, so sind die Versicherungsvertreter der Dienstgebergruppe

1. bis 4. unverändert.

3. Die Mitglieder der Verwaltungskörper, soweit sie nicht unter Z 2 fallen, haben Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe durch Verordnung des Bundesministers für Soziales und Konsumentenschutz nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend festzusetzen ist.

§ 107 Abs. 4 ist anzuwenden.

(6) Bedienstete eines Versicherungsträgers und der SV-Holding sowie Personen, die aufgrund einer von ihnen ausgeübten Erwerbstätigkeit mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, ferner Personen, über deren Vermögen ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, sind von der Entsendung in das Amt eines Versicherungsvertreters ausgeschlossen.

Bestellung der Versicherungsvertreter

§ 421. (1) Die Versicherungsvertreter sind von den geschäftsführenden Organen der örtlich und sachlich zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber unter Bedachtnahme auf ihre fachliche Eignung und auf die einzelnen von den entsendeberechtigten Stellen jeweils zu vertretenden Berufsgruppen in die Verwaltungskörper der Versicherungsträger zu entsenden. Hiebei ist durch ein ausgewogenes Verhältnis an Versicherungsvertreterinnen und Versicherungsvertretern auf das Erreichen der Geschlechterparität in den Verwaltungskörpern Bedacht zu nehmen. Die Interessenvertretungen haben die Entsendung nach dem Mandatsergebnis der Wahl zu ihrem jeweiligen satzungsgebenden Organ (zB Vollversammlung, Hauptversammlung) auf Vorschlag der jeweils wahlwerbenden Gruppe nach dem System d'Hondt unter sinngemäßer Anwendung von Abs. 2 dritt- und vorletzter Satz vorzunehmen; sind die Interessenvertretungen mehrerer Länder oder eine bundesweite Interessenvertretung zur Entsendung berufen, so sind dabei die jeweiligen (bei bundesweiter Zuständigkeit: sämtliche) Landesmandatsergebnisse zusammenzuzählen. Soweit die Wirtschaftskammern zur Entsendung berechtigt sind, hat die Nominierung der Versicherungsvertreter nach dem Mandatsergebnis der Wahlen zu den Fachorganisationen (Fachvertretungen) zu erfolgen. Bestehen solche Interessenvertretungen nicht, so sind die Versicherungsvertreter der Dienstnehmergruppe vom Österreichischen Gewerkschaftsbund und die Versicherungsvertreter der Dienstgebergruppe vom Landeshauptmann zu entsenden; erstreckt sich der Sprengel des Versicherungsträgers auf mehr als ein Land, so sind die Versicherungsvertreter der Dienstgebergruppe

1. bis 4. unverändert.

zu entsenden. Die gleichzeitige Entsendung ein und derselben Person als Versicherungsvertreter sowohl in die Kontrollversammlung als auch in die Generalversammlung desselben Versicherungsträgers ist unzulässig.

(2) bis (6) unverändert.

(7) Für jeden Versicherungsvertreter ist gleichzeitig mit dessen Bestellung und auf dieselbe Art ein Stellvertreter zu bestellen. Der bestellte Stellvertreter hat das Mitglied zu vertreten, wenn es an der Ausübung seiner Funktion in Verwaltungskörpern oder Ausschüssen verhindert ist. Mitglieder von Verwaltungskörpern oder Ausschüssen können ihre Stellvertretung im Einzelfall auch einem Mitglied der Generalversammlung übertragen. Ruht die Funktion des Versicherungsvertreters wegen Unvereinbarkeit nach § 441c Abs. 1, so ist auch für dessen Stellvertreter auf Dauer ein Stellvertreter zu bestellen.

(8) unverändert.

Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter

§ 424. Die Mitglieder der Verwaltungskörper der Versicherungsträger und des Hauptverbandes haben bei der Ausübung ihres Amtes die Rechtsvorschriften zu beachten. Sie sind zur Amtsverschwiegenheit sowie zur gewissenhaften und unparteiischen Ausübung ihres Amtes verpflichtet. Sie haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungs- und des Organhaftpflichtgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger (dem Hauptverband) aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Die Versicherungsträger (der Hauptverband) können auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde verzichten. Macht ein Versicherungsträger (der Hauptverband) trotz mangelnder Genehmigung der Aufsichtsbehörde die Haftung nicht geltend, so kann diese die Haftung an Stelle und auf Kosten des Versicherungsträgers (des Hauptverbandes) geltend machen.

zu entsenden. Die gleichzeitige Entsendung ein und derselben Person als Versicherungsvertreter sowohl in die Kontrollversammlung als auch in die Generalversammlung desselben Versicherungsträgers ist unzulässig.

(2) bis (6) unverändert.

(7) Für jeden Versicherungsvertreter ist gleichzeitig mit dessen Bestellung und auf dieselbe Art ein Stellvertreter zu bestellen. Der bestellte Stellvertreter hat das Mitglied zu vertreten, wenn es an der Ausübung seiner Funktion in Verwaltungskörpern oder Ausschüssen verhindert ist. Mitglieder von Verwaltungskörpern oder Ausschüssen können ihre Stellvertretung im Einzelfall auch einem Mitglied der Generalversammlung übertragen.

(8) unverändert.

Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter

§ 424. Die Mitglieder der Verwaltungskörper der Versicherungsträger und der SV-Holding haben bei der Ausübung ihres Amtes die Rechtsvorschriften zu beachten. Sie sind zur Amtsverschwiegenheit sowie zur gewissenhaften und unparteiischen Ausübung ihres Amtes verpflichtet. Sie haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungs- und des Organhaftpflichtgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger (der SV-Holding) aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Die Versicherungsträger (die SV-Holding) können auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde verzichten. Macht ein Versicherungsträger (die SV-Holding) trotz mangelnder Genehmigung der Aufsichtsbehörde die Haftung nicht geltend, so kann diese die Haftung an Stelle und auf Kosten des Versicherungsträgers (der SV-Holding) geltend machen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 431. (1) Den Vorsitz im Vorstand und in der Generalversammlung hat der vom Vorstand auf dessen Amtsdauer gewählte Obmann zu führen. Der Obmann ist aus der Mitte des Vorstandes zu wählen. Bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt muss der Obmann der Gruppe der Dienstgeber angehören, bei allen anderen Versicherungsträgern der Gruppe der Dienstnehmer. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit sowohl aller Versicherungsvertreter im Vorstand als auch jener Gruppe der Versicherungsvertreter im Vorstand, welcher der zu Wählende angehört, erforderlich; bei Stimmgleichheit in der Gruppe der Versicherungsvertreter, welcher der zu Wählende angehört, entscheidet die einfache Mehrheit aller Versicherungsvertreter im Vorstand.

(2) bis (6) unverändert.

Aufgaben des Vorstandes und Vertretung des Versicherungsträgers

§ 434. (1) unverändert.

(2) und (3) unverändert.

Aufgaben der Kontrollversammlung

§ 436. (1) und (2) unverändert.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 431. (1) Den Vorsitz im Vorstand, in den gemeinsamen Sitzungen von Vorstand und Kontrollversammlung sowie in der Generalversammlung hat der vom Vorstand auf dessen Amtsdauer gewählte Obmann zu führen. Der Obmann ist aus der Mitte des Vorstandes zu wählen. Bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt muss der Obmann der Gruppe der Dienstgeber angehören, bei allen anderen Versicherungsträgern der Gruppe der Dienstnehmer. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit sowohl aller Versicherungsvertreter im Vorstand als auch jener Gruppe der Versicherungsvertreter im Vorstand, welcher der zu Wählende angehört, erforderlich; bei Stimmgleichheit in der Gruppe der Versicherungsvertreter, welcher der zu Wählende angehört, entscheidet die einfache Mehrheit aller Versicherungsvertreter im Vorstand.

(2) bis (6) unverändert.

Geschäftsführung

§ 432a. (1) Die Geschäftsführung besteht aus zwei Geschäftsführern/Geschäftsführerinnen, von denen einem/einer der Vorsitz zukommt. Sie werden vom Vorstand im Wege einer öffentlichen Stellenausschreibung für eine Funktionsperiode von fünf Jahren bestellt, wobei das Stellenbesetzungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/1998, anzuwenden ist. Wiederbestellungen sind zulässig.

(2) Die Geschäftsführung ist an die Weisungen des Vorstandes gebunden; sie hat dem Vorstand und der Kontrollversammlung regelmäßig über die ihr übertragenen Aufgaben zu berichten und alle Aufklärungen zu geben sowie alle Unterlagen vorzulegen, die diese zur Ausübung ihrer Tätigkeiten benötigen.

Aufgaben des Vorstandes und Vertretung des Versicherungsträgers

§ 434. (1) unverändert.

(1a) Dem Vorstand obliegt die Abstimmung des Jahresvoranschlages mit der SV-Holding vor dessen Vorlage an die Generalversammlung (§ 436 Abs. 1).

(2) und (3) unverändert.

Aufgaben der Kontrollversammlung

§ 436. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Kontrollversammlung ist berechtigt, an den Sitzungen der Generalversammlung und des Vorstandes durch je drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie ist deshalb von jeder Sitzung der Generalversammlung und des Vorstandes ebenso in Kenntnis zu setzen wie deren Mitglieder; in gleicher Weise ist sie auch mit den den Mitgliedern der Generalversammlung oder des Vorstandes etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweisen, Berichten und anderen Behelfen) zu beteiligen.

(4) bis (6) unverändert.

Zustimmung der Kontrollversammlung

§ 437. (1) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Vorstandes zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung:

1. die dauernde Veranlagung von Vermögensbeständen, soweit sie nicht unter Z 2 fallen;
2. die Beschlussfassung über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über die Erwerbung, Belastung oder Veräußerung von Liegenschaften, ferner über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden; das gleiche gilt bei der Schaffung von Einrichtungen, die Zwecken der Verwaltung, der Krankenbehandlung, der Zahnbehandlung, der Anstaltspflege, der Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen, der Unfallheilbehandlung, der Rehabilitation, der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, der Krankheitsverhütung oder der Gesundheitsvorsorge dienen sollen, in eigenen oder fremden Gebäuden, sowie für Umbauten von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist; Erhaltungs- oder Instandsetzungsarbeiten oder die Erneuerung des Inventars bedürfen nicht der Zustimmung der Kontrollversammlung, sofern sie nicht mit diesen Vorhaben in einem ursächlichen Zusammenhang stehen;
3. die Beschlussfassung über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß den §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2 und 25 Abs. 2;
4. die Beschlussfassung über die Bestellung, Kündigung und Entlassung des leitenden Angestellten und des leitenden Arztes sowie deren ständigen Stellvertreter;
5. die Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten und die Erstellung von Dienstpostenplänen;

(3) Die Kontrollversammlung ist berechtigt, an den Sitzungen der Generalversammlung durch je drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie ist deshalb von jeder Sitzung der Generalversammlung ebenso in Kenntnis zu setzen wie deren Mitglieder; in gleicher Weise ist sie auch mit den den Mitgliedern der Generalversammlung etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweisen, Berichten und anderen Behelfen) zu beteiligen.

(4) bis (6) unverändert.

Zustimmung der Kontrollversammlung

§ 437. (1) Sämtliche Beschlüsse des Vorstandes bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung.

6. der Abschluss von Verträgen mit den im Sechsten Teil bezeichneten und sonstigen Vertragspartnern, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung des Versicherungsträgers herbeiführen;
7. die Erlassung von Richtlinien gemäß § 84 Abs. 6 über die Verwendung der Mittel des Unterstützungsfonds;
8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die von einem Versicherungsträger (dem Hauptverband) errichtet (gegründet) wurden, nach § 81 Abs. 2.

(2) Stimmt die Kontrollversammlung in den in Abs. 1 bezeichneten Angelegenheiten dem Beschluss des Vorstandes nicht zu, so hat eine außerordentliche Generalversammlung hierüber zu beschließen und diesen Beschluss der Kontrollversammlung zu seiner Wirksamkeit zur Zustimmung vorzulegen. Die außerordentliche Generalversammlung ist innerhalb einer angemessenen Frist vom Obmann einzuberufen.

(3) Stimmt die Kontrollversammlung auch dem Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung gemäß Abs. 2 nicht zu, so hat sie den Obmann unverzüglich in Kenntnis zu setzen und die Angelegenheit dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Entscheidung vorzulegen. Dieser hat diesen Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung entweder zu bestätigen oder aufzuheben. Ein bestätigter Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung ist zu vollziehen.

Sitzungen

§ 438. (1) und (2) unverändert.

(3) und (4) unverändert.

(2) Stimmt die Kontrollversammlung einem Beschluss des Vorstandes nicht zu, so hat sie schriftlich zu begründen, warum dieser Beschluss gegen Zielvorgaben der SV-Holding oder gegen die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit verstößt. Die Angelegenheit kann einer Schlichtungsstelle (§ 456a Abs. 1a) zur Erstattung einer Empfehlung vorgelegt werden.

(3) Stimmen Vorstand oder Kontrollversammlung auch der Empfehlung der Schlichtungsstelle nicht zu, so hat der Obmann/die Obfrau diese Angelegenheit unverzüglich dem/der jeweils zuständigen BundesministerIn (§ 446 Abs. 3 Z 1 und 2) zur Entscheidung vorzulegen. Diese ist vom Versicherungsträger zu vollziehen.

Sitzungen

§ 438. (1) und (2) unverändert.

(2a) Auf Verlangen des Obmannes/der Obfrau oder des/der Vorsitzenden der Kontrollversammlung tagen Vorstand und die Kontrollversammlung der Versicherungsträger gemeinsam, wobei die Beschlüsse in diesen Verwaltungskörpern jeweils getrennt zu fassen sind. Die Einberufung zu diesen Sitzungen erfolgt durch den Obmann/die Obfrau, wobei den Versicherungsvertretern und Versicherungsvertreterinnen sämtliche Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) beider Verwaltungskörper zur Verfügung zu stellen sind.

(3) und (4) unverändert.

Aufgaben des Beirates

§ 440. (1) Die Versicherungsträger, ausgenommen die Betriebskrankenkassen, und der Hauptverband haben zur Wahrnehmung sozialversicherungsrechtlicher Anliegen der Versicherten und der Leistungsbezieher (§ 440 a) an ihrem Sitz einen Beirat zu errichten.

(2) unverändert.

(3) Der Beirat kann unter Bedachtnahme auf die Aufgaben des Versicherungsträgers (Hauptverbandes) in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung seine Anhörung verlangen, Anträge stellen und Stellungnahmen abgeben. Darüber kann nur mit der absoluten Mehrheit der Stimmen aller Mitglieder des Beirates Beschluss gefasst werden. Abweichend davon genügt für die Beschlussfassung über Anträge eines Beiratsmitgliedes nach § 440a Abs. 1 Z 1 oder 4 die absolute Stimmenmehrheit der in diesen Ziffern genannten Beiratsmitglieder.

(4) unverändert.

(5) Der Vorsitzende des Beirates und sein(e) Stellvertreter sind - unbeschadet des Anhörungsrechtes des Beirates in grundsätzlichen Fragen - berechtigt,

1. an den Sitzungen der Generalversammlung (Trägerkonferenz) und des Vorstandes (Verbandsvorstandes) mit beratender Stimme teilzunehmen;
2. unverändert.

(6) Auf Antrag des Vorsitzenden hat der Beirat Vertreter in erforderlicher Anzahl zu wählen, die berechtigt sind, an den Sitzungen der Landesstellenausschüsse und der Ausschüsse des Vorstandes (Verbandsvorstandes) mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie müssen der Personengruppe nach § 440a Abs. 1 Z 1 oder 4 angehören. Abs. 3 dritter Satz ist anzuwenden.

Mitglieder des Beirates

§ 440a. (1) und (2) unverändert.

(3) Der beim Hauptverband errichtete Beirat setzt sich zusammen

1. aus einem Vorsitzenden und zwei Vorsitzenden-Stellvertretern, die vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen auf Vorschlag der drei mitgliederstärksten im Bundesseniorenbeirat vertretenen Seniorenorganisationen (§ 3 des Bundes-Seniorengesetzes, BGBl. I Nr. 84/1998) zu entsenden sind,

Aufgaben des Beirates

§ 440. (1) Die Versicherungsträger, ausgenommen die Betriebskrankenkassen, haben zur Wahrnehmung sozialversicherungsrechtlicher Anliegen der Versicherten und der Leistungsbezieher (§ 440 a) an ihrem Sitz einen Beirat zu errichten.

(2) unverändert.

(3) Der Beirat kann unter Bedachtnahme auf die Aufgaben des Versicherungsträgers in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung seine Anhörung verlangen, Anträge stellen und Stellungnahmen abgeben. Darüber kann nur mit der absoluten Mehrheit der Stimmen aller Mitglieder des Beirates Beschluss gefasst werden. Abweichend davon genügt für die Beschlussfassung über Anträge eines Beiratsmitgliedes nach § 440a Abs. 1 Z 1 oder 4 die absolute Stimmenmehrheit der in diesen Ziffern genannten Beiratsmitglieder.

(4) unverändert.

(5) Der Vorsitzende des Beirates und sein(e) Stellvertreter sind - unbeschadet des Anhörungsrechtes des Beirates in grundsätzlichen Fragen - berechtigt,

1. an den Sitzungen der Generalversammlung und des Vorstandes mit beratender Stimme teilzunehmen;
2. unverändert.

(6) Auf Antrag des Vorsitzenden hat der Beirat Vertreter in erforderlicher Anzahl zu wählen, die berechtigt sind, an den Sitzungen der Landesstellenausschüsse und der Ausschüsse des Vorstandes mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie müssen der Personengruppe nach § 440a Abs. 1 Z 1 oder 4 angehören. Abs. 3 dritter Satz ist anzuwenden.

Mitglieder des Beirates

§ 440a. (1) und (2) unverändert.

(3) Aufgehoben.

2. aus einem weiteren Vorsitzenden-Stellvertreter, der vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen auf Vorschlag des Bundesbehindertenbeirates (§§ 8 ff. des Bundesbehindertengesetzes, BGBl. Nr. 283/1990) zu entsenden ist, und
3. aus den Vorsitzenden der Beiräte jener Versicherungsträger, die in der Trägerkonferenz vertreten sind, wobei der jeweilige Vorsitzende durch ein anderes - aus der Mitte des jeweiligen Beirates zu wählendes - Mitglied vertreten werden kann.

Für den Vorsitzenden und die Vorsitzenden-Stellvertreter sind gleichzeitig mit deren Entsendung und auf dieselbe Art Stellvertreter zu entsenden.

(4) Versicherungsvertreter, Bedienstete eines Versicherungsträgers und des Hauptverbandes sind von der Bestellung als Beiratsmitglied ausgeschlossen.

(5) § 420 Abs. 5 Z 1 ist so anzuwenden, dass Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten besteht

1. unverändert.
2. für die Teilnahme an Sitzungen der Generalversammlung (Trägerkonferenz), des Vorstandes (Verbandsvorstandes) und seiner Ausschüsse sowie der Landesstellenausschüsse.

Vorsitz im Beirat, Sitzungen

§ 440f. (1) unverändert.

(2) Die erstmalige Sitzung des Beirates - mit Ausnahme des beim Hauptverband errichteten Beirates - ist vom Obmann des Versicherungsträgers einzuberufen. Er hat dabei auf die Wahl des Vorsitzenden des Beirates hinzuwirken. Bis zu dessen Wahl hat seine Obliegenheiten der Obmann wahrzunehmen.

(3) unverändert.

(4) Der Obmann (der/die Verbandsvorsitzende) oder ein von ihm bestimmter Versicherungsvertreter und der leitende Angestellte oder ein von ihm bestimmter Bediensteter haben an den Sitzungen des Beirates mit beratender Stimme teilzunehmen.

(4) Versicherungsvertreter, Bedienstete eines Versicherungsträgers und der SV-Holding sind von der Bestellung als Beiratsmitglied ausgeschlossen.

(5) § 420 Abs. 5 Z 1 ist so anzuwenden, dass Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten besteht

1. unverändert.
2. für die Teilnahme an Sitzungen der Generalversammlung, des Vorstandes und seiner Ausschüsse sowie der Landesstellenausschüsse.

Vorsitz im Beirat, Sitzungen

§ 440f. (1) unverändert.

(2) Die erstmalige Sitzung des Beirates ist vom Obmann des Versicherungsträgers einzuberufen. Er hat dabei auf die Wahl des Vorsitzenden des Beirates hinzuwirken. Bis zu dessen Wahl hat seine Obliegenheiten der Obmann wahrzunehmen.

(3) unverändert.

(4) Der Obmann oder ein von ihm bestimmter Versicherungsvertreter und der leitende Angestellte oder ein von ihm bestimmter Bediensteter haben an den Sitzungen des Beirates mit beratender Stimme teilzunehmen.

ABSCHNITT IVa

Verwaltungskörper des Hauptverbandes

Arten der Verwaltungskörper

§ 441. Die Verwaltungskörper des Hauptverbandes sind

- die Trägerkonferenz und
- der Verbandsvorstand.

Trägerkonferenz

§ 441a. (1) Die Trägerkonferenz besteht

1. aus den Obmännern/Obfrauen und ihren ersten Stellvertretern/Stellvertreterinnen
 - a) der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt,
 - b) der Pensionsversicherungsanstalt,
 - c) der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
 - d) der Gebietskrankenkassen,
 - e) der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
 - f) der Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
 - g) der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
 - h) der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates und
 - i) der nach der Versichertenzahl größten Betriebskrankenkasse sowie
 - e) der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,

ABSCHNITT IVa

Verwaltungskörper der SV-Holding

Arten der Verwaltungskörper

§ 441. Die Verwaltungskörper der SV-Holding sind der Verwaltungsrat und die Spartenkonferenzen.

Verwaltungsrat

§ 441a. (1) Der Verwaltungsrat besteht aus 18 Mitgliedern. Zwölf Mitglieder sind von den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen und zwei von den zwei mitgliederstärksten im Bundesseniorenbeirat vertretenen Seniorenorganisationen (§ 3 des Bundes-Seniorengesetzes, BGBl. I Nr. 84/1998) für fünf Jahre zu entsenden. Die übrigen Mitglieder sind die Vorsitzenden der Spartenkonferenzen nach § 441b Abs. 5 und eine Person aus dem Kreis der Vorsitzenden der Kontrollversammlungen der Versicherungsträger, die von der Wirtschaftskammer Österreich für fünf Jahre zu entsenden ist. Wiederholte Entsendungen sind zulässig.

2. aus drei Seniorenvertretern/Seniorenvertreterinnen, die von den drei mitgliederstärksten im Bundesseniorenbeirat vertretenen Seniorenorganisationen (§ 3 des Bundes-Seniorengesetzes, BGBl. I Nr. 84/1998) zu entsenden sind.

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

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

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

(2) Eine Hälfte der nach Abs. 1 von den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen zu entsendenden Mitglieder hat der Gruppe der DienstnehmerInnen, die andere Hälfte der Gruppe der DienstgeberInnen anzugehören; das eine von den Seniorenorganisationen zu entsendende Mitglied ist der Gruppe der DienstnehmerInnen, das andere der Gruppe der DienstgeberInnen zuzurechnen; § 420 Abs. 2 gilt entsprechend. Für jedes nach Abs. 1 entsendete Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu entsenden, das derselben Gruppe (Seniorenorganisation) wie die zu vertretende Person anzugehören hat. Ersatzmitglieder für die Vorsitzenden der Spartenkonferenzen sind ihre StellvertreterInnen nach § 441b Abs. 5. Wird bei den Entsendungen nach Abs. 4 eine wahlwerbende Fraktion nach Abs. 5 nicht berücksichtigt, die in mehr als einem Drittel aller Generalversammlungen der Versicherungsträger nach § 441b Abs. 1 bis 3 - jeweils in der Gruppe der DienstnehmerInnen oder in der Gruppe der DienstgeberInnen - vertreten ist, so hat die betreffende Fraktion jeweils ein weiteres Mitglied in den Verwaltungsrat zu entsenden; diesem Mitglied kommt kein Stimmrecht zu.

(3) Darüber hinaus gehören dem Verwaltungsrat ohne Stimmrecht an:

1. die GeschäftsführerInnen,
2. zwei VertreterInnen des Bundesbehindertenbeirates und

3. vier VertreterInnen des Betriebsrates (§ 441g).

(4) Die öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen (§ 421) sowie der Österreichische Gewerkschaftsbund und die Landwirtschaftskammer Österreich haben die Entsendung nach Abs. 1 wie folgt vorzunehmen:

1. Je fünf Mitglieder sind von der Bundesarbeitskammer und von der Wirtschaftskammer Österreich zu entsenden, wobei neben der Berücksichtigung der fachlichen Eignung auch darauf Bedacht zu nehmen ist, dass im Verwaltungsrat ein repräsentativer Querschnitt aller DienstnehmerInnen- und DienstgeberInnengruppen vertreten ist.
2. Ein Mitglied ist von der Landwirtschaftskammer Österreich zu entsenden. Dieses Mitglied ist der Gruppe der DienstgeberInnen zuzurechnen.
3. Ein Mitglied ist vom Österreichischen Gewerkschaftsbund zu entsenden. Dieses Mitglied ist der Gruppe der DienstnehmerInnen zuzurechnen.
4. Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu entsenden, das derselben Gruppe wie die zu vertretende Person anzugehören hat.

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

(6) Der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz hat die im Abs. 4 genannten Interessenvertretungen aufzufordern, die Mitglieder innerhalb einer angemessenen Frist, die zumindest einen Monat zu betragen hat, zu entsenden. Verstreicht diese Frist ungenützt, so hat der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz selbst die VersicherungsvertreterInnen zu bestellen.

(7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn zumindest die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist. Ein gültiger Beschluss bedarf der Zustimmung der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen sowohl in der Gruppe der DienstnehmerInnen als auch in der Gruppe der DienstgeberInnen.

(8) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte für die Dauer der Amtsperiode mit der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen einen Verwaltungsratsvorsitzenden/eine Verwaltungsratsvorsitzende und zwei Verwaltungsratsvorsitzenden-StellvertreterInnen, wobei sowohl die DienstnehmerInnen- als auch die DienstgeberInnengruppe vertreten sein muss. Abs. 7 ist sinngemäß anzuwenden.

(9) Dem/der Verwaltungsratsvorsitzenden obliegt die Vertretung der SV-Holding gegenüber den Versicherungsträgern. Er/sie hat insbesondere für die rechtzeitige Einberufung des Verwaltungsrates zu sorgen, die Sitzungen des Verwaltungsrates zu leiten und die Sitzungspolizei wahrzunehmen. Die näheren Bestimmungen sind in einer vom Verwaltungsrat zu beschließenden „Geschäftsordnung des Verwaltungsrates“ (§ 456a) zu treffen. In dieser Geschäftsordnung sind auch die näheren Bestimmungen über die Wahl des/der Verwaltungsratsvorsitzenden samt StellvertreterIn festzulegen.

(10) Zur Vorbereitung der Sitzungen des Verwaltungsrates und zur Antragstellung an den Verwaltungsrat ist ein Verwaltungsratspräsidium einzurichten, dem der/die Verwaltungsratsvorsitzende und seine/ihre StellvertreterInnen sowie ein aus der Mitte des Verwaltungsrates mit der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen zu wählendes weiteres Mitglied angehören.

Verbandsvorstand

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

Spartenkonferenzen

§ 441b. (1) Die Spartenkonferenz Krankenversicherung besteht aus den Obmännern/Obfrauen

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

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

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

1. der Gebietskrankenkassen,
2. der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
3. der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
4. der Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
5. der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und
6. der nach der Versichertenzahl größten Betriebskrankenkasse.

(2) Die Spartenkonferenz Unfallversicherung besteht aus den Obmännern/Obfrauen

1. der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt,
2. der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
3. der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und
4. der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter.

(3) Die Spartenkonferenz Pensionsversicherung besteht aus den Obmännern/Obfrauen

1. der Pensionsversicherungsanstalt,
2. der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
3. der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau und

- -
 -
 4. der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und
 5. die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates.
- (4) Der/die Vorsitzende der Trägerkonferenz hat die im Abs. 2 genannten Interessenvertretungen aufzufordern, ihre Vorschläge innerhalb einer angemessenen Frist, die zumindest einen Monat zu betragen hat, zu erstatten. Verstreicht diese Frist ungenützt, so hat der/die Vorsitzende der Trägerkonferenz und seine/ihre StellvertreterInnen das Vorschlagsrecht nach den Abs. 1 bis 3 auszuüben.
- (5) Folgt die Trägerkonferenz dem Vorschlag einer der im Abs. 2 genannten Interessenvertretungen ganz oder teilweise nicht, so hat der/die Vorsitzende der Trägerkonferenz die in Betracht kommende Interessenvertretung aufzufordern, innerhalb einer angemessenen Frist, die zumindest 14 Tage zu betragen hat, einen neuen Vorschlag zu erstatten; Abs. 4 zweiter Satz ist anzuwenden. Gleichzeitig ist eine neuerliche Sitzung der Trägerkonferenz zum Zweck der Entsendung anzuberaumen. Folgt die Trägerkonferenz ganz oder teilweise nicht dem Vorschlag des/der Vorsitzenden der Trägerkonferenz und seiner/ihrer StellvertreterInnen (Abs. 4), so haben diese innerhalb von 14 Tagen einen neuen Vorschlag unter Anberaumung einer neuerlichen Sitzung der Trägerkonferenz zu erstatten.
- (6) Der Verbandsvorstand ist beschlussfähig, wenn zumindest die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist. Ein gültiger Beschluss bedarf – sofern gesetzlich nichts anderes bestimmt ist – der Zustimmung der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen.
- (7) Der Verbandsvorstand wählt aus seiner Mitte für die Dauer seiner Funktionsperiode mit der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen einen Verbandsvorsitzenden/eine Verbandsvorsitzende und zwei Verbandsvorsitzenden-Stellvertreter/Stellvertreterinnen, wobei sowohl die DienstnehmerInnen- als auch die DienstgeberInnengruppe vertreten sein muss.
- (8) Dem/der Verbandsvorsitzenden obliegt die Vertretung des Verbandsvorstandes gegenüber der Trägerkonferenz und gegenüber den Versicherungsträgern. Er/sie hat insbesondere für die rechtzeitige Einberufung des Verbandsvorstandes Sorge zu tragen, die Sitzungen des Verbandsvorstandes zu leiten und die Sitzungspolizei wahrzunehmen. Die näheren Bestimmungen sind in einer vom Verbandsvorstand zu beschließenden „Geschäftsordnung des Verbandsvorstandes“ (§ 456a) zu treffen. In dieser Geschäftsordnung sind auch die näheren Bestimmungen über die Wahl des/der Verbandsvorsitzenden und des/der Verbandsvorsitzenden-StellvertreterIn festzulegen.
- (4) Die Stellvertretung der Mitglieder der Spartenkonferenzen bei Verhinderung obliegt den beim jeweiligen Versicherungsträger gewählten Stellvertretern/Stellvertreterinnen des Obmannes/der Obfrau.
- (5) Die jeweilige Spartenkonferenz wählt aus ihrer Mitte für eine Amtsdauer von fünf Jahren einen Vorsitzenden/eine Vorsitzende samt StellvertreterIn. Diese haben bei den Spartenkonferenzen Krankenversicherung und Pensionsversicherung der Gruppe der DienstnehmerInnen und bei der Spartenkonferenz Unfallversicherung der Gruppe der DienstgeberInnen anzugehören. Wiederwahlen sind zulässig. Der/die Vorsitzende hat insbesondere für die rechtzeitige Einberufung der jeweiligen Spartenkonferenz zu sorgen, die Spartenkonferenz zu leiten und die Sitzungspolizei wahrzunehmen. Ein gültiger Beschluss der jeweiligen Spartenkonferenz bedarf der Zustimmung der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen. Die näheren Bestimmungen sind in einer Geschäftsordnung der jeweiligen Spartenkonferenz (§ 456a) zu treffen.

Unvereinbarkeit

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

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

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

Aufgaben der Trägerkonferenz

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

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

1. die Entsendung der Mitglieder des Vorstandes;
2. die Beschlussfassung über den vom Vorstand vorgelegten Jahresvoranschlag (Haushaltsplan einschließlich eines Investitionsplanes); dieser ist dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zur Kenntnis zu bringen;
3. die Genehmigung des Rechnungsabschlusses und die Entlastung des Vorstandes; diese ist dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zur Kenntnis zu bringen;
4. die Beschlussfassung über die Satzung, die Mustersatzung nach § 455 Abs. 2, die Musterkrankensatzung nach § 456 und die Mustergeschäftsordnung nach § 456a sowie über deren Änderungen;
5. die Erlassung einer Verordnung über den Kostenbeitrag nach § 31 Abs. 2 Z 4;
6. die Beschlussfassung über Richtlinien zur Regelung der dienstrechtlichen Verhältnisse nach § 31 Abs. 3 Z 9;

Enthebung von Mitgliedern des Verwaltungsrates (StellvertreterInnen)

§ 441c. Für die Enthebung von Mitgliedern des Verwaltungsrates und ihren Stellvertretern/StellvertreterInnen ist § 423 sinngemäß anzuwenden.

Aufgaben des Verwaltungsrates

§ 441d. (1) Dem Verwaltungsrat obliegt die Besorgung aller Aufgaben der SV-Holding.

(2) Der Verwaltungsrat hat unter Aufrechterhaltung seiner eigenen Verantwortlichkeit die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten der Geschäftsführung (§ 441f) zu übertragen. Er kann unter Aufrechterhaltung seiner eigenen Verantwortlichkeit einzelne seiner Obliegenheiten der zuständigen Spartenkonferenz übertragen.

7. die Zustimmung zu Beschlüssen des Verbandsvorstandes zu Gesamtverträgen nach § 31 Abs. 3 Z 11;
8. die Beschlussfassung über Richtlinien nach § 31 Abs. 5 sowie über deren Änderungen;
9. die Beschlussfassung eines Leitbildes für den Hauptverband;
10. die Entscheidung über Anträge auf Verfolgung von Ansprüchen, die dem Hauptverband gegen Mitglieder der Verwaltungskörper aus deren Amtsführung erwachsen, und die Bestellung der zur Verfolgung dieser Ansprüche Beauftragten;
11. die Beschlussfassung über den aus dem Rechnungsabschluss und den statistischen Nachweisungen bestehenden Jahresbericht des Hauptverbandes und der bei ihm errichteten Fonds.

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

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

Zielsteuerung

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

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

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

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

(4) Der Verwaltungsrat hat zu den Beschlüssen des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich (§ 442) innerhalb angemessener Frist Stellung zu nehmen.

Aufgaben der Spartenkonferenzen

§ 441e. (1) Die Spartenkonferenzen sind berechtigt, den Verwaltungsrat in sämtlichen Angelegenheiten, die ihren jeweiligen Aufgabenbereich betreffen, zu beraten.

(2) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Verwaltungsrates zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der jeweils betroffenen Spartenkonferenz(en):

1. die Beschlussfassung über Zielvereinbarungen nach § 30b sowie über damit im Zusammenhang stehende Maßnahmen;
2. die Übertragung von Aufgaben nach § 30e Abs. 2;
3. die Koordination sowie das An-Sich-Ziehen von Verwaltungsaufgaben nach § 30e Abs. 3;

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

Aufgaben des Verbandsvorstandes

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

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

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

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

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

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

4. die Erlassung von Richtlinien nach § 30f Abs. 1 sowie von Normen nach § 30f Abs. 2.

(3) Die Zustimmung nach Abs. 2 ist binnen vier Wochen ab Beschlussfassung im Verwaltungsrat zu erteilen. Kommt innerhalb dieser Frist kein Beschluss zustande, so gilt die Zustimmung als erteilt. Wird die Zustimmung verweigert, so ist die betreffende Angelegenheit dem Verwaltungsrat zur neuerlichen Behandlung vorzulegen, der endgültig entscheidet.

Geschäftsführung

§ 441f. (1) Die Geschäftsführung besteht aus zwei Geschäftsführern/GeschäftsführerInnen, von denen einem/einer der Vorsitz zukommt. Sie werden vom Verwaltungsrat im Wege einer öffentlichen Stellenausschreibung für eine Funktionsperiode von fünf Jahren bestellt, wobei das Stellenbesetzungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/1998, anzuwenden ist. Wiederbestellungen sind zulässig.

(2) Die Geschäftsführung ist an die Weisungen des Verwaltungsrates gebunden; sie hat dem Verwaltungsrat regelmäßig über die ihr übertragenen Aufgaben zu berichten und alle Aufklärungen zu geben sowie alle Unterlagen vorzulegen, die dieser zur Ausübung seiner Tätigkeit benötigt.

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

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

Verbandsmanagement

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

Teilnahme der Betriebsvertretungen an den Sitzungen der Verwaltungskörper des Hauptverbandes

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

Sozial- und Gesundheitsforum Österreich

Einrichtung und Zusammensetzung

§ 442. (1) Beim Hauptverband ist ein „Sozial- und Gesundheitsforum Österreich“ einzurichten, dessen Mitglieder vom Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen nach Abs. 2 für vier Jahre zu bestellen sind. Mitglieder des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich können nur österreichische StaatsbürgerInnen sein, die nicht vom Wahlrecht in gesetzgebende Organe ausgeschlossen sind sowie am Tag der Entsendung das 18. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnort im Inland haben. Für jedes Mitglied ist gleichzeitig mit seiner Entsendung und auf dieselbe Art ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin zu entsenden. Der/die StellvertreterIn hat das Mitglied zu vertreten, wenn es in Ausübung seines Amtes verhindert ist.

Teilnahme der Betriebsvertretungen an den Sitzungen des Verwaltungsrates

§ 441g. Vier in einer gemeinsamen Sitzung der Vorsitzenden der Betriebsvertretungen aller Versicherungsträger und der SV-Holding aus ihrer Mitte mit einfacher Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen gewählte VertreterInnen sind an den Sitzungen des Verwaltungsrates mit beratender Stimme teilnahmeberechtigt. § 439 ist entsprechend anzuwenden.

Mittel der SV-Holding

§ 441h. Der Aufwand der SV-Holding für die Erbringung von Dienstleistungen für die Sozialversicherungsträger ist von diesen entsprechend dem am 31. Dezember 2008 geltenden Verteilungsschlüssel-Verbandsbeitragspunkte zu tragen.

Sozial- und Gesundheitsforum Österreich

Einrichtung und Zusammensetzung

§ 442. (1) Bei der SV-Holding ist ein „Sozial- und Gesundheitsforum Österreich“ einzurichten, dessen Mitglieder vom Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen nach Abs. 2 für vier Jahre zu bestellen sind. Mitglieder des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich können nur österreichische StaatsbürgerInnen sein, die nicht vom Wahlrecht in gesetzgebende Organe ausgeschlossen sind sowie am Tag der Entsendung das 18. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnort im Inland haben. Für jedes Mitglied ist gleichzeitig mit seiner Entsendung und auf dieselbe Art ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin zu entsenden. Der/die StellvertreterIn hat das Mitglied zu vertreten, wenn es in Ausübung seines Amtes verhindert ist.

(2) und (3) unverändert.

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

(5) unverändert.

Aufgaben

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

Entschädigungen

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

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

(3) und (4) unverändert.

(2) und (3) unverändert.

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

(5) unverändert.

Aufgaben

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

Entschädigungen

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

(2) Die Mitglieder des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten unter Anwendung der Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 25.

(3) und (4) unverändert.

Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung

§ 443. (1) Die Versicherungsträger und der Hauptverband haben für jedes Geschäftsjahr einen Voranschlag und im Zusammenhang damit vierteljährlich für den Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung eine rollierende Gebarungsvorschaurechnung zu erstellen.

(2) unverändert.

Rechnungsabschluss und Nachweisungen

§ 444. (1) unverändert.

(2) Die Versicherungsträger und der Hauptverband haben statistische Nachweisungen zu verfassen.

(3) unverändert.

(4) Aufgehoben.

(5) unverändert.

(6) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung, die Erstellung des Jahresvoranschlages sowie des Jahresberichtes (Abs. 1) zu erlassen. Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Weisungen für die statistischen Nachweisungen (Abs. 2) zu erlassen.

(7) unverändert.

Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung

§ 443. (1) Die Versicherungsträger und die SV-Holding haben für jedes Geschäftsjahr einen Voranschlag und im Zusammenhang damit vierteljährlich für den Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung eine rollierende Gebarungsvorschaurechnung zu erstellen.

(2) unverändert.

(3) Der Jahresvoranschlag ist mit der SV-Holding abzustimmen.

Rechnungsabschluss und Nachweisungen

§ 444. (1) unverändert.

(2) Die Versicherungsträger und die SV-Holding haben statistische Nachweisungen zu verfassen.

(3) unverändert.

(4) Der Rechnungsabschluss ist vor der Antragstellung auf Genehmigung in der Generalversammlung von einem/einer zugelassenen WirtschaftsprüferIn auf seine Übereinstimmung mit den Rechnungsvorschriften nach Abs. 6 zu prüfen. Zu diesem Zweck sind ihm/ihr alle für die Prüfung erforderlichen Auskünfte zu erteilen sowie Einsichtnahmen in Bücher und Schriften zu gestatten. Der/die WirtschaftsprüferIn ist vom Vorstand unter sinngemäßer Anwendung der §§ 270 und 271a des Unternehmensgesetzbuches für jeweils drei Kalenderjahre zu bestellen. Er/sie hat an den Sitzungen der Verwaltungskörper, bei denen der Rechnungsabschluss behandelt wird, teilzunehmen und alle verlangten Auskünfte über das Prüfungsergebnis zu erteilen.

(5) unverändert.

(6) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung, die Erstellung des Jahresvoranschlages sowie des Jahresberichtes (Abs. 1) zu erlassen. Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Weisungen für die statistischen Nachweisungen (Abs. 2) zu erlassen.

(7) unverändert.

Vermögensanlage

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

1. bis 5. unverändert.

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

(2) unverändert.

(3) Zu ihrer Wirksamkeit bedürfen Beschlüsse der Verwaltungskörper über Vermögensanlagen, die von den Vorschriften der Abs. 1 und 2 abweichen,

1. unverändert.

2. im Falle der Pensionsversicherungsanstalt, der Pensionsinstitute und des Hauptverbandes der Genehmigung des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, der das Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen herzustellen hat.

Es ist jeweils das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen herzustellen. Gegenstand solcher Beschlüsse können sowohl konkrete Vermögensanlagen in einem einzelnen Fall als auch durch gemeinsame Gruppenmerkmale gekennzeichnete und voraussichtlich vorzunehmende Vermögensanlagen sein; letzterenfalls sind die wesentlichen Gruppenmerkmale (zB die Art und die sonstigen näheren Umstände der beabsichtigten Vermögensanlagen, insbesondere auch der vorzusehende Mindestertrag) im Beschlusswortlaut festzulegen.

Vermögensanlage

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

1. bis 5. unverändert.

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

(2) unverändert.

(3) Zu ihrer Wirksamkeit bedürfen Beschlüsse der Verwaltungskörper über Vermögensanlagen, die von den Vorschriften der Abs. 1 und 2 abweichen,

1. unverändert.

2. im Falle der Pensionsversicherungsanstalt, der Pensionsinstitute und der SV-Holding der Genehmigung des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, der das Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen herzustellen hat.

Es ist jeweils das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen herzustellen. Gegenstand solcher Beschlüsse können sowohl konkrete Vermögensanlagen in einem einzelnen Fall als auch durch gemeinsame Gruppenmerkmale gekennzeichnete und voraussichtlich vorzunehmende Vermögensanlagen sein; letzterenfalls sind die wesentlichen Gruppenmerkmale (zB die Art und die sonstigen näheren Umstände der beabsichtigten Vermögensanlagen, insbesondere auch der vorzusehende Mindestertrag) im Beschlusswortlaut festzulegen.

Genehmigung von Großinvestitionen

§ 446b. Beschlüsse der Verwaltungskörper über Investitionen, die eine Million Euro übersteigen und nicht im Jahresvoranschlag vorgesehen sind, bedürfen der Genehmigung durch die SV-Holding.

Genehmigung zu Veränderungen von Vermögensbeständen

§ 447. (1) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über deren Erwerbung, Belastung oder Veräußerung, oder über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden bedürfen - nach Zustimmung des Hauptverbandes gemäß § 31 Abs. 7 Z 1 - zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung des jeweils zuständigen Bundesministers (§ 446 Abs. 3 Z 1 und 2) im Einvernehmen mit dem jeweils anderen Bundesminister. Das gleiche gilt für den Umbau von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist.

(1a) Beschlüsse der Verwaltungskörper über den Abschluss von Bestandverträgen bedürfen - nach Zustimmung des Hauptverbandes nach § 31 Abs. 7 Z 1 - zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung des jeweils zuständigen Bundesministers (§ 446 Abs. 3 Z 1 und 2) im Einvernehmen mit dem jeweils anderen Bundesminister.

(2) bis (3) unverändert.

Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen

§ 447a. (1) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds hat eine ausreichende Gebarung bzw. eine ausreichende Liquidität der Gebietskrankenkassen zu gewährleisten und nach Maßgabe der vorhandenen Mittel entsprechend den nachfolgend angeführten Bestimmungen Zahlungen an die Gebietskrankenkassen zu leisten.

(2) Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss. Weiters ist zum Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen vorzulegen.

(3) unverändert.

(4) Die Gebietskrankenkassen haben einen Beitrag im Ausmaß von 2,0 % ihrer Beitragseinnahmen zu entrichten. Dieser Beitrag ist von der Summe der für das vorhergehende Kalenderjahr fällig gewordenen Beiträge zu ermitteln; er ist in zwei gleichen Teilbeträgen jeweils am 1. April und am 1. Oktober eines jeden Kalenderjahres dem Hauptverband zu überweisen. Der Betrag nach Abs. 3 Z 2 ist monatlich bis zum 25. des Folgemonates vom Bundesminister für Finanzen an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen zu überweisen.

Genehmigung zu Veränderungen von Vermögensbeständen

§ 447. (1) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über deren Erwerbung, Belastung oder Veräußerung, oder über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung des jeweils zuständigen Bundesministers (§ 446 Abs. 3 Z 1 und 2) im Einvernehmen mit dem jeweils anderen Bundesminister. Das gleiche gilt für den Umbau von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist.

(1a) Beschlüsse der Verwaltungskörper über den Abschluss von Bestandverträgen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung des jeweils zuständigen Bundesministers (§ 446 Abs. 3 Z 1 und 2) im Einvernehmen mit dem jeweils anderen Bundesminister.

(2) bis (3) unverändert.

Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen

§ 447a. (1) Der bei der SV-Holding errichtete Ausgleichsfonds hat eine ausreichende Gebarung bzw. eine ausreichende Liquidität der Gebietskrankenkassen zu gewährleisten und nach Maßgabe der vorhandenen Mittel entsprechend den nachfolgend angeführten Bestimmungen Zahlungen an die Gebietskrankenkassen zu leisten.

(2) Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen der SV-Holding zu verwalten. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss. Weiters ist zum Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen vorzulegen.

(3) unverändert.

(4) Die Gebietskrankenkassen haben einen Beitrag im Ausmaß von 2,0 % ihrer Beitragseinnahmen zu entrichten. Dieser Beitrag ist von der Summe der für das vorhergehende Kalenderjahr fällig gewordenen Beiträge zu ermitteln; er ist in zwei gleichen Teilbeträgen jeweils am 1. April und am 1. Oktober eines jeden Kalenderjahres der SV-Holding zu überweisen. Der Betrag nach Abs. 3 Z 2 ist monatlich bis zum 25. des Folgemonates vom Bundesminister für Finanzen an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen zu überweisen.

(5) und (6) unverändert.

(7) Das Aufteilungsverhältnis der Mittel zwischen den Bereichen nach Abs. 6 sowie der Zeitraum, für den dieses gilt, ist von der Trägerkonferenz festzusetzen und in den Richtlinien nach § 447b Abs. 3 im Internet kundzumachen. Falls nach Ablauf dieses Zeitraumes kein neues Aufteilungsverhältnis festgesetzt wird, gilt das bisher geltende weiter.

(8) Die Aufteilung der Mittel auf die Gebietskrankenkassen erfolgt

1. und 2. unverändert.

3. nach Abs. 6 Z 4 nach einem Aufteilungsschlüssel, der das Ziel der Z 4 zu berücksichtigen hat. Dieser Schlüssel sowie der Zeitraum, für den dieser gilt, ist von der Trägerkonferenz festzusetzen und in den Richtlinien nach § 447b Abs. 3 im Internet kundzumachen. Falls nach Ablauf dieses Zeitraumes kein neuer Schlüssel festgesetzt wird, gilt der bisher geltende weiter.

(9) Die Mittel nach Abs. 6 Z 1 bis 4 sind nach Vorliegen der zu ihrer Ermittlung notwendigen Unterlagen den in Betracht kommenden Gebietskrankenkassen bis zum 1. Oktober des Folgegeschäftsjahres aufgrund eines Beschlusses des Vorstandsvorstandes zu bevorschussen. Die endgültige Abrechnung ist spätestens Ende Februar des zweiten Folgejahres aufgrund eines Beschlusses der Trägerkonferenz vorzunehmen. Bei fehlenden Unterlagen sind die Mittel nach den Unterlagen des Vorjahres aufzuteilen. Die Mittel sind nach Maßgabe der vorhandenen Beträge verhältnismäßig aufzuteilen.

(10) bis (12) unverändert.

Ausgleich unterschiedlicher Strukturen

§ 447b. (1) unverändert.

(2) Die Daten für die Berechnung des Ausgleichs unterschiedlicher Strukturen nach Abs. 1 sind

1. bis 3. unverändert.

zu ermitteln. Alle Berechnungen nach Abs. 1 haben durch den Hauptverband zu erfolgen.

(3) Der Hauptverband hat die Berechnungsregeln für den Strukturausgleich nach Abs. 1 in Richtlinien festzulegen. Diese Richtlinien sind durch die Trägerkonferenz zu beschließen und im Internet zu verlautbaren.

(5) und (6) unverändert.

(7) Das Aufteilungsverhältnis der Mittel zwischen den Bereichen nach Abs. 6 sowie der Zeitraum, für den dieses gilt, ist vom Verwaltungsrat festzusetzen und in den Richtlinien nach § 447b Abs. 3 im Internet kundzumachen. Falls nach Ablauf dieses Zeitraumes kein neues Aufteilungsverhältnis festgesetzt wird, gilt das bisher geltende weiter.

(8) Die Aufteilung der Mittel auf die Gebietskrankenkassen erfolgt

1. und 2. unverändert.

3. nach Abs. 6 Z 4 nach einem Aufteilungsschlüssel, der das Ziel der Z 4 zu berücksichtigen hat. Dieser Schlüssel sowie der Zeitraum, für den dieser gilt, ist vom Verwaltungsrat festzusetzen und in den Richtlinien nach § 447b Abs. 3 im Internet kundzumachen. Falls nach Ablauf dieses Zeitraumes kein neuer Schlüssel festgesetzt wird, gilt der bisher geltende weiter.

(9) Die Mittel nach Abs. 6 Z 1 bis 4 sind nach Vorliegen der zu ihrer Ermittlung notwendigen Unterlagen den in Betracht kommenden Gebietskrankenkassen bis zum 1. Oktober des Folgegeschäftsjahres aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates zu bevorschussen. Die endgültige Abrechnung ist spätestens Ende Februar des zweiten Folgejahres vorzunehmen. Bei fehlenden Unterlagen sind die Mittel nach den Unterlagen des Vorjahres aufzuteilen. Die Mittel sind nach Maßgabe der vorhandenen Beträge verhältnismäßig aufzuteilen.

(10) bis (12) unverändert.

Ausgleich unterschiedlicher Strukturen

§ 447b. (1) unverändert.

(2) Die Daten für die Berechnung des Ausgleichs unterschiedlicher Strukturen nach Abs. 1 sind

1. bis 3. unverändert.

zu ermitteln. Alle Berechnungen nach Abs. 1 haben durch die SV-Holding zu erfolgen.

(3) Die SV-Holding hat die Berechnungsregeln für den Strukturausgleich nach Abs. 1 in Richtlinien festzulegen. Diese Richtlinien sind im Internet zu verlautbaren.

(4) Die in den §§ 447a und 447b vorgesehenen Beschlüsse der Trägerkonferenz kommen nur dann gültig zustande, wenn dem Beschluss zusätzlich zu den allgemeinen Beschlusserfordernissen (§ 441a Abs. 2) auch eine Mehrheit von zwei Dritteln der anwesenden stimmberechtigten Obmänner der Gebietskrankenkassen (§ 441a Abs. 1 Z 1 lit. d) zugestimmt hat.

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. Mehreinnahmen aus

- der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen auf Grund des Pensionsharmonisierungsgesetzes, BGBl. I Nr. 142/2004,
- 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 und
- der auf Grund der Beitragssatzerhöhung um 0,15 Prozentpunkte für Pensionisten und Pensionistinnen ab 1. Jänner 2008 aus Budgetmitteln des Bundes erhöhten Überweisung der Pensionsversicherungsträger an die Krankenversicherung

(2) unverändert.

(3) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die Landesgesundheitsfonds der Länder

1. bis 4. unverändert.

(4) und (4a) unverändert.

(4) Aufgehoben.

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. Mehreinnahmen aus

- der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen auf Grund des Pensionsharmonisierungsgesetzes, BGBl. I Nr. 142/2004,
- 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,
- der auf Grund der Beitragssatzerhöhung um 0,15 Prozentpunkte für Pensionisten und Pensionistinnen ab 1. Jänner 2008 aus Budgetmitteln des Bundes erhöhten Überweisung der Pensionsversicherungsträger an die Krankenversicherung und
- die Mehreinnahmen auf Grund des Zusatzhebesatzes nach § 73 Abs. 2

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

(2) unverändert.

(3) Der bei der SV-Holding errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die Landesgesundheitsfonds der Länder

1. bis 4. unverändert.

(4) und (4a) unverändert.

(5) Die nach den Vorwegabzügen nach Abs. 16 verbleibenden Beträge für die Überweisungen nach Abs. 3 Z 4 sind rechnerisch um die Hälfte der bundesweiten Einnahmen an Beiträgen nach § 27a Abs. 3 KAKuG zu erhöhen und auf die Landesgesundheitsfonds je zur Hälfte wie folgt zu verteilen:

1. unverändert.
2. entsprechend dem Verhältnis der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen dem Hauptverband und den Landesgesundheitsfonds bekannt zu gebenden endgültigen LKF relevanten Kernpunkte des Jahres 2003.

(6) bis (8) unverändert.

(9) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe der Abs. 1 bis 6 und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Allfällige Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nach § 447a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss. Weiters ist zum Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vorzulegen.

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

Tabelle unverändert.

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

1. und 2. unverändert.

Tabelle unverändert.

(5) Die nach den Vorwegabzügen nach Abs. 16 verbleibenden Beträge für die Überweisungen nach Abs. 3 Z 4 sind rechnerisch um die Hälfte der bundesweiten Einnahmen an Beiträgen nach § 27a Abs. 3 KAKuG zu erhöhen und auf die Landesgesundheitsfonds je zur Hälfte wie folgt zu verteilen:

1. unverändert.
2. entsprechend dem Verhältnis der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen der SV-Holding und den Landesgesundheitsfonds bekannt zu gebenden endgültigen LKF relevanten Kernpunkte des Jahres 2003.

(6) bis (8) unverändert.

(9) Der bei der SV-Holding errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe der Abs. 1 bis 6 und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen der SV-Holding zu verwalten. Allfällige Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nach § 447a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss. Weiters ist zum Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vorzulegen.

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

Tabelle unverändert.

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

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

1. und 2. unverändert.

Tabelle unverändert.

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. Hierbei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte und für Arbeitslose heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 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 fünf Dezimalstellen zu runden. Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sind durch Beschluss der Trägerkonferenz festzulegen.

(13) Alle von den Krankenversicherungsträgern an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu überweisenden Beträge sind so zu überweisen, dass die betreffenden Beträge beim Hauptverband am jeweils letzten Bankarbeitstag vor den Überweisungsterminen nach den Abs. 3 und 6 bereits eingetroffen sind.

(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) Die Trägerkonferenz hat mit verbindlicher Wirkung im Sinne des § 31 Abs. 6 zu beschließen, zu welchen Teilen die Überweisungen nach § 149 Abs. 3 und 3a von den einzelnen Sozialversicherungsträgern vorläufig aufzubringen sind. Ferner sind mit diesem Beschluss der Trägerkonferenz die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine festzulegen. Die endgültige Berechnung der auf die einzelnen Sozialversicherungsträger entfallenden Überweisungsbeträge hat unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme der Leistungen nach § 149 Abs. 3 im jeweiligen Jahr bis zum 30. November des Folgejahres zu erfolgen. Die sich daraus ergebenden Differenzbeträge sind zwischen den Sozialversicherungsträgern unverzüglich auszugleichen.

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 von der SV-Holding neu festzusetzen. Hierbei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte und für Arbeitslose heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 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 fünf Dezimalstellen zu runden. Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sind durch Beschluss des Verwaltungsrates festzulegen.

(13) Alle von den Krankenversicherungsträgern an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu überweisenden Beträge sind so zu überweisen, dass die betreffenden Beträge bei der SV-Holding am jeweils letzten Bankarbeitstag vor den Überweisungsterminen nach den Abs. 3 und 6 bereits eingetroffen sind.

(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 der SV-Holding und dem nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu vereinbaren.

(15) Der Verwaltungsrat hat mit verbindlicher Wirkung im Sinne des § 30g Abs. 1 zu beschließen, zu welchen Teilen die Überweisungen nach § 149 Abs. 3 und 3a von den einzelnen Sozialversicherungsträgern vorläufig aufzubringen sind. Ferner sind mit diesem Beschluss die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine festzulegen. Die endgültige Berechnung der auf die einzelnen Sozialversicherungsträger entfallenden Überweisungsbeträge hat unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme der Leistungen nach § 149 Abs. 3 im jeweiligen Jahr bis zum 30. November des Folgejahres zu erfolgen. Die sich daraus ergebenden Differenzbeträge sind zwischen den Sozialversicherungsträgern unverzüglich auszugleichen.

(16) und (17) unverändert.

Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung

§ 447h. (1) Beim Hauptverband ist ein Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung zu errichten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss. Weiters ist zum Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vorzulegen.

(2) 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 unter Berücksichtigung der Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Beschluss der Trägerkonferenz.

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

1. bis 4. unverändert.
5. die Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.

(16) und (17) unverändert.

Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung

§ 447h. (1) Bei der SV-Holding ist ein Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung zu errichten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen der SV-Holding zu verwalten. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss. Weiters ist zum Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vorzulegen.

(2) unverändert.

(3) Die Mittel des Fonds sind für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie für von der SV-Holding 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; die SV-Holding 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 unter Berücksichtigung der Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Beschluss des Verwaltungsrates.

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

1. bis 4. unverändert.
5. die Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch die SV-Holding (teil-)finanziert wurden.

Aufsichtsbehörden

§ 448. (1) Die Versicherungsträger und der Hauptverband samt ihren Anstalten und Einrichtungen unterliegen der Aufsicht des Bundes. Die Aufsicht über den Hauptverband, die Pensionsversicherungsanstalt und die Pensionsinstitute ist vom Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, die Aufsicht über die sonstigen Versicherungsträger ist von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen als oberste Aufsichtsbehörde auszuüben. In Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich beider Bundesminister oder ausschließlich in den Wirkungsbereich des jeweils anderen Bundesministers fallen, ist von dem Bundesminister, der die oberste Aufsicht ausübt, das Einvernehmen mit dem anderen Bundesminister herzustellen.

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

(2) Die unmittelbare Handhabung der Aufsicht über die einzelnen Versicherungsträger obliegt, wenn sich der Sprengel des Versicherungsträgers nicht über mehr als ein Land erstreckt, bei Trägern der Krankenversicherung nur, wenn sie nicht mehr als 400 000 Versicherte aufweisen, dem nach dem Sprengel des Versicherungsträgers zuständigen Landeshauptmann. Gegenüber den sonstigen Versicherungsträgern und gegenüber dem Hauptverband ist der nach Abs. 1 mit der obersten Aufsicht betraute Bundesminister auch zur unmittelbaren Ausübung der Aufsicht berufen.

Aufsichtsbehörden

§ 448. (1) Die Versicherungsträger und die SV-Holding samt ihren Anstalten und Einrichtungen unterliegen der Aufsicht des Bundes. Die Aufsicht über die SV-Holding, die Pensionsversicherungsanstalt und die Pensionsinstitute ist vom Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz, die Aufsicht über die sonstigen Versicherungsträger ist von der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend als oberste Aufsichtsbehörde auszuüben. In Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich beider Bundesminister oder ausschließlich in den Wirkungsbereich des jeweils anderen Bundesministers fallen, ist von dem Bundesminister, der die oberste Aufsicht ausübt, das Einvernehmen mit dem anderen Bundesminister herzustellen.

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

(2) Der/die nach Abs. 1 mit der obersten Aufsicht betraute BundesministerIn ist auch zur unmittelbaren Ausübung der Aufsicht berufen.

(3) Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz kann bestimmte Bedienstete seines Bundesministeriums mit der Aufsicht über den Hauptverband, die Pensionsversicherungsanstalt und die Pensionsinstitute betrauen, die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bestimmte Bedienstete ihres Bundesministeriums mit der Aufsicht über alle sonstigen Versicherungsträger; der Landeshauptmann kann bestimmte Bedienstete der unmittelbaren Aufsichtsbehörde mit der Aufsicht über die Versicherungsträger betrauen, die seiner unmittelbaren Aufsicht unterstehen; der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper des im § 427 Abs. 1 Z 3 genannten Versicherungsträgers, die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zu den Sitzungen der Verwaltungskörper des Hauptverbandes einen Vertreter zur Wahrung der Interessen in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich des jeweiligen Bundesministers fallen, entsenden; der Bundesminister für Finanzen kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper der im § 427 Abs. 1 Z 2 und 3 genannten Versicherungsträger und des Hauptverbandes einen Vertreter zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes entsenden. Den mit der Ausübung der Aufsicht bzw. mit der Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes betrauten Bediensteten (deren Stellvertretern) sind Aufwandsentschädigungen zu gewähren, deren Höhe 60 vH der niedrigsten Funktionsgebühr (§ 420 Abs. 5) des Vorsitzenden (des Stellvertreters des Vorsitzenden) der Kontrollversammlung des beaufsichtigten Versicherungsträgers (100 % bzw. 50 % der niedrigsten Funktionsgebühr eines Mitgliedes des Vorstandes des Hauptverbandes) entspricht. Bei mehrfacher Aufsichtstätigkeit gebührt nur eine, und zwar die jeweils höhere Aufwandsentschädigung.

(3) Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz kann bestimmte Bedienstete seines Bundesministeriums mit der Aufsicht über die SV-Holding, die Pensionsversicherungsanstalt und die Pensionsinstitute betrauen, die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bestimmte Bedienstete ihres Bundesministeriums mit der Aufsicht über alle sonstigen Versicherungsträger; der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper des im § 427 Abs. 1 Z 3 genannten Versicherungsträgers, die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zu den Sitzungen des Verwaltungsrates einen Vertreter zur Wahrung der Interessen in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich des jeweiligen Bundesministers fallen, entsenden; der Bundesminister für Finanzen kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper der im § 427 Abs. 1 Z 2 und 3 genannten Versicherungsträger und der SV-Holding einen Vertreter zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes entsenden. Den mit der Ausübung der Aufsicht bzw. mit der Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes betrauten Bediensteten (deren Stellvertretern) sind Aufwandsentschädigungen zu gewähren, deren Höhe 60 vH der niedrigsten Funktionsgebühr (§ 420 Abs. 5) des Vorsitzenden (des Stellvertreters des Vorsitzenden) der Kontrollversammlung des beaufsichtigten Versicherungsträgers (100 % bzw. 50 % der niedrigsten Funktionsgebühr eines Mitgliedes des Verwaltungsrates) entspricht. Bei mehrfacher Aufsichtstätigkeit gebührt nur eine, und zwar die jeweils höhere Aufwandsentschädigung.

(4) Der Vertreter des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, der Vertreter der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen sowie der Vertreter des Landeshauptmannes können gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen eine Rechtsvorschrift verstoßen, der Vertreter des Bundesministers für Finanzen gegen Beschlüsse, welche die finanziellen Interessen des Bundes berühren, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben wurde, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen. Die Aufsichtsbehörde hat die Entscheidung bei einem Einspruch in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich beider Bundesminister oder ausschließlich in den Wirkungsbereich des jeweils anderen Bundesministers fallen, im Einvernehmen mit dem anderen Bundesminister zu treffen. Bei einem Einspruch des Vertreters des Bundesministers für Finanzen hat die Aufsichtsbehörde die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen sowie in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich beider Bundesminister oder ausschließlich in den Wirkungsbereich des jeweils anderen Bundesministers fallen, im Einvernehmen mit dem anderen Bundesminister zu treffen.

(5) unverändert.

Aufgaben der Aufsicht

§ 449. (1) Die Aufsichtsbehörden haben die Gebarung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Sie können ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit erstrecken; sie sollen sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörden können in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(4) Der Vertreter des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, der Vertreter der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen können gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen eine Rechtsvorschrift oder gegen Ziele nach § 30b verstoßen, der Vertreter des Bundesministers für Finanzen gegen Beschlüsse, welche die finanziellen Interessen des Bundes berühren, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben wurde, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen. Die Aufsichtsbehörde hat die Entscheidung bei einem Einspruch in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich beider Bundesminister oder ausschließlich in den Wirkungsbereich des jeweils anderen Bundesministers fallen, im Einvernehmen mit dem anderen Bundesminister zu treffen. Bei einem Einspruch des Vertreters des Bundesministers für Finanzen hat die Aufsichtsbehörde die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen sowie in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich beider Bundesminister oder ausschließlich in den Wirkungsbereich des jeweils anderen Bundesministers fallen, im Einvernehmen mit dem anderen Bundesminister zu treffen.

(5) unverändert.

Aufgaben der Aufsicht

§ 449. (1) Die Aufsichtsbehörden haben die Gebarung der Versicherungsträger (der SV-Holding) zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Sie können ihre Aufsicht auf Fragen der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit erstrecken; sie sollen sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsträger (der SV-Holding) nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörden können in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(2) Der Aufsichtsbehörde sind auf Verlangen alle Bücher, Rechnungen, Belege, Urkunden, Wertpapiere, Schriften und sonstige Bestände vorzulegen und alle zur Ausübung des Aufsichtsrechtes geforderten Mitteilungen zu machen; alle Verlautbarungen sind der Aufsichtsbehörde unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Diese Verpflichtung trifft die im § 427 Abs. 1 Z 2 und 3 genannten Versicherungsträger, denen der Bund Beiträge gemäß § 80 leistet, auch gegenüber dem Bundesminister für Finanzen. Die oberste Aufsichtsbehörde kann die Satzungen und Krankenordnungen jederzeit überprüfen und Änderungen solcher Bestimmungen verlangen, die mit dem Gesetz in Widerspruch stehen oder dem Zwecke der Versicherung zuwiderlaufen. Dies gilt bezüglich der Satzungen bei dem im § 427 Abs. 1 Z 3 genannten Versicherungsträger auch für den Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und bezüglich der Satzung des Hauptverbandes auch für die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen. Wird diesem Verlangen nicht binnen drei Monaten entsprochen, so kann sie die erforderlichen Verfügungen von Amts wegen treffen.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, dass die Verwaltungskörper mit einer bestimmten Tagesordnung zu Sitzungen einberufen werden. Wird dem nicht entsprochen, so kann sie die Sitzungen selbst anberaumen und die Verhandlungen leiten. Sie kann zu allen Sitzungen Vertreter entsenden, denen beratende Stimme zukommt. Die Aufsichtsbehörde, der mit der Aufsicht betraute Bedienstete der Aufsichtsbehörde und bei den im § 427 Abs. 1 Z 2 und 3 genannten Versicherungsträgern und beim Hauptverband auch der Vertreter des Bundesministers für Finanzen sind von jeder Sitzung der Verwaltungskörper ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieser Verwaltungskörper; es sind ihnen auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

(4) Die oberste Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Versicherungsträger (den Hauptverband) amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei sie sich bei Untersuchungen der Versicherungsträger der Mitwirkung des Hauptverbandes sowie geeigneter Sachverständiger bedienen kann. Der Bundesminister für Finanzen ist bei den im § 427 Abs. 1 Z 2 und 3 genannten Versicherungsträgern, denen der Bund Beiträge gemäß § 80 leistet, berechtigt, an der amtlichen Untersuchung des Versicherungsträgers durch einen Vertreter mitzuwirken. Die oberste Aufsichtsbehörde hat eine solche amtliche Untersuchung anzuordnen, wenn der Bundesminister für Finanzen dies zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes verlangt.

(2) Der Aufsichtsbehörde sind auf Verlangen alle Bücher, Rechnungen, Belege, Urkunden, Wertpapiere, Schriften und sonstige Bestände vorzulegen und alle zur Ausübung des Aufsichtsrechtes geforderten Mitteilungen zu machen; alle Verlautbarungen sind der Aufsichtsbehörde unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Diese Verpflichtung trifft die im § 427 Abs. 1 Z 2 und 3 genannten Versicherungsträger, denen der Bund Beiträge gemäß § 80 leistet, auch gegenüber dem Bundesminister für Finanzen. Die oberste Aufsichtsbehörde kann die Satzungen und Krankenordnungen jederzeit überprüfen und Änderungen solcher Bestimmungen verlangen, die mit dem Gesetz in Widerspruch stehen oder dem Zwecke der Versicherung zuwiderlaufen. Dies gilt bezüglich der Satzungen bei dem im § 427 Abs. 1 Z 3 genannten Versicherungsträger auch für den Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und bezüglich der Satzung der SV-Holding auch für die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen. Wird diesem Verlangen nicht binnen drei Monaten entsprochen, so kann sie die erforderlichen Verfügungen von Amts wegen treffen.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, dass die Verwaltungskörper mit einer bestimmten Tagesordnung zu Sitzungen einberufen werden. Wird dem nicht entsprochen, so kann sie die Sitzungen selbst anberaumen und die Verhandlungen leiten. Sie kann zu allen Sitzungen Vertreter entsenden, denen beratende Stimme zukommt. Die Aufsichtsbehörde, der mit der Aufsicht betraute Bedienstete der Aufsichtsbehörde und bei den im § 427 Abs. 1 Z 2 und 3 genannten Versicherungsträgern und bei der SV-Holding auch der Vertreter des Bundesministers für Finanzen sind von jeder Sitzung der Verwaltungskörper ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieser Verwaltungskörper; es sind ihnen auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

(4) Die oberste Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Versicherungsträger (die SV-Holding) amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei sie sich bei Untersuchungen der Versicherungsträger der Mitwirkung der SV-Holding sowie geeigneter Sachverständiger bedienen kann. Der Bundesminister für Finanzen ist bei den im § 427 Abs. 1 Z 2 und 3 genannten Versicherungsträgern, denen der Bund Beiträge gemäß § 80 leistet, berechtigt, an der amtlichen Untersuchung des Versicherungsträgers durch einen Vertreter mitzuwirken. Die oberste Aufsichtsbehörde hat eine solche amtliche Untersuchung anzuordnen, wenn der Bundesminister für Finanzen dies zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes verlangt.

(5) Die Abs. 1, 2 erster Satz, 3 und 4 erster und letzter Satz gelten bei dem im § 427 Abs. 1 Z 3 genannten Versicherungsträger auch bezüglich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, beim Hauptverband auch bezüglich der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bzw. deren Vertretern.

Kosten der Aufsicht

§ 452. Die Kosten der von der Aufsichtsbehörde angeordneten Maßnahmen belasten den Versicherungsträger (Hauptverband). Zur Deckung der durch die Aufsicht erwachsenden sonstigen Kosten haben die Versicherungsträger (der Hauptverband) durch Entrichtung einer Aufsichtsgebühr beizutragen. Deren Höhe hat der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen nach Anhörung des betreffenden Versicherungsträgers (des Hauptverbandes) zu bestimmen.

Satzung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes)

§ 453. (1) unverändert.

(2) Durch die Satzung des Versicherungsträgers (des Hauptverbandes) kann vorgesehen werden, dass Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich der Generalversammlung (Trägerkonferenz) oder des Vorstandes (Verbandsvorstandes) fallen, bei Gefahr im Verzug zur Abwendung eines dem Versicherungsträger (dem Hauptverband) drohenden Schadens bzw. zur Sicherung eines dem Versicherungsträger (dem Hauptverband) entgehenden Vorteiles vorläufig durch Verfügung des Obmannes (des/der Verbandsvorsitzenden) des Versicherungsträgers (des Hauptverbandes) zu regeln sind, wenn der in Betracht kommende Verwaltungskörper nicht rechtzeitig zusammentreten kann. Die Verfügungen sind im Einvernehmen mit den Stellvertretern des Obmannes (des/der Verbandsvorsitzenden) zu treffen, bei ihrer Abwesenheit oder ihrer Verhinderung auch ohne deren Mitwirkung. Der Obmann (der/die Verbandsvorsitzende) hat in derartigen Fällen vom zuständigen Verwaltungskörper die nachträgliche Genehmigung einzuholen.

(3) Änderungen der Mustersatzung (§ 455 Abs. 2 und 3), der Satzung des Hauptverbandes (§ 454) oder der Satzungen der Versicherungsträger, die durch Änderungen der Gesetzeslage oder der Vertragslage (§ 338 Abs. 1) erforderlich oder zulässig geworden sind, können rückwirkend mit jenem Zeitpunkt vorgenommen werden, mit dem sich die damit zusammenhängende Gesetzeslage oder Vertragslage (§ 338 Abs. 1) geändert hat.

(5) Die Abs. 1, 2 erster Satz, 3 und 4 erster und letzter Satz gelten bei dem im § 427 Abs. 1 Z 3 genannten Versicherungsträger auch bezüglich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, bei der SV-Holding auch bezüglich der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bzw. deren Vertretern.

Kosten der Aufsicht

§ 452. Die Kosten der von der Aufsichtsbehörde angeordneten Maßnahmen belasten den Versicherungsträger (SV-Holding). Zur Deckung der durch die Aufsicht erwachsenden sonstigen Kosten haben die Versicherungsträger (SV-Holding) durch Entrichtung einer Aufsichtsgebühr beizutragen. Deren Höhe hat der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen nach Anhörung des betreffenden Versicherungsträgers (SV-Holding) zu bestimmen.

Satzung der Versicherungsträger (der SV-Holding)

§ 453. (1) unverändert.

(2) Durch die Satzung des Versicherungsträgers (der SV-Holding) kann vorgesehen werden, dass Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich der Generalversammlung oder des Vorstandes bzw. des Verwaltungsrates fallen, bei Gefahr im Verzug zur Abwendung eines dem Versicherungsträger (der SV-Holding) drohenden Schadens bzw. zur Sicherung eines dem Versicherungsträger (der SV-Holding) entgehenden Vorteiles vorläufig durch Verfügung des Obmannes/der Obfrau (des/der Verwaltungsratsvorsitzenden) des Versicherungsträgers (der SV-Holding) zu regeln sind, wenn der in Betracht kommende Verwaltungskörper nicht rechtzeitig zusammentreten kann. Die Verfügungen sind im Einvernehmen mit den Stellvertretern/Stellvertreterinnen des Obmannes/der Obfrau (des/der Verwaltungsratsvorsitzenden) zu treffen, bei ihrer Abwesenheit oder ihrer Verhinderung auch ohne deren Mitwirkung. Der Obmann/die Obfrau (der/die Verwaltungsratsvorsitzende) hat in derartigen Fällen vom zuständigen Verwaltungskörper die nachträgliche Genehmigung einzuholen.

(3) Änderungen der Mustersatzung (§ 455 Abs. 2 und 3), der Satzung der SV-Holding (§ 454) oder der Satzungen der Versicherungsträger, die durch Änderungen der Gesetzeslage oder der Vertragslage (§ 338 Abs. 1) erforderlich oder zulässig geworden sind, können rückwirkend mit jenem Zeitpunkt vorgenommen werden, mit dem sich die damit zusammenhängende Gesetzeslage oder Vertragslage (§ 338 Abs. 1) geändert hat.

Satzung des Hauptverbandes

§ 454. Die Satzung des Hauptverbandes hat außer den im § 453 Abs. 1 Einleitung und Abs. 1 Z 2 genannten Bestimmungen auch Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel für die Verbandszwecke zu enthalten.

Genehmigungspflicht

§ 455. (1) unverändert.

(2) Der Hauptverband hat für den Bereich der Krankenversicherung eine Mustersatzung aufzustellen und Bestimmungen dieser Mustersatzung für alle Versicherungsträger oder bestimmte Gruppen von Versicherungsträgern für verbindlich zu erklären, insoweit dies zur Wahrung der Einheitlichkeit der Durchführung sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen notwendig erscheint. Er hat dabei auch auf das Interesse der Versicherten und der Dienstgeber an einer bundeseinheitlichen Vorgangsweise der Versicherungsträger Bedacht zu nehmen. In der Mustersatzung ist unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz eine für alle Krankenversicherungsträger verbindliche Bandbreite für die über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehenden Mehrleistungen (§ 121 Abs. 3) festzulegen. Die Erklärung der Verbindlichkeit von Bestimmungen der Mustersatzung und die Mustersatzung selbst bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und sind unverzüglich nach der Genehmigung im Internet zu verlautbaren. Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden.

(3) Wird eine verbindliche Bestimmung der Mustersatzung nicht durch eine ihr entsprechende Änderung der Satzung eines Krankenversicherungsträgers in der der Verlautbarung dieser verbindlichen Bestimmung nächstfolgenden Generalversammlung dieses Krankenversicherungsträgers übernommen, so geht die Zuständigkeit zur Änderung der Satzung, die die Übernahme der verbindlichen Bestimmung der Mustersatzung zum Gegenstand hat, auf die Trägerkonferenz über. Sobald die Generalversammlung des Krankenversicherungsträgers die Übernahme der verbindlichen Bestimmung der Mustersatzung durch eine ihr entsprechende Satzungsänderung beschlossen hat, tritt der Beschluss der Trägerkonferenz mit Wirksamkeitsbeginn der Satzungsänderung außer Kraft.

Krankenordnung der Träger der Krankenversicherung

§ 456. (1) unverändert.

(2) Der Hauptverband hat eine Musterkrankenordnung aufzustellen. § 455 Abs. 2 und 3 ist anzuwenden.

Satzung der SV-Holding

§ 454. Die Satzung der SV-Holding hat die im § 453 Abs. 1 Einleitung und Abs. 1 Z 2 genannten Bestimmungen zu enthalten.

Genehmigungspflicht

§ 455. (1) unverändert.

(2) Die SV-Holding hat für den Bereich der Krankenversicherung eine Mustersatzung aufzustellen und Bestimmungen dieser Mustersatzung für alle Versicherungsträger oder bestimmte Gruppen von Versicherungsträgern für verbindlich zu erklären, insoweit dies zur Wahrung der Einheitlichkeit der Durchführung sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen notwendig erscheint. Sie hat dabei auch auf das Interesse der Versicherten und der Dienstgeber an einer bundeseinheitlichen Vorgangsweise der Versicherungsträger Bedacht zu nehmen. In der Mustersatzung ist unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz eine für alle Krankenversicherungsträger verbindliche Bandbreite für die über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehenden Mehrleistungen (§ 121 Abs. 3) festzulegen. Die Erklärung der Verbindlichkeit von Bestimmungen der Mustersatzung und die Mustersatzung selbst bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und sind unverzüglich nach der Genehmigung im Internet zu verlautbaren. Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden.

(3) Wird eine verbindliche Bestimmung der Mustersatzung nicht durch eine ihr entsprechende Änderung der Satzung eines Krankenversicherungsträgers in der der Verlautbarung dieser verbindlichen Bestimmung nächstfolgenden Generalversammlung dieses Krankenversicherungsträgers übernommen, so geht die Zuständigkeit zur Änderung der Satzung, die die Übernahme der verbindlichen Bestimmung der Mustersatzung zum Gegenstand hat, auf den Verwaltungsrat über. Sobald die Generalversammlung des Krankenversicherungsträgers die Übernahme der verbindlichen Bestimmung der Mustersatzung durch eine ihr entsprechende Satzungsänderung beschlossen hat, tritt der Beschluss des Verwaltungsrates mit Wirksamkeitsbeginn der Satzungsänderung außer Kraft.

Krankenordnung der Träger der Krankenversicherung

§ 456. (1) unverändert.

(2) Die SV-Holding hat eine Musterkrankenordnung aufzustellen. § 455 Abs. 2 und 3 ist anzuwenden.

(3) unverändert.

Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper

§ 456a. (1) Die einzelnen Verwaltungskörper der Versicherungsträger und des Hauptverbandes haben zur Regelung der Vorgangsweise bei der Wahrnehmung der ihnen obliegenden Geschäfte für ihre jeweiligen Zuständigkeitsbereiche Geschäftsordnungen zu beschließen, die insbesondere nähere Bestimmungen über die ordnungsgemäße Einberufung und Abwicklung der Sitzungen (Verhandlungsleitung, Berichterstattung, Antragsrechte, Protokollführung usw.) zu enthalten haben.

(2) unverändert.

(3) Die Geschäftsordnungen der Vorstände (der Trägerkonferenz, des Vorstandsvorstandes) haben Anhänge zu enthalten, in denen Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieser Verwaltungskörper anzuführen sind, mit denen diese einzelne ihrer Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann/der Obfrau oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers (dem Verbandsmanagement des Hauptverbandes) übertragen haben. Diese Anhänge sind in ihrer jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zur Kenntnis zu bringen und außerdem im Internet zu verlautbaren.

(4) Der Hauptverband hat für die Generalversammlung, den Vorstand und die Kontrollversammlung gesonderte Mustergeschäftsordnungen aufzustellen, die der Genehmigung durch den Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, der das Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen herzustellen hat, bedürfen. § 455 Abs. 2 und 3 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Mustergeschäftsordnungen auch für die Träger der Unfallversicherung und die Träger der Pensionsversicherung gelten.

(3) unverändert.

Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper

§ 456a. (1) Die einzelnen Verwaltungskörper der Versicherungsträger und der SV-Holding haben zur Regelung der Vorgangsweise bei der Wahrnehmung der ihnen obliegenden Geschäfte für ihre jeweiligen Zuständigkeitsbereiche Geschäftsordnungen zu beschließen, die insbesondere nähere Bestimmungen über die ordnungsgemäße Einberufung und Abwicklung der Sitzungen (Verhandlungsleitung, Berichterstattung, Antragsrechte, Protokollführung usw.) zu enthalten haben.

(1a) Die Geschäftsordnungen der Versicherungsträger haben überdies die Einrichtung einer Stelle zur Schlichtung von Streitigkeiten nach § 437 Abs. 2 (Schlichtungsstelle) vorzusehen sowie das Verfahren vor der Schlichtungsstelle näher zu regeln. Die Schlichtungsstelle besteht aus je einem Vertreter/einer Vertreterin der entsendeberechtigten Stellen sowie einer von diesen Stellen unabhängigen Person, die den Verfahrensvorsitz führt.

(2) unverändert.

(3) Die Geschäftsordnungen der Vorstände (des Verwaltungsrates) haben Anhänge zu enthalten, in denen Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieser Verwaltungskörper anzuführen sind, mit denen diese einzelne ihrer Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann/der Obfrau oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten der Geschäftsführung des Versicherungsträgers (der SV-Holding) übertragen haben; in diesen Anhängen hat der Vorstand (der Verwaltungsrat) eigenständige Geschäftsbereiche für die GeschäftsführerInnen (§§ 432a und 441d) festzulegen. Diese Anhänge sind in ihrer jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zur Kenntnis zu bringen und außerdem im Internet zu verlautbaren.

(4) Die SV-Holding hat für die Generalversammlung, den Vorstand und die Kontrollversammlung sowie für die Spartenkonferenzen gesonderte Mustergeschäftsordnungen und für die in Abs. 3 genannten Anhänge entsprechende Musteranhänge aufzustellen, die der Genehmigung durch den Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz, der das Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend herzustellen hat, bedürfen. § 455 Abs. 2 und 3 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Mustergeschäftsordnungen auch für die Träger der Unfallversicherung und die Träger der Pensionsversicherung gelten.

Führung der Versicherungsunterlagen

§ 457. (1) Die Träger der Krankenversicherung haben, soweit nichts anderes vorgesehen ist, für jeden Versicherten, für den sie Beiträge zu einer Pensionsversicherung einheben, die Versicherungsunterlagen, die zur Feststellung der Leistungen einer Pensionsversicherung erforderlich sind, für Zeiträume bis zum 31. Dezember 1971 genau aufzuzeichnen, diese Aufzeichnungen durch eine im Verordnungsweg zu bestimmende Frist aufzubewahren und auf Verlangen dem Hauptverband sowie dem zuständigen Träger der Pensionsversicherung bekanntzugeben.

(2) unverändert.

(3) Soweit die Beiträge zur Pensionsversicherung der Arbeiter und Angestellten unmittelbar an den Träger der Pensionsversicherung zu entrichten sind, hat dieser die Aufzeichnungen nach den Abs. 1 und 2 selbst zu führen und auf Verlangen dem Hauptverband bekanntzugeben.

Mitwirkung der Behörden der Arbeitslosenversicherung und der Kriegsopferversorgung

§ 458. Die Behörden der Arbeitslosenversicherung sowie der Kriegsopferversorgung sind verpflichtet, den Trägern der Sozialversicherung und dem Hauptverband alle Tatsachen aus ihrem Geschäftsbereich bekanntzugeben, die für die Pensionsansprüche aus der Pensionsversicherung von Bedeutung sind. Die Träger der Krankenversicherung sind verpflichtet, diese mitgeteilten Tatsachen in ihre Aufzeichnungen gemäß § 457 Abs. 1 einzubeziehen.

Nähere Vorschriften über die Führung der Versicherungsunterlagen

§ 459. Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat nach Anhörung des Hauptverbandes nähere Vorschriften über den Umfang, den Inhalt und die Form der von den Versicherungsträgern nach § 457 zu führenden Aufzeichnungen sowie über die Mitwirkung der Behörden der Arbeitslosenversicherung und der Kriegsopferversorgung nach § 458 zu erlassen.

Mitwirkung bei der Feststellung von Kindererziehungszeiten

§ 459d. (1) Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse als Kompetenzzentrum nach § 24 Abs. 3 KBGG hat zum Zweck der Feststellung von Ersatzzeiten nach § 227a dieses Bundesgesetzes (§ 116a GSVG, § 107a BSVG) bzw. der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. g dieses Bundesgesetzes (§ 3 Abs. 3 Z 4 GSVG, § 4a Z 4 BSVG) folgende Daten an den Hauptverband zu übermitteln:

Führung der Versicherungsunterlagen

§ 457. (1) Die Träger der Krankenversicherung haben, soweit nichts anderes vorgesehen ist, für jeden Versicherten, für den sie Beiträge zu einer Pensionsversicherung einheben, die Versicherungsunterlagen, die zur Feststellung der Leistungen einer Pensionsversicherung erforderlich sind, für Zeiträume bis zum 31. Dezember 1971 genau aufzuzeichnen, diese Aufzeichnungen durch eine im Verordnungsweg zu bestimmende Frist aufzubewahren und auf Verlangen der SV-Holding sowie dem zuständigen Träger der Pensionsversicherung bekannt zu geben.

(2) unverändert.

(3) Soweit die Beiträge zur Pensionsversicherung der Arbeiter und Angestellten unmittelbar an den Träger der Pensionsversicherung zu entrichten sind, hat dieser die Aufzeichnungen nach den Abs. 1 und 2 selbst zu führen und auf Verlangen der SV-Holding bekannt zu geben.

Mitwirkung der Behörden der Arbeitslosenversicherung und der Kriegsopferversorgung

§ 458. Die Behörden der Arbeitslosenversicherung sowie der Kriegsopferversorgung sind verpflichtet, den Trägern der Sozialversicherung und der SV-Holding alle Tatsachen aus ihrem Geschäftsbereich bekannt zu geben, die für die Pensionsansprüche aus der Pensionsversicherung von Bedeutung sind. Die Träger der Krankenversicherung sind verpflichtet, diese mitgeteilten Tatsachen in ihre Aufzeichnungen gemäß § 457 Abs. 1 einzubeziehen.

Nähere Vorschriften über die Führung der Versicherungsunterlagen

§ 459. Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat nach Anhörung der SV-Holding nähere Vorschriften über den Umfang, den Inhalt und die Form der von den Versicherungsträgern nach § 457 zu führenden Aufzeichnungen sowie über die Mitwirkung der Behörden der Arbeitslosenversicherung und der Kriegsopferversorgung nach § 458 zu erlassen.

Mitwirkung bei der Feststellung von Kindererziehungszeiten

§ 459d. (1) Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse als Kompetenzzentrum nach § 24 Abs. 3 KBGG hat zum Zweck der Feststellung von Ersatzzeiten nach § 227a dieses Bundesgesetzes (§ 116a GSVG, § 107a BSVG) bzw. der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. g dieses Bundesgesetzes (§ 3 Abs. 3 Z 4 GSVG, § 4a Z 4 BSVG) folgende Daten an die SV-Holding zu übermitteln:

1. bis 11. unverändert.

(2) Der Hauptverband wird ermächtigt, die nach Abs. 1 übermittelten Daten an den zuständigen Träger der Pensionsversicherung weiterzuleiten. Die übermittelten Daten dürfen nur zur Feststellung des Bestandes und des Umfanges von Leistungen nach diesem Bundesgesetz, dem GSVG und dem BSVG verwendet werden.

Zusammenwirken bei der Gesundheitsversorgung

§ 459e. (1) Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband sind ermächtigt, gemeinsam oder gemeinsam mit dem Bund, einem oder mehreren Ländern oder von ihnen beauftragten Einrichtungen Projekte über die Optimierung von Verwaltungsabläufen und Verwaltungsabläufe betreffend die integrierte gesundheitliche Versorgung der Versicherten durchzuführen. Solche Projekte oder Verwaltungsabläufe können zum Zweck der Verbesserung der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder -behandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erfolgen (zB Case Management, Disease Management, Entlassungsmanagement).

(2) und (3) unverändert.

Bedienstete

§ 460. (1) Die dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse sind für die Bediensteten der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) durch privatrechtliche Verträge unter Beachtung der §§ 460b und 460c zu regeln. In begründeten Fällen können im Dienstvertrag von den Dienstordnungen (§ 31 Abs. 3 Z 9) abweichende Vereinbarungen, ausgenommen solche über die Höhe einer Leitungszulage, getroffen werden. Der Abschluss solcher Vereinbarungen obliegt dem Vorstand (Verbandsvorstand); eine Übertragung dieser Obliegenheit ist nicht zulässig. Dienstverträge mit solchen Vereinbarungen sind als Sonderverträge zu bezeichnen und nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen werden und der Hauptverband vor dem Abschluss schriftlich zugestimmt hat. Die Versicherungsträger und der Hauptverband haben unter Rücksichtnahme auf ihre wirtschaftliche Lage die Zahl der Dienstposten auf das unumgängliche Maß einzuschränken und darnach für ihren Bereich einen Dienstpostenplan zu erstellen.

(2) unverändert.

1. bis 11. unverändert.

(2) Die SV-Holding wird ermächtigt, die nach Abs. 1 übermittelten Daten an den zuständigen Träger der Pensionsversicherung weiterzuleiten. Die übermittelten Daten dürfen nur zur Feststellung des Bestandes und des Umfanges von Leistungen nach diesem Bundesgesetz, dem GSVG und dem BSVG verwendet werden.

Zusammenwirken bei der Gesundheitsversorgung

§ 459e. (1) Die Sozialversicherungsträger und die SV-Holding sind ermächtigt, gemeinsam oder gemeinsam mit dem Bund, einem oder mehreren Ländern oder von ihnen beauftragten Einrichtungen Projekte über die Optimierung von Verwaltungsabläufen und Verwaltungsabläufe betreffend die integrierte gesundheitliche Versorgung der Versicherten durchzuführen. Solche Projekte oder Verwaltungsabläufe können zum Zweck der Verbesserung der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder -behandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erfolgen (zB Case Management, Disease Management, Entlassungsmanagement).

(2) und (3) unverändert.

Bedienstete

§ 460. (1) Die dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse sind für die Bediensteten der Versicherungsträger (der SV-Holding) durch privatrechtliche Verträge unter Beachtung der §§ 460b und 460c zu regeln. In begründeten Fällen können im Dienstvertrag von den Dienstordnungen (§ 30f Abs. 1 Z 28) abweichende Vereinbarungen, ausgenommen solche über die Höhe einer Leitungszulage, getroffen werden. Der Abschluss solcher Vereinbarungen obliegt dem Vorstand (Verwaltungsrat); eine Übertragung dieser Obliegenheit ist nicht zulässig. Dienstverträge mit solchen Vereinbarungen sind als Sonderverträge zu bezeichnen und nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen werden und die SV-Holding vor dem Abschluss schriftlich zugestimmt hat. Die Versicherungsträger und die SV-Holding haben unter Rücksichtnahme auf ihre wirtschaftliche Lage die Zahl der Dienstposten auf das unumgängliche Maß einzuschränken und darnach für ihren Bereich einen Dienstpostenplan zu erstellen.

(2) unverändert.

(3) Die Bediensteten der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) unterstehen dienstlich dem Vorstand (Verbandsvorstand). Der Obmann (der/die Verbandsvorsitzende) ist berechtigt, nach Maßgabe der dienstrechtlichen Bestimmungen eine einstweilige Enthebung vom Dienste zu verfügen.

(3a) Die leitenden Angestellten und die leitenden Ärzte (Ärztinnen) der im § 427 Abs. 1 Z 1 bis 4 genannten Versicherungsträger sowie deren ständige StellvertreterInnen sind im Wege einer öffentlichen Ausschreibung für jeweils fünf Jahre zu bestellen; Wiederbestellungen sind zulässig. Davon abweichende Vereinbarungen sind rechtsunwirksam.

(3b) Ist ein Bediensteter (eine Bedienstete) eines Versicherungsträgers (des Hauptverbandes) mit einer Funktion nach Abs. 3a betraut worden, so darf er (sie) nach Ablauf der Befristung mit einem Dienstposten betraut werden, der mit einer Verschlechterung der Entgelt- oder sonstigen Arbeitsbedingungen verbunden ist.

(4) Der leitende Angestellte und der leitende Arzt der im § 427 Abs. 1 Z 1 bis 4 genannten Versicherungsträger und des Hauptverbandes dürfen erst nach vorher eingeholter Zustimmung des jeweils zuständigen Bundesministers (§ 446 Abs. 3 Z 1 und 2) bestellt und entlassen werden.

(4a) Für jeden leitenden Angestellten (jede leitende Angestellte) und für jeden leitenden Arzt (jede leitende Ärztin) der im § 427 Abs. 1 Z 3 bis 5 genannten Versicherungsträger darf jeweils nur ein ständiger Stellvertreter (eine ständige Stellvertreterin) bestellt werden; für jeden leitenden Angestellten (jede leitende Angestellte) und für jeden leitenden Arzt (jede leitende Ärztin) der im § 427 Abs. 1 Z 1 und 2 genannten Versicherungsträger dürfen jeweils zwei ständige Stellvertreter(innen) bestellt werden.

(5) Der Bedienstete hat beim Dienstantritt dem Obmann (dem/der Verbandsvorsitzenden) durch Handschlag zu geloben, die Gesetze der Republik Österreich unverbrüchlich zu beachten, sich mit ganzer Kraft dem Dienst zu widmen, seine Dienstobliegenheiten gewissenhaft, unparteiisch und uneigennützig zu erfüllen, jederzeit auf die Wahrung der öffentlichen Interessen bedacht zu sein, die dienstlichen Anordnungen seiner Vorgesetzten zu befolgen, das Dienstgeheimnis treu zu bewahren und bei seinem Verhalten in und außer Dienst sich seiner Stellung angemessen zu betragen. Die Angelobung der Bediensteten der Landesstellen kann vom Obmann einem anderen Versicherungsvertreter übertragen werden. Über die Pflichtenangelobung ist eine Niederschrift aufzunehmen, die der Bedienstete zu unterzeichnen hat.

(3) Die Bediensteten der Versicherungsträger (der SV-Holding) einschließlich der leitenden Ärzte und Ärztinnen unterstehen dienstlich dem Vorstand (Verwaltungsrat). Der Obmann/die Obfrau (der/die Verwaltungsratsvorsitzende) ist berechtigt, nach Maßgabe der dienstrechtlichen Bestimmungen eine einstweilige Enthebung vom Dienste zu verfügen.

(3a) Die leitenden Ärzte (Ärztinnen) der im § 427 Abs. 1 Z 1 bis 4 genannten Versicherungsträger sowie deren ständige StellvertreterInnen sind im Wege einer öffentlichen Ausschreibung für jeweils fünf Jahre zu bestellen; Wiederbestellungen sind zulässig. Davon abweichende Vereinbarungen sind rechtsunwirksam.

(3b) Ist ein Bediensteter (eine Bedienstete) eines Versicherungsträgers (der SV-Holding) mit einer Funktion nach Abs. 3a betraut worden, so darf er (sie) nach Ablauf der Befristung mit einem Dienstposten betraut werden, der mit einer Verschlechterung der Entgelt- oder sonstigen Arbeitsbedingungen verbunden ist.

(4) Die Bestellung und die Entlassung der GeschäftsführerInnen und der leitenden Ärzte und Ärztinnen der im § 427 Abs. 1 Z 1 bis 4 genannten Versicherungsträger und der SV-Holding bedürfen der Genehmigung des/der jeweils zuständigen Bundesministers/Bundesministerin (§ 446 Abs. 3 Z 1 und 2).

(4a) Für jeden leitenden Arzt/jede leitende Ärztin darf jeweils nur ein ständiger Stellvertreter/eine ständige Stellvertreterin bestellt werden.

(5) Der Bedienstete hat beim Dienstantritt dem Obmann (dem/der Verwaltungsratsvorsitzenden) durch Handschlag zu geloben, die Gesetze der Republik Österreich unverbrüchlich zu beachten, sich mit ganzer Kraft dem Dienst zu widmen, seine Dienstobliegenheiten gewissenhaft, unparteiisch und uneigennützig zu erfüllen, jederzeit auf die Wahrung der öffentlichen Interessen bedacht zu sein, die dienstlichen Anordnungen seiner Vorgesetzten zu befolgen, das Dienstgeheimnis treu zu bewahren und bei seinem Verhalten in und außer Dienst sich seiner Stellung angemessen zu betragen. Die Angelobung der Bediensteten der Landesstellen kann vom Obmann einem anderen Versicherungsvertreter übertragen werden. Über die Pflichtenangelobung ist eine Niederschrift aufzunehmen, die der Bedienstete zu unterzeichnen hat.

Elektronische Datenverarbeitung

§ 460d. Die Versicherungsnummer nach § 31 Abs. 4 Z. 1 sowie die bei den Sozialversicherungsträgern (Hauptverband) verwendeten personenbezogenen Ordnungsbegriffe (wie beispielsweise Dienstgeberkontonummer und Vertragspartnernummer) können in der elektronischen Datenverarbeitung für Zwecke der Sozialversicherung und des Arbeitsmarktservice verwendet werden. Veränderungen oder Feststellungen der Versicherungsnummer sowie von Familiennamen, Vornamen, Geschlechtsangaben, Staatsbürgerschaft und Geburtsdaten, deren Notwendigkeit sich im Verfahren vor den Sozialversicherungsträgern ergeben hat, sind dem Bundesminister für Inneres zur Verwendung im Rahmen der Gleichsetzungstabelle (§ 16b des Meldegesetzes 1991 in der Fassung des Art. II des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 28/2001) zu übermitteln.

Ausweis

§ 465. Das Nähere über Form, Inhalt, Einziehung und Umtausch des Ausweises ist in den Satzungen der zuständigen Gebietskrankenkasse zu regeln. Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales kann nach Anhörung des Hauptverbandes bindende Richtlinien hierüber erlassen.

Zusätzliche Pensionsversicherung

§ 479. (1) unverändert.

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

1. von den Bestimmungen des Ersten Teiles die §§ 8 Abs. 1 Z. 1 lit. b, 10 Abs. 7, 21, 22, 32, 38, 40, 42, 43, 60 Abs. 1 und 3, 61, 62, 64 mit der Maßgabe, dass im Abs. 2 an Stelle des nach § 58 Abs. 6 berufenen Versicherungsträgers der Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung tritt, 65 bis 69, 73 Abs. 3 und 4, 79 Abs. 1, 81, 84 Abs. 1, Abs. 3 Z 2 lit. a, Abs. 5 Z 2 lit. a und Abs. 6, 86, 87, 96, 97, 98, 98 a, 101, 102 Abs. 3, 103, § 104 Abs. 3 und 5, 107, 107a, 109 bis 113;
2. bis 4. unverändert.
- (3) und (4) unverändert.

Elektronische Datenverarbeitung

§ 460d. Die Versicherungsnummer nach § 30e Abs. 1 Z 1 sowie die bei den Sozialversicherungsträgern (SV-Holding) verwendeten personenbezogenen Ordnungsbegriffe (wie beispielsweise Dienstgeberkontonummer und Vertragspartnernummer) können in der elektronischen Datenverarbeitung für Zwecke der Sozialversicherung und des Arbeitsmarktservice verwendet werden. Veränderungen oder Feststellungen der Versicherungsnummer sowie von Familiennamen, Vornamen, Geschlechtsangaben, Staatsbürgerschaft und Geburtsdaten, deren Notwendigkeit sich im Verfahren vor den Sozialversicherungsträgern ergeben hat, sind dem Bundesminister für Inneres zur Verwendung im Rahmen der Gleichsetzungstabelle (§ 16b des Meldegesetzes 1991 in der Fassung des Art. II des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 28/2001) zu übermitteln.

Ausweis

§ 465. Das Nähere über Form, Inhalt, Einziehung und Umtausch des Ausweises ist in den Satzungen der zuständigen Gebietskrankenkasse zu regeln. Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales kann nach Anhörung der SV-Holding bindende Richtlinien hierüber erlassen.

Zusätzliche Pensionsversicherung

§ 479. (1) unverändert.

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

1. von den Bestimmungen des Ersten Teiles die §§ 8 Abs. 1 Z. 1 lit. b, 10 Abs. 7, 21, 22, 31 Abs. 2 und 3, 38, 40, 42, 43, 60 Abs. 1 und 3, 61, 62, 64 mit der Maßgabe, dass im Abs. 2 an Stelle des nach § 58 Abs. 6 berufenen Versicherungsträgers der Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung tritt, 65 bis 69, 73 Abs. 3 und 4, 79 Abs. 1, 81, 84 Abs. 1, Abs. 3 Z 2 lit. a, Abs. 5 Z 2 lit. a und Abs. 6, 86, 87, 96, 97, 98, 98 a, 101, 102 Abs. 3, 103, § 104 Abs. 3 und 5, 107, 107a, 109 bis 113;
2. bis 4. unverändert.
- (3) und (4) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 142/2004
(62. Novelle)**

§ 617. (1) bis (2a) unverändert.

(3) Auf Personen, die vor dem 1. Jänner 1955 geboren sind, ist § 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 142/2004 nicht anzuwenden; für diese Personen gelten weiterhin die §§ 227 und 227a in der jeweils geltenden Fassung sowie 447g Abs. 3 und 4 in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung, wobei die letztgenannte Bestimmung so anzuwenden ist, dass die Abgeltungsbeträge an den Hauptverband zu überweisen und von diesem auf die Pensionsversicherungsträger nach dem zuletzt gültigen Aufteilungsschlüssel aufzuteilen sind.

(4) bis (13) 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) bis (13) 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. 101/2007
(68. Novelle)**

§ 634. (1) bis (7) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 142/2004
(62. Novelle)**

§ 617. (1) Es treten in Kraft:

(3) Auf Personen, die vor dem 1. Jänner 1955 geboren sind, ist § 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 142/2004 nicht anzuwenden; für diese Personen gelten weiterhin die §§ 227 und 227a in der jeweils geltenden Fassung sowie 447g Abs. 3 und 4 in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung, wobei die letztgenannte Bestimmung so anzuwenden ist, dass die Abgeltungsbeträge an die SV-Holding zu überweisen und von diesem auf die Pensionsversicherungsträger nach dem zuletzt gültigen Aufteilungsschlüssel aufzuteilen sind.

(4) bis (13) 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 der SV-Holding dürfen ab dem Geschäftsjahr 2005 bis zum Geschäftsjahr 2011 nach Maßgabe der folgenden Absätze den jährlichen Verwaltungszielwert der einzelnen Versicherungsträger und des Hauptverbandes bzw. der SV-Holding nicht übersteigen.

(9) bis (13) unverändert.

(14) Für die SV-Holding sind die Abs. 9 bis 13 so anzuwenden, dass der Vergleich des Verwaltungsaufwandes der SV-Holding 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.

**Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007
(68. Novelle)**

§ 634. (1) bis (7) unverändert.

(8) Zur finanziellen Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Hauptverband bis zum 30. Juni 2008 in der Trägerkonferenz konkrete 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 c in der Fassung der Z 22, 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 24, 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 in der Fassung der Z 7 GSVG,
3. die §§ 24 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 sowie 26 Abs. 1 in der Fassung der Z 3 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. 101/2007, mit dem Ablauf des 31. Dezember 2008 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.

(8a) bis (12) unverändert.

(8) Aufgehoben.

(8a) bis (12) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. xx/2008 (70. Novelle)**

§ 637. (1) Es treten in Kraft:

1. (Verfassungsbestimmung) mit 1. Jänner 2009 § 31 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
2. mit 1. Jänner 2009 die §§ 3 Abs. 1, 8 Abs. 1 Z 3 lit. e, 9, 14 Abs. 2, 30, 30a, 30b, 30c, 30d, 30e, 30f, 30g, 30h, 30i, 31a Abs. 1, 3, 4 und 7, 31b Abs. 1, 2 und 4, 31c Abs. 2 und 4, 31d, 34a Abs. 1, 37c, 37d, 41 Abs. 1 und 4, 49 Abs. 4 und 7, 51d Abs. 4, 54 Abs. 2, 58a Abs. 1, 63 Abs. 1, 73 Abs. 5, 74 Abs. 3 Z 3, 81 Abs. 1 bis 3, 81a, 82 Abs. 3, 84a Abs. 1, 2 und 5, 108e Abs. 2, 8 und 10, 109, 110 Abs. 1 und 4, 129 Abs. 5, 132a Abs. 6, 132b Abs. 2 und 6, 132c Abs. 3, 135 Abs. 3a, 136 Abs. 5 und 6, 144 Abs. 6, 148 Z 3, 8 und 10, 149 Abs. 3b und 4, 153 Abs. 3 und 4a, 154a Abs. 7, 155 Abs. 3 und 4, 194, 302 Abs. 4, 307c, 307d Abs. 2 Z 3 und Abs. 6, 318 Abs. 1, 319a Abs. 2 und 5, 321 Abs. 2, 322 Abs. 2, 322a, 322b Abs. 1 und 2, 338 Abs. 1, 339 Abs. 1, 340 Abs. 1 und 3, 341 Abs. 1, 342 Abs. 1, 343 Abs. 1, 343a Abs. 1, 343b Abs. 1, 343c Abs. 1, 345 Abs. 1, 345a Abs. 1, 346 Abs. 2, 4 und 5, 347, 348 Abs. 1, 348a Abs. 1, 3 und 4, 348b Abs. 1 und 2, 348c Abs. 1 und 2, 348d Abs. 2 bis 5, 348e Abs. 1 und 2, 349 Abs. 2, 350 Abs. 1 Z 3, 351a, 351c, 351d Abs. 1 bis 3, 351e Abs. 1 und 2, 351f Abs. 1 und 2, 351g, 351h Abs. 1 und 3 Z 7, 351i, 351j Abs. 5 und 7, 355 Z 5, 360 Abs. 1, 3 und 6, 360a, 416, 420 Abs. 5 Z 1 bis 3 und Abs. 6, 421 Abs. 1 und 7, 424, 431 Abs. 1, 432a samt Überschrift, 434 Abs. 1a, 436 Abs. 3, 437, 438 Abs. 2a, 440, 440a Abs. 4 und 5, 440f Abs. 2 und 4, Abschnitt IVa des Achten Teiles samt Überschriften, 442 Abs. 1 und 4, 442a, 442b Abs. 1 und 2, 443 Abs. 1 und 3, 444 Abs. 2, 4 und 6, 446 Abs. 1 und 3 Z 2, 446b samt Überschrift, 447 Abs. 1 und 1a, 447a, 447b Abs. 2 bis 4, 447f Abs. 3, 5 und 9 bis 15, 447h, 448, 449, 452, 453 Abs. 2 und 3, 454 samt Überschrift, 455 Abs. 2 und 3, 456 Abs. 2, 456a Abs. 1, 1a, 3 und 4, 457 Abs. 1 und 3, 458, 459, 459d Abs. 1 und 2, 459e Abs. 1, 460, 460d, 465, 479 Abs. 2 Z 1, 617 Abs. 3, 625 Abs. 8 und 14 sowie die Überschriften zu Abschnitt III des Ersten Teiles, zum 4. Unterabschnitt des Abschnittes I des Fünften Teiles, zum Sechsten Teil, zu Abschnitt II des Sechsten Teiles, zu Abschnitt III des Sechsten Teiles, zu Abschnitt IV des Sechsten Teiles und zu § 453 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
3. mit 1. Jänner 2011 § 29a Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;

4. rückwirkend mit 1. Jänner 2008 die §§ 73 Abs. 2 und 447f Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008.

(2) Die §§ 440a Abs. 3 und 634 Abs. 8 sowie der 5. und der 6. Unterabschnitt des Abschnittes III des Ersten Teiles treten mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft.

(3) Alle Rechte und Verbindlichkeiten des Hauptverbandes gehen mit 1. Jänner 2009 auf die SV-Holding nach § 30 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 über. Der SV-Holding obliegt die Erstellung des Rechnungsabschlusses, des Geschäftsberichtes (§ 444 Abs. 1) und der statistischen Nachweisungen (§ 444 Abs. 2) für das Jahr 2008 für den Hauptverband.

(4) § 30b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 ist im Kalenderjahr 2008 so anzuwenden, dass an die Stelle der SV-Holding der Hauptverband tritt.

(5) Zur Sicherstellung der zentralen Dienstleistungskompetenz der SV-Holding nach § 30e Abs. 1 Z 8 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 hat diese entsprechende Vereinbarungen mit den Trägern der Krankenversicherung über die Übertragung der EDV-Einrichtungen (Hard- und Software) und des EDV-Personals dieser Träger sowie der von ihnen wahrgenommenen Aufgaben im Bereich der elektronischen Datenverarbeitung (Standardprodukte usw.) bis spätestens 31. Oktober 2009 zu treffen. Für den Bereich der Träger der Unfall- und Pensionsversicherung ist die schrittweise Erreichung dieser Ziele in den Vereinbarungen nach § 30b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 sicherzustellen.

(6) Die entsendenden Stellen sind verpflichtet, die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 441a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 so zeitgerecht zu entsenden, dass sich dieser Verwaltungskörper bis längstens 31. Jänner 2009 konstituieren kann. Die konstituierende Sitzung des Verwaltungsrates ist vom Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz einzuberufen und sodann bis zur Wahl des/der Verwaltungsratsvorsitzenden von dem an Lebensjahren ältesten Mitglied des Verwaltungsrates zu leiten. Der Verwaltungsrat hat sich in der konstituierenden Sitzung eine Geschäftsordnung zu geben und die Satzung der SV-Holding zu beschließen.

(7) Der Verwaltungsrat nach § 441a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 hat bis längstens 1. April 2009 die Geschäftsführung nach § 441f in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 zu bestellen.

(8) Die Versicherungsträger haben die GeschäftsführerInnen nach § 432a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 mit Auslaufen der bestehenden Bestellung des/der leitenden Angestellten (StellvertreterInnen) zu bestellen. Bis zur Bestellung der GeschäftsführerInnen nehmen die bisherigen leitenden Angestellten (StellvertreterInnen) die Aufgaben der Geschäftsführung wahr. Im Fall mehrerer StellvertreterInnen haben der Vorstand und die Kontrollversammlung spätestens bis zum Ablauf des 31. März 2009 zu beschließen, welcher bzw. welche StellvertreterIn neben dem/der leitenden Angestellten die Aufgaben der Geschäftsführung wahrzunehmen hat.

(9) Der Verwaltungsrat nach § 441a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 hat bis längstens 31. Jänner 2009 eine Mustergeschäftsordnung samt Musteranhängen nach § 456a Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 aufzustellen. Diese sind von den Verwaltungskörpern der Versicherungsträger im Wege der Neubeschlussfassung ihrer Geschäftsordnungen samt Anhängen bis längstens 28. Februar 2009 umzusetzen. Die bisherigen Geschäftsordnungen samt Anhängen treten spätestens mit Ablauf des 31. März 2009 außer Kraft.

Teil 2

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) bis i) unverändert.
 - j) Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Bundesförderungs- und -prüfungskommission nach § 8 des Bundesministeriengesetzes 1973, BGBl. Nr. 389, der Kommission nach § 7 des Landwirtschaftsgesetzes, BGBl. Nr. 299/1976, und des Beirates nach § 12 des Bundesgesetzes über das land- und forstwirtschaftliche Betriebsinformationssystem, BGBl. Nr. 448/1980, in Ausübung ihrer Funktion, soweit sie nicht aufgrund anderer bundesgesetzlicher Bestimmungen unfallversichert sind;
 - k) unverändert.

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) bis i) unverändert.
 - j) Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Bundesförderungs- und -prüfungskommission nach § 8 des Bundesministeriengesetzes 1973, BGBl. Nr. 389, der Kommission nach § 7 des Landwirtschaftsgesetzes, BGBl. Nr. 299/1976, des Beirates nach § 12 des Bundesgesetzes über das land- und forstwirtschaftliche Betriebsinformationssystem, BGBl. Nr. 448/1980, und der amtlichen Weinkostkommissionen nach § 57 des Weinggesetzes 1999, BGBl. I Nr. 141, in Ausübung ihrer Funktion, soweit sie nicht aufgrund anderer bundesgesetzlicher Bestimmungen unfallversichert sind;
 - k) unverändert.

4. und 5. unverändert.

(2) bis (6) unverändert.

Normsetzungskompetenzen der SV-Holding

§ 30f. (1) Richtlinien im Sinne des § 30 Abs. 2 Z 4 sind zu erlassen

1. bis 6. unverändert.

7. über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen; in diesen Richtlinien soll insbesondere auch unter Bedachtnahme auf die Art und Dauer der Erkrankung bestimmt werden, inwieweit Arzneyspezialitäten für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können; für Arzneyspezialitäten im gelben Bereich des Erstattungskodex, die an Stelle der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einer nachfolgenden Kontrolle unterliegen, ist in diesen Richtlinien eine einheitliche Dokumentation unter Beachtung einer Rahmenvereinbarung oder Verordnung nach § 609 Abs. 9 festzulegen; durch die Richtlinien darf der Heilzweck nicht gefährdet werden;

8. bis 29. unverändert.

(2) und (3) unverändert.

Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

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

5. UNTERABSCHNITT

Gemeinsame Bestimmungen

Verwendung der Mittel

§ 81. (1) Die Mittel der Sozialversicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öff-

4. und 5. unverändert.

(2) bis (6) unverändert.

Normsetzungskompetenzen der SV-Holding

§ 30f. (1) Richtlinien im Sinne des § 30 Abs. 2 Z 4 sind zu erlassen

1. bis 6. unverändert.

7. über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen; in diesen Richtlinien soll insbesondere auch unter Bedachtnahme auf die Art und Dauer der Erkrankung bestimmt werden, inwieweit Arzneyspezialitäten für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können; für Arzneyspezialitäten im gelben Bereich des Erstattungskodex, die an Stelle der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einer nachfolgenden Kontrolle unterliegen, ist in diesen Richtlinien eine einheitliche Dokumentation unter Beachtung einer Rahmenvereinbarung oder Verordnung nach § 609 Abs. 9 festzulegen; dies gilt auch für den Ausschluss der Ersetzung einer wirkstoffidentischen Arzneyspezialität; durch die Richtlinien darf der Heilzweck nicht gefährdet werden;

8. bis 29. unverändert.

(2) und (3) unverändert.

Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

§ 31d. Die SV-Holding hat sich an der Planung zur Einführung und unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an der Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zu beteiligen. Davon umfasst ist die Teilnahme an den E-Medikations-Datenbanken, an denen sich die Vertragspartner der Krankenversicherung, die nach § 1 des Rezeptpflichtgesetzes, BGBl. Nr. 413/1972, zur Verschreibung eines Arzneimittels berechtigt sind, sowie die Apothekerinnen und Apotheker verpflichtend beteiligen.

5. UNTERABSCHNITT

Gemeinsame Bestimmungen

Verwendung der Mittel

§ 81. (1) Die Mittel der Sozialversicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öff-

fentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus haben die Krankenversicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) bis (3) unverändert.

Heilmittel

§ 136. (1) unverändert.

(2) Die Kosten der Heilmittel werden vom Träger der Krankenversicherung durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen.

(3) bis (6) unverändert.

Arbeitsunfall

§ 175. (1) bis (4) unverändert.

(5) In der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. h und i gelten als Arbeitsunfälle auch Unfälle, die sich ereignen:

1. und 2. unverändert.

3. bei der Absolvierung einer individuellen Berufsorientierung ohne Eingliederung in den Arbeitsprozess im Ausmaß von höchstens 15 Tagen pro Betrieb und Kalenderjahr außerhalb der Unterrichtszeiten und der im § 13b SchUG geregelten Veranstaltungen, sofern es sich um Schüler/Schülerinnen

- a) der 8. Klasse der Volksschule,
- b) der 4. Klasse der Hauptschule,
- c) der 8. und 9. Klasse der Sonderschule,
- d) der Polytechnischen Schule oder

e) der 4. Klasse der allgemein bildenden höheren Schule handelt und von der/dem Erziehungsberechtigten eine Zustimmung sowie die Bestätigung über die Aufklärung nach § 13b Abs. 3 SchUG vorliegen. Dies gilt auch für einen Schüler/eine Schülerin der in lit. a, b und e genannten Schulen in seinem/ihrem achten Schuljahr.

fentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus haben die Krankenversicherungsträger regelmäßig, mindestens jedoch einmal jährlich die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) bis (3) unverändert.

Heilmittel

§ 136. (1) unverändert.

(2) Die Kosten der Heilmittel werden vom Träger der Krankenversicherung durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen.

(3) bis (6) unverändert.

Arbeitsunfall

§ 175. (1) bis (4) unverändert.

(5) In der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. h und i gelten als Arbeitsunfälle auch Unfälle, die sich ereignen:

1. und 2. unverändert.

3. bei der Absolvierung einer individuellen Berufsorientierung ohne Eingliederung in den Arbeitsprozess im Ausmaß von höchstens 15 Tagen pro Betrieb und Kalenderjahr außerhalb der Unterrichtszeiten und der im § 13b SchUG geregelten Veranstaltungen, sofern es sich um Schüler/Schülerinnen

- a) der 8. Klasse der Volksschule,
- b) der 4. Klasse der Hauptschule,
- c) der 8. und 9. Klasse der Sonderschule,
- d) der Polytechnischen Schule oder

e) der 4. Klasse der allgemein bildenden höheren Schule handelt und von der/dem Erziehungsberechtigten eine Zustimmung sowie die Bestätigung über die Aufklärung nach § 13b Abs. 3 SchUG vorliegen. Dies gilt auch für einen Schüler/eine Schülerin der in lit. a, b und e genannten Schulen in seinem/ihrem achten Schuljahr;

4. bei der Leistung sozialer Aktivitäten im Bildungsbereich (Mentoring) nach § 52d des Studienförderungsgesetzes 1992.

(6) unverändert.

Gesamtverträge

§ 341. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten sowie den Gruppenpraxen werden jeweils durch Gesamtverträge geregelt. Diese sind für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen. Die Gesamtverträge bedürfen der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den der Gesamtvertrag abgeschlossen wird. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen.

(2) bis (4) 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. bis 6. unverändert.
7. die Kündigung und Auflösung des Gesamtvertrages;

8. und 9. unverändert.

(2) und (3) unverändert.

Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses

§ 343. (1) und (2) unverändert.

(6) unverändert.

Nachweis über die erbrachten Leistungen

§ 340b. (1) Die/Der Vertragsärztin/Vertragsarzt hat den Versicherten nach Maßgabe der nach Abs. 2 erlassenen Verordnung unmittelbar nach jeder Inanspruchnahme einen Nachweis über die erbrachten Leistungen auszustellen.

(2) Die SV-Holding hat nach Vorliegen der technischen Machbarkeit auf Weisung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend durch Verordnung Grundsätze über den Inhalt und Umfang des Nachweises festzulegen.

Gesamtverträge

§ 341. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten sowie den Gruppenpraxen werden jeweils durch Gesamtverträge geregelt. Diese sind von den Trägern der Krankenversicherung mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen. Auf Verlangen des beteiligten Versicherungsträgers kann die SV-Holding den Gesamtvertrag mit Wirkung für den Versicherungsträger abschließen. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen. Gesamtverträge können auch gesondert für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches abgeschlossen werden.

(2) bis (4) unverändert.

Inhalt der Gesamtverträge

§ 342. (1) Die zwischen der SV-Holding oder dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. bis 6. unverändert.
7. die Kündigung und Auflösung des Gesamtvertrages; Teilkündigungen und Teilauflösungen eines Gesamtvertrages für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches;

8. und 9. unverändert.

(2) und (3) unverändert.

Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses

§ 343. (1) und (2) unverändert.

(2a) Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend hat unter Heranziehung der von der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen erarbeiteten wissenschaftlichen Grundlagen nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und der SV-Holding durch Verordnung festzulegen, welche Standards von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt und der Vertrags-Gruppenpraxis erfüllt sein müssen und welches Verfahren bei der Evaluierung durch das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend einzuhalten ist. Mit der Durchführung der Evaluierung kann die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend eine fachlich geeignete Institution betrauen. Eine Evaluierung hat alle fünf Jahre stattzufinden. In der Verordnung ist auf die möglichen Unterschiede im Leistungskatalog der einzelnen Vertragspartner Bedacht zu nehmen und eine Gewichtung der Standards zueinander vorzunehmen. Folgende Kriterien sind jedenfalls einzubeziehen:

1. Struktur- und Prozessqualitätskriterien;
2. Fort- und Weiterbildung;
3. Vorgehen bei ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen entsprechend § 133 Abs. 2;
4. Dokumentationspflichten sowie
5. Bedachtnahme auf medizinisch-wissenschaftliche empfohlene Behandlungsleitlinien.

(3) unverändert.

(4) Das Vertragsverhältnis kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 und 3 von beiden Teilen unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Die Kündigung durch den Träger der Krankenversicherung hat unter Angabe des Grundes schriftlich zu erfolgen und ist insbesondere bei wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen gegen Verpflichtungen aus dem Vertragsverhältnis oder bei schwerwiegenden Berufspflichtverletzungen auszusprechen. Der gekündigte Arzt oder die gekündigte Vertrags-Gruppenpraxis kann innerhalb von zwei Wochen die Kündigung bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Die Landesschiedskommission hat innerhalb von sechs Monaten nach Einlangen des Einspruches über diesen zu entscheiden. Der Einspruch hat bis zum Tag der Entscheidung der Landesschiedskommission aufschiebende Wirkung. Eine Vertrags-Gruppenpraxis kann die Kündigung des Einzelvertrages abwenden, wenn sie innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung jenen persönlich haftenden Gesellschafter, der ausschließlich den jeweiligen Kündigungsgrund gesetzt hat, aus der Vertrags-

(3) unverändert.

(4) Das Vertragsverhältnis kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 und 3 von beiden Teilen unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Kündigt der Träger der Krankenversicherung, so hat er dies schriftlich zu begründen. Der gekündigte Arzt oder die gekündigte Vertrags-Gruppenpraxis kann innerhalb von zwei Wochen die Kündigung bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Die Landesschiedskommission hat innerhalb von sechs Monaten nach Einlangen des Einspruches über diesen zu entscheiden. Der Einspruch hat bis zum Tag der Entscheidung der Landesschiedskommission aufschiebende Wirkung. Die Landesschiedskommission kann die Kündigung für unwirksam erklären, wenn sie für den Arzt oder für einen persönlich haftenden Gesellschafter der Vertrags-Gruppenpraxis eine soziale Härte bedeutet und nicht eine so beharrliche oder eine so schwerwiegende Verletzung des Vertrages oder der ärztlichen Berufspflichten im Zusammenhang mit dem Vertrag vorliegt, daß die Aufrechterhaltung des Vertragsverhältnisses für den Träger der Krankenversicherung nicht zumutbar ist. Eine Ver-

trags-Gruppenpraxis kann die Kündigung des Einzelvertrages abwenden, wenn sie innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung jenen persönlich haftenden Gesellschafter, der ausschließlich den jeweiligen Kündigungsgrund gesetzt hat, aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt. Eine vom gekündigten Arzt (von der gekündigten Gruppenpraxis) eingebrachte Berufung an die Bundesschiedskommission hat ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers keine aufschiebende Wirkung.

(5) Erfolgt eine Kündigung des Vertragsverhältnisses wegen Verletzung von Bewilligungs- und Dokumentationspflichten nach § 350 Abs. 3 bei der Verschreibung von Arzneyspezialitäten, so kann abweichend von Abs. 4 die Kündigung nur dann für unwirksam erklärt werden, wenn gegen eine zuvor vom Versicherungsträger wegen wiederholter Verletzungen der Dokumentationspflichten auferlegte Bewilligungspflicht nicht verstoßen wurde.

Bestimmung des Inhaltes eines Gesamtvertrages durch die Bundesschiedskommission

§ 348. (1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer oder des Hauptverbandes setzt die Bundesschiedskommission den Inhalt eines aufgekündigten Gesamtvertrages für höchstens drei Monate - gerechnet vom Tage der Entscheidung - fest. Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrages ein neuer Gesamtvertrag nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrages noch nicht abgelaufen ist.

Gruppenpraxis ausschließt. Eine vom gekündigten Arzt/von der gekündigten Ärztin (von der gekündigten Gruppenpraxis) eingebrachte Berufung an die Bundesschiedskommission hat ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers keine aufschiebende Wirkung.

(5) Entspricht das Ergebnis der Evaluierung nicht den in der Verordnung nach Abs. 2a festgelegten Mindestanforderungen, so hat der Träger der Krankenversicherung der/dem Vertragsärztin/Vertragsarzt oder der Vertrags-Gruppenpraxis entsprechende Auflagen zu erteilen. Bei Nichteinhaltung der Auflagen kann der Träger der Krankenversicherung das Vertragsverhältnis nach Abs. 4 kündigen.

Sicherstellung der Leistungserbringung bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 343e. Einigen sich die Gesamtvertragspartner während der Geltungsdauer des von der Bundesschiedskommission festgesetzten Gesamtvertrages nicht auf einen neuen Gesamtvertrag, so kann der jeweilige Träger der Krankenversicherung nach Auslaufen dieses Gesamtvertrages mit einzelnen freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten sowie Gruppenpraxen nach fachspezifisch einheitlichen Grundsätzen Verträge (Leistungsverträge) abschließen. Für diese Leistungsverträge gelten die Bestimmungen über Einzelverträge mit der Maßgabe, dass der Vertragsabschluss nicht der Mitwirkung der zuständigen Ärztekammer bedarf. Im Falle des Abschlusses eines Gesamtvertrages erlischt der Leistungsvertrag. Es besteht jedoch Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages im Rahmen des Stellenplans, wobei die nach § 343 Abs. 1 zweiter Satz erlassene Verordnung nicht anzuwenden ist.

Bestimmung des Inhaltes eines Gesamtvertrages durch die Bundesschiedskommission

(1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer, des Hauptverbandes, eines Krankenversicherungsträgers oder der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend setzt die Bundesschiedskommission den Inhalt eines Gesamtvertrages für höchstens sechs Monate - gerechnet vom Tage der Entscheidung - fest. Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrages ein neuer Gesamtvertrag nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrages noch nicht abgelaufen ist. Die Bundesschiedskommission hat innerhalb von drei Monaten

(2) Wenn ein Antrag gemäß Abs. 1 fristgerecht gestellt wird, dann bleibt der aufgekündigte Gesamtvertrag bis zur Entscheidung der Bundesschiedskommission vorläufig in Kraft.

(3) Mit Ablauf der Geltungsdauer des gemäß Abs. 1 festgesetzten Gesamtvertrages erlöschen die von seinem Geltungsbereich erfaßten Einzelverträge.

nach Antragstellung zu entscheiden. Vereinbaren die Gesamtvertragspartner einen neuen Gesamtvertrag, so tritt die Entscheidung der Bundesschiedskommission mit In-Kraft-Treten dieses Gesamtvertrages außer Kraft.

(2) Wenn ein Antrag nach Abs. 1 fristgerecht gestellt wird, dann bleibt der aufgekündigte Gesamtvertrag drei Monate ab Antragstellung bei der Bundesschiedskommission vorläufig in Kraft.

(3) Mit Ablauf der Geltungsdauer des nach Abs. 1 festgesetzten Gesamtvertrages erlöschen die von seinem Geltungsbereich erfassten Einzelverträge.

(4) Die Festlegung des Inhalts kann auch bei Kündigung eines alle Fachgebiete umfassenden Gesamtvertrages gesondert für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches erfolgen.

(5) Während der Geltung des von der Bundesschiedskommission festgesetzten Gesamtvertrages (Abs. 1) müssen freiwerdende Planstellen nicht nachbesetzt werden.

(6) Bei Festsetzung des Inhalts eines Gesamtvertrages durch die Bundesschiedskommission hat diese jedenfalls auf Folgendes Bedacht zu nehmen:

1. Zielvereinbarungen und Richtlinien der SV-Holding im Zusammenhang mit Gesamtverträgen,
2. Honorarforderungen und –angebote unter Berücksichtigung der Honorarordnung des aufgekündigten Gesamtvertrages,
3. wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers,
4. Kostenentwicklung für Vertragsärzte und –Gruppenpraxen und
5. Entwicklung der Beitragseinnahmen.

(7) Abweichend von § 346 Abs. 2 ist für Entscheidungen nach Abs. 1 anstelle von je zwei Beisitzern je ein Beisitzer von der Österreichischen Ärztekammer und der SV-Holding zu entsenden.

ABSCHNITT III

Beziehungen der Krankenversicherungsträger (des Hauptverbandes) zu den Apothekern

Gesamtvertrag

§ 348a. (1) und (2) unverändert.

(3) Der zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Apotheker-

ABSCHNITT III

Beziehungen der Krankenversicherungsträger (des Hauptverbandes) zu den Apothekern

Gesamtvertrag

§ 348a. (1) und (2) unverändert.

(3) Der zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Apotheker-

kammer abzuschließende Gesamtvertrag hat nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. bis 4. unverändert.
5. die Entscheidung von Streitigkeiten durch einen vertraglichen Schlichtungsausschuß (§ 348e Abs. 2 und 3).

§ 342 Abs. 2 letzter Satz ist anzuwenden.

- (4) unverändert.

ABSCHNITT IV

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu anderen Vertragspartnern

Gesamtverträge

§ 349. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Dentisten werden durch Gesamtverträge geregelt. Hiebei finden die Bestimmungen der §§ 340 Abs. 1, 341 bis 343a und 343c mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer tritt.

(2) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch je einen Gesamtvertrag mit beruflichen Interessenvertretungen der klinischen Psychologen, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychologenbeirates (§ 20 Abs. 1 Z 8 des Psychologengesetzes), sowie beruflichen Interessenvertretungen der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychotherapiebeirates (§ 21 Abs. 1 Z 9 des Psychotherapiegesetzes), vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales mit Bescheid festgestellt worden ist, geregelt. Hiebei finden die §§ 341, 342 und 343 Abs. 1 bis 3 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt. Stehen keine Gesamtverträge in Geltung, können für die Träger der Krankenversicherung vom Hauptverband Einzelverträge mit freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. mit freiberuflich tätigen Psychotherapeuten nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Diese Einzelverträge bedürfen der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den sie abgeschlossen werden.

kammer abzuschließende Gesamtvertrag hat nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. bis 4. unverändert.
5. die Entscheidung von Streitigkeiten durch einen vertraglichen Schlichtungsausschuß (§ 348e Abs. 2 und 3);
6. Herausgabe und Führung eines Warenverzeichnisses.

§ 342 Abs. 2 letzter Satz ist anzuwenden.

- (4) unverändert.

ABSCHNITT IV

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu anderen Vertragspartnern

Gesamtverträge

§ 349. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Dentisten werden durch Gesamtverträge geregelt. Hiebei finden die Bestimmungen der §§ 340 Abs. 1, 341 bis 343a, 343c und 343e mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer tritt.

(2) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch je einen Gesamtvertrag mit beruflichen Interessenvertretungen der klinischen Psychologen, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychologenbeirates (§ 20 Abs. 1 Z 8 des Psychologengesetzes), sowie beruflichen Interessenvertretungen der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychotherapiebeirates (§ 21 Abs. 1 Z 9 des Psychotherapiegesetzes), vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales mit Bescheid festgestellt worden ist, geregelt. Hiebei finden die §§ 341, 342 und 343 Abs. 1 bis 3 und 5 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt. Stehen keine Gesamtverträge in Geltung, können für die Träger der Krankenversicherung vom Hauptverband Einzelverträge mit freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. mit freiberuflich tätigen Psychotherapeuten nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Diese Einzelverträge bedürfen der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den sie abgeschlossen werden.

(2a) und (2b) unverändert.

(3) Die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen als Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen, Dentisten/Dentistinnen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden. Hierbei finden die Bestimmungen des § 341 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt.

(4) und (5) unverändert.

Abgabe von Heilmitteln

§ 350. (1) unverändert.

(2a) und (2b) unverändert.

(3) Die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen als Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen, Dentisten/Dentistinnen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden. Hierbei finden die Bestimmungen des §§ 341, 343 Abs. 2a und 5 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt.

(4) und (5) unverändert.

Nachweis über die erbrachten Leistungen

§ 349b. (1) Die Vertragspartner/innen nach diesem Abschnitt haben den Versicherten nach Maßgabe der nach Abs. 2 erlassenen Verordnung unmittelbar nach jeder Inanspruchnahme einen Nachweis über die erbrachten Leistungen auszustellen.

(2) Die SV-Holding hat nach Vorliegen der technischen Machbarkeit auf Weisung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend durch Verordnung Grundsätze über den Inhalt und Umfang des Nachweises festzulegen.

Abgabe von Heilmitteln

§ 350. (1) unverändert.

(1a) Die Verordnung einer Arzneispezialität kann bei Vorliegen einer entsprechenden Referenzgruppe im Erstattungskodex erfolgen

1. unter ihrer Wirkstoffbezeichnung,
2. unter dem jeweiligen Produktnamen ohne Ausschluss der Ersetzung durch eine wirkstoffidentische Arzneispezialität oder
3. unter dem jeweiligen Produktnamen mit Ausschluss der Ersetzung durch eine wirkstoffidentische Arzneispezialität aus medizinischen Gründen. Darunter fallen jedenfalls
 - a) eine nachgewiesene Unverträglichkeit gegen die Hilfsstoffe der möglichen Referenzarzneispezialitäten,
 - b) die Sicherstellung der Akzeptanz der angeordneten Therapie bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres,
 - c) die Nichteignung der möglichen Referenzarzneispezialitäten zum Er-

- reichen der medizinisch-therapeutisch notwendigen Dosierungen oder
- d) die medizinisch-therapeutische Unzweckmäßigkeit der Ersetzung durch eine mögliche Referenzarzneispezialität.

Der Ausschluss der Ersetzung der verordneten Arzneispezialität durch den/die Verordner/in hat durch entsprechenden Vermerk auf der Verordnung zu erfolgen. Wurde eine Arzneispezialität nur unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnet oder wurde die Ersetzung durch eine wirkstoffidentische Arzneispezialität nicht ausgeschlossen, so hat der/die Apotheker/in oder hausapothekenführende Arzt/Ärztin eine Arzneispezialität aus der jeweiligen Referenzgruppe abzugeben, für die höchstens der Referenzpreis gilt (Referenzarzneispezialität).

(2) und (3) unverändert.

(2) und (3) unverändert.

(3a) Im Falle des Ausschlusses der Ersetzung einer Arzneispezialität nach Abs. 1a durch die/den Verschreibende/n hat diese/dieser die Gründe für den Ausschluss zu dokumentieren (§ 31 Abs. 5 Z 13). Abs. 3 vorletzter Satz ist anzuwenden.

(4) unverändert.

(4) unverändert.

Abgabe von Heilmitteln

§ 350. (1) unverändert.

Abgabe von Heilmitteln

§ 350. (1) unverändert.

(1a) Die Verordnung einer Arzneispezialität kann bei Vorliegen einer entsprechenden Referenzgruppe im Erstattungskodex erfolgen

1. unter ihrer Wirkstoffbezeichnung,
2. unter dem jeweiligen Produktnamen mit Ausschluss der Ersetzung durch eine wirkstoffidentische Arzneispezialität aus medizinischen Gründen. Darunter fallen jedenfalls
 - a) eine nachgewiesene Unverträglichkeit gegen die Hilfsstoffe der möglichen Referenzarzneispezialitäten,
 - b) die Sicherstellung der Akzeptanz der angeordneten Therapie bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres,
 - c) die Nichteignung der möglichen Referenzarzneispezialitäten zum Erreichen der medizinisch-therapeutisch notwendigen Dosierungen oder
 - d) die medizinisch-therapeutische Unzweckmäßigkeit der Ersetzung durch eine mögliche Referenzarzneispezialität.

Der Ausschluss der Ersetzung der verordneten Arzneispezialität durch den/die Verordner/in hat durch entsprechenden Vermerk auf der Verordnung zu erfolgen.

(2) bis (4) unverändert.

ABSCHNITT V

Aufnahme von Arzneispezialitäten in den Erstattungskodex

Bereiche des Erstattungskodex und Antragstellungen für die Aufnahme in den Erstattungskodex

§ 351c. (1) Das vertriebsberechtigte Unternehmen beantragt beim Hauptverband die Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex. Mit Einlangen des Antrages, mit dem zumindest die Zulassungsnummer und ein Preis bekannt gegeben wird und dem eine Bestätigung der Lieferfähigkeit und eine Bestätigung über die Dauer der Patentlaufzeit angeschlossen ist, wird die Arzneispezialität zeitlich befristet in den roten Bereich aufgenommen. Stellt der Hauptverband spätestens nach 90 Tagen fest, dass die Arzneispezialität nicht erstattungsfähig ist, so ist sie aus dem Erstattungskodex zu streichen. Beschwerden dagegen haben keine aufschiebende Wirkung. Die näheren Bestimmungen zur Feststellung der Erstattungsfähigkeit werden in der Verfahrensordnung (§ 351g) festgelegt. Nach Feststellung der Erstattungsfähigkeit oder Verstreichen der Frist von 90 Tagen ist das vertriebsberechtigte Unternehmen berechtigt, einen Antrag auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex zu stellen. Dieser Antrag kann spätestens 90 Tage (wird auch über den Preis entschieden, spätestens 180 Tage) vor Ablauf der 24-monatigen (36-monatigen) Frist nach Abs. 7 Z 1 gestellt werden. Bereits vorgelegte Unterlagen müssen nicht neuerlich vorgelegt werden. Für alle Produkte sind dieselben Prüfmaßstäbe anzulegen. Der Hauptverband hat die in den Erstattungskodex aufgenommenen und die daraus ausgeschiedenen Arzneispezialitäten monatlich im Internet kundzumachen.

(2) und (3) unverändert.

Wurde eine Arzneispezialität nur unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnet oder wurde die Ersetzung durch eine wirkstoffidentische Arzneispezialität nicht ausgeschlossen, so hat der/die Apotheker/in oder hausapothekenführende Arzt/Ärztin eine Arzneispezialität aus der jeweiligen Referenzgruppe abzugeben, für die höchstens der Referenzpreis gilt (Referenzarzneispezialität). Die Abgabe einer Arzneispezialität auf Verlangen des/der Versicherten nach § 136 Abs. 2 dritter Satz ist vom/von der Apotheker/in oder vom/von der hausapothekenführenden Arzt/Ärztin im Rahmen der elektronischen Abrechnung zu dokumentieren.

(2) bis (4) unverändert.

ABSCHNITT V

Erstattungskodex

Aufnahme von Arzneispezialitäten in den Erstattungskodex

§ 351c. (1) Das vertriebsberechtigte Unternehmen beantragt bei der SV-Holding die Aufnahme einer Arzneispezialität in den gelben oder den grünen Bereich des Erstattungskodex. Mit Einlangen des Antrages, mit dem zumindest die Zulassungsnummer und ein Preis bekannt gegeben wird und dem eine Bestätigung der Lieferfähigkeit und eine Bestätigung über die Dauer der Patentlaufzeit angeschlossen ist, wird die Arzneispezialität zeitlich befristet in den roten Bereich aufgenommen. Stellt die SV-Holding innerhalb von 90 Tagen (wird auch über den Preis entschieden, innerhalb von 180 Tagen) nach Einlangen des Antrages fest, dass die Arzneispezialität nicht in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex aufzunehmen ist, so ist sie aus dem roten Bereich des Erstattungskodex zu streichen. Die SV-Holding hat die Änderungen des Erstattungskodex monatlich im Internet kundzumachen.

(2) und (3) unverändert.

(3a) Im Erstattungskodex sind von der SV-Holding über Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission Referenzgruppen zu bilden, wenn mindes-

(4) bis (6) unverändert.

(7) Sonderbestimmungen für den roten Bereich (red box) des Erstattungskodex:

1. Ab der Feststellung des ermittelten EU-Durchschnittspreises verbleibt die Arzneispezialität für höchstens 24 Monate in diesem Bereich. Kann ein EU-Durchschnittspreis nicht ermittelt werden, so beginnt die 24-monatige Frist nach Ablauf von zwölf Monaten nach Aufnahme in den roten Bereich. In dieser Zeit entscheidet der Hauptverband nach Maßgabe des § 351d Abs.1 auf Grundlage einer Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission, ob die Arzneispezialität in den gelben oder den grünen Bereich übernommen wird oder aus dem Erstattungskodex ausscheidet. Stellt das vertriebsberechtigte Unternehmen spätestens 90 Tage (wird auch über den Preis entschieden, spätestens 180 Tage) vor Ablauf der 24-monatigen (36-monatigen) Frist (§ 351c Abs. 1 siebenter Satz) keinen Antrag auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex, so scheidet die Arzneispezialität mit Ablauf der 24-monatigen (36-monatigen) Frist aus dem roten Bereich des Erstattungskodex aus. Einer Entscheidung des Hauptverbandes bedarf es dazu nicht.

2. unverändert.

(8) bis (10) unverändert.

Entscheidung des Hauptverbandes

§ 351d. (1) Der Hauptverband hat über den Antrag auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex innerhalb von 90 Tagen (wird auch über den Preis entschieden, innerhalb von 180 Tagen) ab Antragstellung auf Grundlage der Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission zu entscheiden. Der Fristenlauf wird gehemmt, wenn die vom vertriebsberechtigten Unternehmen vorzulegenden Unterlagen (zB Studien, Gutachten usw.) nicht, nicht vollständig oder nicht in der aktuellen Fassung vorgelegt werden.

tens drei laut Warenverzeichnis des österreichischen Apothekerverlages lieferbare Arzneispezialitäten mit identischem Wirkstoff oder identischer Wirkstoffkombination (ATC-Code Ebene 5), identischer Wirkstoffstärke oder identischen Wirkstoffstärken, gleicher oder praktisch gleicher Darreichungsform sowie gleicher oder praktisch gleicher Packungsgröße im Grünen oder Gelben Bereich angeführt sind. Referenzpreis ist der jeweils zum 1. Jänner und 1. Juli eines jeden Jahres geltende Kassenverkaufspreis für die kostengünstigste Arzneispezialität innerhalb der Referenzgruppe.

(4) bis (6) unverändert.

(7) Sonderbestimmungen für den roten Bereich (red box) des Erstattungskodex:

1. Der Preis der Arzneispezialität darf den EU-Durchschnittspreis nicht überschreiten.

2. unverändert.

(8) bis (10) unverändert.

Entscheidung des Hauptverbandes

§ 351d. (1) Der Hauptverband hat über den Antrag auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex innerhalb von 90 Tagen (wird auch über den Preis entschieden, innerhalb von 180 Tagen) ab Antragstellung auf Grundlage der Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission zu entscheiden. Der Fristenlauf wird gehemmt, wenn die vom vertriebsberechtigten Unternehmen vorzulegenden Unterlagen (zB Studien, Gutachten usw.) nicht, nicht vollständig oder nicht in der aktuellen Fassung vorgelegt werden. Bei der Entschei-

(2) und (3) unverändert.

Änderung der Verschreibbarkeit, Preiserhöhung

§ 351e. (1) Das vertriebsberechtigte Unternehmen kann die Änderung der Verschreibbarkeit seiner im gelben und grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialität (entweder allgemein oder nur für bestimmte Verwendungen) fordern. Der Hauptverband entscheidet über den Antrag (einschließlich des Preises) innerhalb von 180 Tagen.

(2) Das vertriebsberechtigte Unternehmen kann die Erhöhung des Preises seiner im Erstattungskodex angeführten Arzneispezialität fordern. § 351d Abs. 1 ist so anzuwenden, dass der Hauptverband bereits innerhalb von 90 Tagen zu entscheiden hat. Bei einer außergewöhnlich hohen Zahl von Anträgen kann diese Frist ein einziges Mal um 60 Tage verlängert werden; die Verlängerung ist dem vertriebsberechtigten Unternehmen vor Ablauf der 90-Tage-Frist mitzuteilen.

Streichung aus dem Erstattungskodex

§ 351f. (1) und (2) unverändert.

Aufgaben der Unabhängigen Heilmittelkommission

§ 351i. (1) Die Unabhängige Heilmittelkommission entscheidet

1. über Beschwerden des Antragstellers,
 - a) dessen Antrag auf Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex oder auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex (teilweise) abgelehnt wurde oder
 - b) unverändert.
2. unverändert.
- (2) unverändert.

(3) Beschwerden nach den Abs. 1 und 2 sind binnen 30 Tagen nach Zustellung der Entscheidung des Hauptverbandes bei der Unabhängigen Heilmittel-

kommission über die Aufnahme in den Erstattungskodex sind für alle Arzneispezialitäten die selben Prüfmaßstäbe anzulegen.

(2) und (3) unverändert.

Änderung der Verschreibbarkeit, Preiserhöhung

§ 351e. (1) Das vertriebsberechtigte Unternehmen kann die Änderung der Verschreibbarkeit seiner im gelben und grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialität (entweder allgemein oder nur für bestimmte Verwendungen) beantragen. Der Hauptverband entscheidet über den Antrag (einschließlich des Preises) innerhalb von 180 Tagen.

(2) Das vertriebsberechtigte Unternehmen kann die Erhöhung des Preises seiner im Erstattungskodex angeführten Arzneispezialität beantragen. § 351d Abs. 1 ist so anzuwenden, dass der Hauptverband bereits innerhalb von 90 Tagen zu entscheiden hat. Bei einer außergewöhnlich hohen Zahl von Anträgen kann diese Frist ein einziges Mal um 60 Tage verlängert werden; die Verlängerung ist dem vertriebsberechtigten Unternehmen vor Ablauf der 90-Tage-Frist mitzuteilen.

Streichung aus dem und Evaluierung des Erstattungskodex

§ 351f. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Gesundheit Österreich GmbH/Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen hat die Entwicklung der Abgabe von Arzneispezialitäten, insbesondere unter Berücksichtigung der Referenzgruppen, laufend zu evaluieren und der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend sowie der SV-Holding jährlich darüber zu berichten.

Aufgaben der Unabhängigen Heilmittelkommission

§ 351i. (1) Die Unabhängige Heilmittelkommission entscheidet

1. über Beschwerden des Antragstellers,
 - a) dessen Antrag auf Aufnahme einer Arzneispezialität in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex (teilweise) abgelehnt wurde oder
 - b) unverändert.
2. unverändert.
- (2) unverändert.

(3) Beschwerden nach den Abs. 1 und 2 sind binnen 30 Tagen nach Zustellung der Entscheidung der SV-Holding bei der Unabhängigen Heilmittelkommission

kommission einzubringen. Gleichzeitig sind die Beschwerden dem Hauptverband zur Kenntnis zu bringen. Die Beschwerden haben aufschiebende Wirkung; Beschwerden gegen die Streichung einer Arzneispezialität nach § 351c Abs. 10 Z 1 aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex haben aufschiebende Wirkung im Ausmaß von 90 Tagen ab Einbringung der Beschwerde. Die Unabhängige Heilmittelkommission darf sich bei ihrer Entscheidungsfindung nicht auf Sachverhalte und Umstände stützen, die nach der Entscheidung des Hauptverbandes vom vertriebsberechtigten Unternehmen sowie vom Hauptverband eingebracht werden. Allfällige Fragen patentrechtlicher Art sind nicht Gegenstand des Verfahrens vor der Unabhängigen Heilmittelkommission.

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

1. mit der der Antrag auf Aufnahme in den Erstattungskodex oder auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex abgelehnt wurde oder
2. mit der eine Arzneispezialität aus dem Erstattungskodex gestrichen werden soll oder
3. mit der die Verschreibbarkeit einer Arzneispezialität geändert werden soll,

aufzuheben, wenn der Hauptverband im Verfahren sein Ermessen überschritten oder nicht nachvollziehbar ausgeübt hat; dabei sind alle in der Beschwerde vorgebrachten Argumente zu würdigen. Der Hauptverband hat sodann innerhalb von 120 Tagen nach Zustellung der Aufhebungsentscheidung neu zu entscheiden, widrigenfalls der Antrag als angenommen gilt oder die Arzneispezialität wieder in den Erstattungskodex aufzunehmen ist oder die Einschränkung der Verschreibbarkeit aufzuheben ist. Für die Zeit der Einholung eines Gutachtens eines/einer unabhängigen Experten/Expertin auf Betreiben des antragstellenden vertriebsberechtigten Unternehmens nach Maßgabe der Verordnung nach § 351g wird der Lauf der Frist von 120 Tagen gehemmt. Wird jedoch eine Feststellung des Hauptverbandes zur Erstattungsfähigkeit einer Arzneispezialität nach § 351c Abs. 1 aufgehoben, beginnen mit dem Tag der Zustellung der Aufhebungsentscheidung an den Hauptverband die Fristen nach den §§ 351c Abs. 1 zweiter Satz und 351c Abs. 7 Z 1 neu zu laufen. Der Hauptverband ist bei seiner neuerlichen Entscheidung an die in der

sion einzubringen. Gleichzeitig sind die Beschwerden der SV-Holding zur Kenntnis zu bringen. Die Beschwerden haben aufschiebende Wirkung; Beschwerden gegen die Streichung einer Arzneispezialität nach § 351c Abs. 10 Z 1 aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex haben aufschiebende Wirkung im Ausmaß von 90 Tagen ab Einbringung der Beschwerde. Beschwerden gegen die Streichung einer Arzneispezialität auf Grund mangelnder Erstattungsfähigkeit (§ 351c Abs. 2 und 4) haben keine aufschiebende Wirkung. Sie können sich nur auf Sachverhalte und Umstände beziehen, die zum Zeitpunkt der Entscheidung der SV-Holding vom vertriebsberechtigten Unternehmen oder von der SV-Holding bereits eingebracht worden sind. Die Unabhängige Heilmittelkommission darf sich bei ihrer Entscheidungsfindung nicht auf Sachverhalte und Umstände stützen, die nach der Entscheidung der SV-Holding vom vertriebsberechtigten Unternehmen oder von der SV-Holding eingebracht werden. Allfällige Fragen patentrechtlicher Art sind nicht Gegenstand des Verfahrens vor der Unabhängigen Heilmittelkommission.

(4) Die Unabhängige Heilmittelkommission hat die Entscheidung der SV-Holding, mit der

1. der Antrag auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex (teilweise) abgelehnt wurde oder
2. eine Arzneispezialität aus dem Erstattungskodex gestrichen werden soll oder
3. die Verschreibbarkeit einer Arzneispezialität geändert werden soll,

aufzuheben, wenn die SV-Holding im Verfahren ihr Ermessen überschritten oder nicht nachvollziehbar ausgeübt hat; dabei sind alle in der Beschwerde vorgebrachten Argumente zu würdigen. Die SV-Holding hat sodann innerhalb von 120 Tagen nach Zustellung der Aufhebungsentscheidung neu zu entscheiden, widrigenfalls der Antrag als angenommen gilt oder die Arzneispezialität wieder in den Erstattungskodex aufzunehmen ist oder die Einschränkung der Verschreibbarkeit aufzuheben ist. Für die Zeit der Einholung eines Gutachtens eines/einer unabhängigen Experten/Expertin auf Betreiben des antragstellenden vertriebsberechtigten Unternehmens nach Maßgabe der Verordnung nach § 351g wird der Lauf der Frist von 120 Tagen gehemmt. Wird jedoch eine Entscheidung der SV-Holding auf Grund mangelnder Erstattungsfähigkeit (§ 351c Abs. 2 und 4) einer Arzneispezialität nach § 351c Abs. 1 aufgehoben, beginnt mit dem Tag der Zustellung der Aufhebungsentscheidung an die SV-Holding die Frist nach § 351c Abs. 1 neu zu laufen. Die SV-Holding ist bei ihrer neuerlichen Entscheidung an die in der Aufhebungs-

Aufhebungsentscheidung geäußerte Auffassung der Unabhängigen Heilmittelkommission gebunden.

(5) und (6) unverändert.

Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen

§ 447a. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Mittel des Ausgleichsfonds werden aufgebracht durch

1. unverändert.
2. den Pauschalbeitrag nach § 1 Abs. 2 GSBG;
3. bis 5. unverändert.

(4) unverändert.

(5) Von den Jahreseinnahmen (Abs. 3 Z 1 bis 4) sind 10 % zur Bildung einer Rücklage zu verwenden, die nur zur Deckung eines außerordentlichen Aufwandes herangezogen werden darf. Erreicht diese Rücklage die Höhe von 0,5 % der Summe der Beitragseinnahmen aller am Fonds beteiligten Gebietskrankenkassen im vorangegangenen Kalenderjahr, dann ist sie nicht weiter zu erhöhen. Die Rücklage ist zinsbringend im Sinne des § 446 anzulegen.

(6) 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.

(11) Nach Maßgabe des Einlangens sind die Mittel nach Abs. 10 zu

1. zwei Dritteln an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f und
2. einem Drittel an den Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung nach § 447h

entscheidung geäußerte Auffassung der Unabhängigen Heilmittelkommission gebunden.

(5) und (6) unverändert.

Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen

§ 447a. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Mittel des Ausgleichsfonds werden aufgebracht durch

1. unverändert.
2. die Einnahmen nach Abs. 11;
3. bis 5. unverändert.

(4) unverändert.

(5) aufgehoben.

(6) bis (9) unverändert.

(10) Der Bundesminister für Finanzen überweist für die Jahre 2008 bis 2013 jeweils im September aus Mitteln der Tabaksteuer einen Betrag von 12 423 759,09 Euro an den Ausgleichsfonds. Diese Mittel sind nach Maßgabe ihres Einlangens zu

1. zwei Dritteln an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f und
2. einem Drittel an den Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung nach § 447h zu überweisen.

(11) Weiters überweist der Bundesminister für Finanzen ebenfalls aus Mitteln der Tabaksteuer jeweils im September einen Betrag von 24 Millionen Euro an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern sowie einen Betrag von 76 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds.

zu überweisen.

(12) unverändert.

Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds

§ 447f. (1) und (2) unverändert.

(3) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die Landesgesundheitsfonds der Länder

1. bis 3. unverändert.

4. die Mittel nach § 447a Abs. 8 Z 1 nach Maßgabe des Einlangens und nach Maßgabe der Abs. 5, 16 und 17.

(4) bis (8) unverändert.

(9) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe der Abs. 1 bis 6 und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Allfällige Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nach § 447a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss. Weiters ist zum Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vorzulegen.

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

Wiener Gebietskrankenkasse	17,44201 %
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 %

(12) unverändert.

Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds

§ 447f. (1) und (2) unverändert.

(3) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die Landesgesundheitsfonds der Länder

1. bis 3. unverändert.

4. die Mittel nach § 447a Abs. 10 Z 1 nach Maßgabe des Einlangens und nach Maßgabe der Abs. 5, 16 und 17.

(4) bis (8) unverändert.

(9) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe der Abs. 1 bis 6 und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Allfällige Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen nach § 447a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss. Weiters ist zum Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vorzulegen.

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

Wiener Gebietskrankenkasse	17,44201 %
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 %	Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,31496 %
Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper	0,03778 %	Betriebskrankenkasse Mondi	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.	
(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. durch den Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung (§ 51b dieses Bundesgesetzes, § 27a GSVG, § 24a BSVG, § 20a B-KUVG);		1. durch den Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung (§ 51b dieses Bundesgesetzes, § 27a GSVG, § 24a BSVG, § 20a B-KUVG);	
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	11,14579 %	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,14579 %
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,27077 %	Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,27077 %

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 Mondi Business Paper	0,06630 %	Betriebskrankenkasse Mondi	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. Hierbei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte und für Arbeitslose heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) bis (17) unverändert.

Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung

§ 447h. (1) unverändert.

(2) Die Mittel des Fonds werden aufgebracht durch:

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

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. Hierbei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte und für Arbeitslose heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) bis (17) unverändert.

Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung

§ 447h. (1) unverändert.

(2) Die Mittel des Fonds werden aufgebracht durch:

1. die Überweisungen nach § 447a Abs. 10 Z 2;
2. unverändert.

(3) und (4) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. 31/2007 (67. Novelle)**

§ 631. (1) und (2) unverändert.

(3) Auf Anträge auf Aufnahme in den Erstattungskodex und auf sonstige Anträge nach der Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex nach § 351g ASVG, die bis zum Ablauf des 31. Dezember 2008 beim Hauptverband einlangen, ist die am 31. Dezember 2007 geltende Rechtslage anzuwenden. Dies gilt auch für sonstige Verfahren nach dieser Verfahrensordnung, die bis zum Ablauf des 31. Dezember 2008 eingeleitet wurden.

**Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007
(68. Novelle)**

§ 634. (1) bis (7) unverändert.

(8) Zur finanziellen Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Hauptverband bis zum 30. Juni 2008 in der Trägerkonferenz konkrete 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 c in der Fassung der Z 22, 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 24, 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 in der Fassung der Z 7 GSVG,
3. die §§ 24 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 sowie 26 Abs. 1 in der Fassung der Z 3 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,

(3) und (4) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. 31/2007 (67. Novelle)**

§ 631. (1) und (2) unverändert.

(3) aufgehoben.

**Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007
(68. Novelle)**

§ 634. (1) bis (7) unverändert.

(8) aufgehoben.

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. 101/2007, mit dem Ablauf des 31. Dezember 2008 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.

(8a) bis (12) unverändert.

(8a) bis (12) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 Teil 2 des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. xx/2008**

§ 638. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. August 2008 die §§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. j, 81 Abs. 1, 342 Abs. 1 Z 7 letzter Halbsatz, 343 Abs. 2a, 4 und 5, 343e samt Überschrift, 348, 349 Abs. 1, 2 und 3 sowie 447a Abs. 3 Z 2, Abs. 10 und 11, 447f Abs. 3 Z 4, 10 und 11 sowie 447h Abs. 2 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
2. mit 1. September 2008 § 175 Abs. 5 Z 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
3. mit 1. Jänner 2009 die §§ 31d, 341 Abs. 1, 342 Abs. 1 und die Überschrift zu 351d;
4. mit 1. Juli 2009 die Überschrift zu Abschnitt V, Sechster Teil, die Überschrift zu § 351c sowie die §§ 351c Abs. 1 und 7 Z 1, 351d Abs. 1 letzter Satz, 351e Abs. 1 erster Satz und Abs. 2 erster Satz, 351i Abs. 1 Z 1 lit. a, Abs. 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
5. mit 1. Juli 2011 die §§ 30f Abs. 1 Z 7, 136 Abs. 2, 348a Abs. 3 Z 5 und 6, 350 Abs. 1a in der Fassung der Z 22 und Abs. 3a, 351c Abs. 3a, Überschrift zu § 351f sowie § 351f Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
6. mit 1. Juli 2013 § 350 Abs. 1a in der Fassung der Z 23 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
7. rückwirkend mit 1. Juli 2006 § 447f Abs. 9 in der Fassung des Bundesge-

setzes BGBl. I Nr. xx/2008.

(2) Es treten außer Kraft:

1. mit Ablauf des 31. Juli 2008 § 634 Abs. 8;
2. mit Ablauf des 31. März 2009 § 447a Abs. 5;

(3) Die technischen, organisatorischen und datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für die E-Medikations-Datenbanken sind so rechtzeitig zu schaffen, dass die schrittweise Inbetriebnahme spätestens mit 1. Jänner 2010 gewährleistet ist.

(4) Teilkündigungen und Teilauflösungen (§ 342 Abs. 1 Z 7) sind auch für am 1. August 2008 bestehende Gesamtverträge zulässig.

(5) Die Verordnung nach § 343 Abs. 2b ist mit Wirksamkeit 1. August 2009 zu erlassen.

(6) Auf Anträge auf Aufnahme in den Erstattungskodex und auf sonstige Anträge nach der Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex nach § 351g, die bis zum Ablauf des 30. Juni 2009 beim Hauptverband oder bei der SV-Holding einlangen, ist die am 31. Dezember 2007 geltende Rechtslage anzuwenden. Dies gilt auch für sonstige Verfahren nach dieser Verfahrensordnung, die bis zum Ablauf des 30. Juni 2009 eingeleitet wurden.

(7) Abweichend von § 351f Abs. 3 ist bis zum Ablauf des 30. Juni 2014 der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend halbjährlich über die Entwicklung der Abgabe von Arzneispezialitäten zu berichten, erstmals zum 1. Jänner 2012.

(8) Die Aufteilung der Mittel und Verbindlichkeiten nach § 447a Abs. 5 ist von der SV-Holding so rechtzeitig unter Berücksichtigung eines besonderen Ausgleichsbedarfs und des Ausgleichs durch das Bundesgesetz, mit dem der Bundesminister für Finanzen ermächtigt wird, auf Bundesforderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen zu verzichten, festzusetzen, dass zum 1. April 2009 die Verteilung an die Versicherungsträger erfolgen kann. Das Aufteilungsverhältnis ist in den Richtlinien nach § 447b Abs. 3 im Internet kundzumachen. Wird bis zum genannten Zeitpunkt kein Beschluss gefasst, erfolgt die Aufteilung anhand der Richtlinie nach § 447e ASVG.

(9) Die Überweisungsbeträge nach § 447a Abs. 11 sind im Jahr 2008 um die im Jahr 2008 an den Ausgleichsfonds und an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern geleisteten Pauschalzahlungen nach § 1 Abs. 2 GSBG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 180/2004 zu kürzen.

Artikel 2

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Teil 1

Ausnahmen von der Pflichtversicherung für einzelne Berufsgruppen

§ 5. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Sozialversicherungsträger haben auf Ersuchen jener gesetzlichen beruflichen Vertretungen (Kammern), deren Mitglieder nach den Abs. 1 bis 3 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz ausgenommen sind, Auskünfte auf automationsunterstütztem Weg über den Hauptverband (§ 183) darüber zu erteilen, ob und bei welchem Versicherungsträger nach Abs. 1 Z 2 ein Kammermitglied in der Krankenversicherung nach § 14b pflichtversichert bzw. nach § 14a oder nach dem ASVG verpflichtend selbstversichert ist. Kosten, die dem Hauptverband dadurch erwachsen, sind diesem von der ersuchenden Stelle zur Gänze zu erstatten.

Zugehörigkeit zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 16. Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gehört dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an.

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 27c. (1) bis (3) unverändert.

(4) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband hierzu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 16a ASVG) von der Einhebung des Zusatzbeitrages nach Abs. 1 abzusehen oder diesen herabzusetzen. Eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit liegt jedenfalls dann vor, wenn das Nettoeinkommen im Sinne des § 149 des (der) Versicherten den Richtsatz nach § 150 Abs. 1 lit. a aa nicht übersteigt.

Informations- und Aufklärungspflicht

§ 43a. Der Versicherungsträger und das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen sowie das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen haben die Versicherten (LeistungsbezieherInnen) über ihre Rechte und Pflichten nach diesem Bundesgesetz zu informieren und aufzuklären. Der Versi-

Ausnahmen von der Pflichtversicherung für einzelne Berufsgruppen

§ 5. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Sozialversicherungsträger haben auf Ersuchen jener gesetzlichen beruflichen Vertretungen (Kammern), deren Mitglieder nach den Abs. 1 bis 3 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz ausgenommen sind, Auskünfte auf automationsunterstütztem Weg über die SV-Holding (§ 183) darüber zu erteilen, ob und bei welchem Versicherungsträger nach Abs. 1 Z 2 ein Kammermitglied in der Krankenversicherung nach § 14b pflichtversichert bzw. nach § 14a oder nach dem ASVG verpflichtend selbstversichert ist. Kosten, die der SV-Holding dadurch erwachsen, sind dieser von der ersuchenden Stelle zur Gänze zu erstatten.

Zugehörigkeit zur SV-Holding

§ 16. Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gehört der SV-Holding an.

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 27c. (1) bis (3) unverändert.

(4) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten nach Maßgabe der von der SV-Holding hierzu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 11 ASVG) von der Einhebung des Zusatzbeitrages nach Abs. 1 abzusehen oder diesen herabzusetzen. Eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit liegt jedenfalls dann vor, wenn das Nettoeinkommen im Sinne des § 149 des (der) Versicherten den Richtsatz nach § 150 Abs. 1 lit. a aa nicht übersteigt.

Informations- und Aufklärungspflicht

§ 43a. Der Versicherungsträger und das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen sowie das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen haben die Versicherten (LeistungsbezieherInnen) über ihre Rechte und Pflichten nach diesem Bundesgesetz zu informieren und aufzuklären.

cherungsträger hat Informationen und Aufklärungen im Sinne des ersten Satzes mit jenen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen abzustimmen; Informationen (Aufklärungen) gelten als abgestimmt, wenn sich das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen bzw. das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen binnen 48 Stunden nach Zustellung nicht dazu äußert; § 108 BAO gilt entsprechend. Der Versicherungsträger ist verpflichtet, in Informations- und Aufklärungsschriften auch fachbezogene Informationen und Aufklärungen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen zu veröffentlichen.

Sachliche Abgabefreiheit

§ 46. (1) Von der Entrichtung der bundesrechtlich geregelten öffentlichen Abgaben und der Bundesverwaltungsabgaben sind - unbeschadet des § 6 des Umsatzsteuergesetzes 1994 - befreit:

1. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden, sonstige Schriften sowie die im Verfahren vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechts und Verwaltungsbehörden durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie die Übertragung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften betreffen, die zwischen dem Versicherungsträger und anderen Trägern der Sozialversicherung (dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) vorgenommen wird, auch wenn diese Gegenstände nicht ganz oder überwiegend der Erfüllung der Aufgaben der Versicherungsträger dienen;
2. bis 4. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

Kostenbeteiligung

§ 86. (1) bis (5) unverändert.

(6) Der Versicherungsträger kann von der Einhebung des Kostenanteiles absehen,

- a) unverändert.
- b) bei Sachleistungen, wenn die an die Vertragspartner zu leistende Vergütung durch vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossene vertragliche Regelungen in Pauschbeträgen unabhängig von der dem einzelnen Anspruchsberechtigten erbrachten

Sachliche Abgabefreiheit

§ 46. (1) Von der Entrichtung der bundesrechtlich geregelten öffentlichen Abgaben und der Bundesverwaltungsabgaben sind - unbeschadet des § 6 des Umsatzsteuergesetzes 1994 - befreit:

1. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden, sonstige Schriften sowie die im Verfahren vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechts und Verwaltungsbehörden durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie die Übertragung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften betreffen, die zwischen dem Versicherungsträger und anderen Trägern der Sozialversicherung (der SV-Holding) vorgenommen wird, auch wenn diese Gegenstände nicht ganz oder überwiegend der Erfüllung der Aufgaben der Versicherungsträger dienen;

2. bis 4. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

Kostenbeteiligung

§ 86. (1) bis (5) unverändert.

(6) Der Versicherungsträger kann von der Einhebung des Kostenanteiles absehen,

- a) unverändert.
- b) bei Sachleistungen, wenn die an die Vertragspartner zu leistende Vergütung durch von der SV-Holding abgeschlossene vertragliche Regelungen in Pauschbeträgen unabhängig von der dem einzelnen Anspruchsberechtigten erbrachten Leistung festgesetzt ist;

Leistung festgesetzt ist;

- c) bei Sachleistungen, wenn durch die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossenen vertraglichen Regelungen die Vergütung rückwirkend erhöht wird, für den auf die Erhöhung entfallenden Kostenanteil;

d) unverändert.

(7) unverändert.

Vorsorge(Gesunden)untersuchungen

§ 89. (1) Die Versicherten und ihre Angehörigen (§ 83) haben Anspruch auf jährlich eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung. Sie ist vom Versicherungsträger nach Maßgabe der gemäß § 132 b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger durchzuführen.

(2) unverändert.

Heilmittel

§ 92. (1) bis (4) unverändert.

(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hiezu erlassenen Richtlinien von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen.

(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.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 99a. (1) bis (6) unverändert.

(7) Werden Versicherte (Pensionisten, Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31

- c) bei Sachleistungen, wenn durch die von der SV-Holding abgeschlossenen vertraglichen Regelungen die Vergütung rückwirkend erhöht wird, für den auf die Erhöhung entfallenden Kostenanteil;

d) unverändert.

(7) unverändert.

Vorsorge(Gesunden)untersuchungen

§ 89. (1) Die Versicherten und ihre Angehörigen (§ 83) haben Anspruch auf jährlich eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung. Sie ist vom Versicherungsträger nach Maßgabe der gemäß § 132 b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien der SV-Holding durchzuführen.

(2) unverändert.

Heilmittel

§ 92. (1) bis (4) unverändert.

(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen.

(6) Der Versicherungsträger hat von der Einhebung der Rezeptgebühr auch bei Erreichen der in den Richtlinien der SV-Holding nach § 30f Abs. 1 Z 10 ASVG vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 99a. (1) bis (6) unverändert.

(7) Werden Versicherte (Pensionisten, Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f

Abs. 5 Z 27 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten (Angehörigen) für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 100. (1) und (2) unverändert.

(3) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 3 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschussgewährung durch den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegungstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der vom Hauptverband hierzu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu entrichten.

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch nach Maßgabe der vom Hauptverband hierzu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

Medizinische Maßnahmen

§ 160. (1) bis (3) unverändert.

(4) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Versicherungsträgers als Pensionsversicherungsträger in einer der in Abs. 1 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegungstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maß-

Abs. 1 Z 21 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten (Angehörigen) für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 100. (1) und (2) unverändert.

(3) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 3 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschussgewährung durch den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegungstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der von der SV-Holding hierzu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 21 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu entrichten.

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch nach Maßgabe der von der SV-Holding hierzu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 22 ASVG) durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

Medizinische Maßnahmen

§ 160. (1) bis (3) unverändert.

(4) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Versicherungsträgers als Pensionsversicherungsträger in einer der in Abs. 1 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegungstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maß-

gabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers

§ 169. (1) unverändert.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage

1. und 2. unverändert.

3. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes);

4. und 5. unverändert.

(3) und (4) unverändert.

(5) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Versicherungsträgers als Pensionsversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 4 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschussgewährung durch den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger zu entrichten.

Verwaltungshilfe

§ 183. (1) Der Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz und die übrigen Träger der Sozialversicherung (der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) sind verpflichtet, bei Erfüllung ihrer (seiner) Aufgaben einander zu unterstützen; sie haben insbesondere Ersuchen, die zu diesem Zweck an sie ergehen, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entspre-

gabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 21 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers

§ 169. (1) unverändert.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage

1. und 2. unverändert.

3. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 22 ASVG);

4. und 5. unverändert.

(3) und (4) unverändert.

(5) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Versicherungsträgers als Pensionsversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 4 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschussgewährung durch den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 21 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger zu entrichten.

Verwaltungshilfe

§ 183. (1) Der Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz und die übrigen Träger der Sozialversicherung (die SV-Holding) sind verpflichtet, bei Erfüllung ihrer (seiner) Aufgaben einander zu unterstützen; sie haben insbesondere Ersuchen, die zu diesem Zweck an sie ergehen, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen und auch unaufgefordert anderen Versiche-

chen und auch unaufgefordert anderen Versicherungsträgern alle Mitteilungen zukommen zu lassen, die für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind, sowie Anträge und Meldungen fristwährend weiterzuleiten. Die Verpflichtung zur gegenseitigen Hilfe bezieht sich auch auf die Übermittlung von Daten im Sinne des § 4 des Datenschutzgesetzes 2000 im automationsunterstützten Datenverkehr zwischen den Versicherungsträgern, die zur Durchführung des Melde- und Beitragsverfahrens, zur Erbringung von Leistungen sowie zur Durchsetzung von Ersatzansprüchen notwendig sind.

(2) unverändert.

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 193. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, dass

1. unverändert.
2. die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und Gruppenpraxen durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der für den Versicherungsträger durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der Österreichischen Ärztekammer abzuschließen ist und der Zustimmung des Versicherungsträgers bedarf;
- 2a. die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Zahnärzten/Zahnärztinnen und Gruppenpraxen durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der für den Versicherungsträger durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der Österreichischen Zahnärztekammer abzuschließen ist und der Zustimmung des Versicherungsträgers bedarf;
3. bis 6. unverändert.

Versicherungsvertreter

§ 197. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Tätigkeit als Mitglied eines Verwaltungskörpers erfolgt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung und begründet kein Dienstverhältnis zum Versiche-

rungsträgern alle Mitteilungen zukommen zu lassen, die für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind, sowie Anträge und Meldungen fristwährend weiterzuleiten. Die Verpflichtung zur gegenseitigen Hilfe bezieht sich auch auf die Übermittlung von Daten im Sinne des § 4 des Datenschutzgesetzes 2000 im automationsunterstützten Datenverkehr zwischen den Versicherungsträgern, die zur Durchführung des Melde- und Beitragsverfahrens, zur Erbringung von Leistungen sowie zur Durchsetzung von Ersatzansprüchen notwendig sind.

(2) unverändert.

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 193. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, dass

1. unverändert.
2. die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und Gruppenpraxen durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der für den Versicherungsträger durch die SV-Holding mit der Österreichischen Ärztekammer abzuschließen ist und der Zustimmung des Versicherungsträgers bedarf;
- 2a. die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Zahnärzten/Zahnärztinnen und Gruppenpraxen durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der für den Versicherungsträger durch die SV-Holding mit der Österreichischen Zahnärztekammer abzuschließen ist und der Zustimmung des Versicherungsträgers bedarf;
3. bis 6. unverändert.

Versicherungsvertreter

§ 197. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Tätigkeit als Mitglied eines Verwaltungskörpers erfolgt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung und begründet kein Dienstverhältnis zum Versiche-

Träger. Hiefür gebühren Entschädigungen nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten nach Maßgabe von Richtlinien gemäß § 31 Abs. 5 Z 31 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes.
2. Der Obmann und die Obmann-Stellvertreter, der Vorsitzende und der Vorsitzenden-Stellvertreter der Kontrollversammlung und die Vorsitzenden und Vorsitzenden-Stellvertreter der Landesstellenausschüsse haben Anspruch auf Funktionsgebühren. Das Nähere hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch Verordnung unter Bedachtnahme auf den örtlichen Wirkungsbereich und die Zahl der Versicherten des Versicherungsträgers zu bestimmen; dabei darf die für ein Jahr zustehende Funktionsgebühr 40 vH des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen.
3. Die Mitglieder der Verwaltungskörper, soweit sie nicht unter Z 2 fallen, haben Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen festzusetzen ist.

§ 76 Abs. 4 ist anzuwenden.

(6) Bedienstete eines Versicherungsträgers und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie Personen, die aufgrund einer von ihnen ausgeübten Erwerbstätigkeit mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, ferner Personen, über deren Vermögen ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, sind von der Entsendung in das Amt eines Versicherungsvertreters ausgeschlossen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 204. (1) Den Vorsitz im Vorstand und in der Generalversammlung hat der vom Vorstand auf dessen Amtsdauer gewählte Obmann zu führen. Der Obmann ist aus der Mitte des Vorstandes zu wählen. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit aller Versicherungsvertreter im Vorstand erforderlich.

(2) bis (6) unverändert.

Träger. Hiefür gebühren Entschädigungen nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten nach Maßgabe von Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 25 ASVG.
2. Der Obmann und die Obmann-Stellvertreter, der Vorsitzende und der Vorsitzenden-Stellvertreter der Kontrollversammlung und die Vorsitzenden und Vorsitzenden-Stellvertreter der Landesstellenausschüsse haben Anspruch auf Funktionsgebühren. Das Nähere hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch Verordnung unter Bedachtnahme auf den örtlichen Wirkungsbereich und die Zahl der Versicherten des Versicherungsträgers zu bestimmen; dabei darf die für ein Jahr zustehende Funktionsgebühr 40 vH des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen.
3. Die Mitglieder der Verwaltungskörper, soweit sie nicht unter Z 2 fallen, haben Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen festzusetzen ist.

§ 76 Abs. 4 ist anzuwenden.

(6) Bedienstete eines Versicherungsträgers und der SV-Holding sowie Personen, die aufgrund einer von ihnen ausgeübten Erwerbstätigkeit mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, ferner Personen, über deren Vermögen ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, sind von der Entsendung in das Amt eines Versicherungsvertreters ausgeschlossen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 204. (1) Den Vorsitz im Vorstand, in den gemeinsamen Sitzungen von Vorstand und Kontrollversammlung sowie in der Generalversammlung hat der vom Vorstand auf dessen Amtsdauer gewählte Obmann zu führen. Der Obmann ist aus der Mitte des Vorstandes zu wählen. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit aller Versicherungsvertreter im Vorstand erforderlich.

(2) bis (6) unverändert.

Geschäftsführung

§ 205a. (1) Die Geschäftsführung besteht aus zwei Geschäftsfüh-

Aufgaben des Vorstandes und Vertretung des Versicherungsträgers

§ 207. (1) unverändert.

(2) und (3) unverändert.

Aufgaben der Kontrollversammlung

§ 209. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Kontrollversammlung ist berechtigt, an den Sitzungen der Generalversammlung und des Vorstandes durch je drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie ist deshalb von jeder Sitzung der Generalversammlung und des Vorstandes ebenso in Kenntnis zu setzen wie deren Mitglieder; in gleicher Weise ist sie auch mit den den Mitgliedern der Generalversammlung oder des Vorstandes etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweisen, Berichten und anderen Behelfen) zu beteiligen.

(4) bis (6) unverändert.

Zustimmung der Kontrollversammlung

§ 210. (1) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Vorstandes zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung:

1. die dauernde Veranlagung von Vermögensbeständen, soweit sie nicht unter Z 2 fallen;
2. die Beschlussfassung über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über die Erwerbung, Belastung oder Veräußerung von Liegenschaften, ferner über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden; das gleiche gilt bei der Schaffung von Einrichtungen, die Zwecken der Verwaltung, der Krankenbehandlung, der Zahnbehandlung, der Anstaltspflege, der Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen,

rern/Geschäftsführerinnen, von denen einem/einer der Vorsitz zukommt. Sie werden vom Vorstand im Wege einer öffentlichen Stellenausschreibung für eine Funktionsperiode von fünf Jahren bestellt, wobei das Stellenbesetzungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/1998, anzuwenden ist. Wiederbestellungen sind zulässig.

(2) Die Geschäftsführung ist an die Weisungen des Vorstandes gebunden; sie hat dem Vorstand und der Kontrollversammlung regelmäßig über die ihr übertragenen Aufgaben zu berichten und alle Aufklärungen zu geben sowie alle Unterlagen vorzulegen, die diese zur Ausübung ihrer Tätigkeiten benötigen.

Aufgaben des Vorstandes und Vertretung des Versicherungsträgers

§ 207. (1) unverändert.

(1a) Dem Vorstand obliegt die Abstimmung des Jahresvoranschlags mit der SV-Holding vor dessen Vorlage an die Generalversammlung (§ 209 Abs. 1).

(2) und (3) unverändert.

Aufgaben der Kontrollversammlung

§ 209. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Kontrollversammlung ist berechtigt, an den Sitzungen der Generalversammlung durch je drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie ist deshalb von jeder Sitzung der Generalversammlung ebenso in Kenntnis zu setzen wie deren Mitglieder; in gleicher Weise ist sie auch mit den den Mitgliedern der Generalversammlung etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweisen, Berichten und anderen Behelfen) zu beteiligen.

(4) bis (6) unverändert.

Zustimmung der Kontrollversammlung

§ 210. (1) Sämtliche Beschlüsse des Vorstandes bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung.

der Rehabilitation, der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, der Krankheitsverhütung oder der Gesundheitsvorsorge dienen sollen, in eigenen oder fremden Gebäuden, sowie für Umbauten von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist; Erhaltungs- oder Instandsetzungsarbeiten oder die Erneuerung des Inventars bedürfen nicht der Zustimmung der Kontrollversammlung, sofern sie nicht mit diesen Vorhaben in einem ursächlichen Zusammenhang stehen;

3. die Beschlussfassung über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 15 Abs. 2;
4. die Beschlussfassung über die Bestellung, Kündigung und Entlassung des leitenden Angestellten und des leitenden Arztes sowie deren ständigen Stellvertreter;
5. die Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten und die Erstellung von Dienstpostenplänen;
6. der Abschluss von Verträgen mit den im Dritten Teil dieses Bundesgesetzes bezeichneten und sonstigen Vertragspartnern, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung des Versicherungsträgers herbeiführen;
7. die Erlassung von Richtlinien gemäß § 44 Abs. 4 über die Verwendung der Mittel des Unterstützungsfonds;
8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, nach § 43 Abs. 2.

(2) Stimmt die Kontrollversammlung in den in Abs. 1 bezeichneten Angelegenheiten dem Beschluss des Vorstandes nicht zu, so hat eine außerordentliche Generalversammlung hierüber zu beschließen und diesen Beschluss der Kontrollversammlung zu seiner Wirksamkeit zur Zustimmung vorzulegen. Die außerordentliche Generalversammlung ist innerhalb einer angemessenen Frist vom Obmann einzuberufen.

(3) Stimmt die Kontrollversammlung auch dem Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung gemäß Abs. 2 nicht zu, so hat sie den Obmann unverzüglich in Kenntnis zu setzen und die Angelegenheit dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Entscheidung vorzulegen. Dieser hat diesen

(2) Stimmt die Kontrollversammlung einem Beschluss des Vorstandes nicht zu, so hat sie schriftlich zu begründen, warum dieser Beschluss gegen Zielvorgaben der SV-Holding oder gegen die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit verstößt. Die Angelegenheit kann einer Schlichtungsstelle (§ 227a Abs. 1a) zur Erstattung einer Empfehlung vorgelegt werden.

(3) Stimmen Vorstand oder Kontrollversammlung auch der Empfehlung der Schlichtungsstelle nicht zu, so hat der Obmann/die Obfrau diese Angelegenheit unverzüglich der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend zur Entscheidung vorzulegen, die das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales

Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung entweder zu bestätigen oder aufzuheben. Ein bestätigter Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung ist zu vollziehen.

Sitzungen

§ 211. (1) und (2) unverändert.

(3) und (4) unverändert.

Mitglieder des Beirates

§ 214. (1) und (2) unverändert.

(3) Versicherungsvertreter, Bedienstete eines Versicherungsträgers und des Hauptverbandes sind von der Bestellung als Beiratsmitglied ausgeschlossen.

(4) unverändert.

Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung

§ 215. (1) und (2) unverändert.

Rechnungsabschluss und Nachweisungen

§ 216. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung, die Erstellung des Jahresvoranschlages sowie des Jahresberich-

und Konsumentenschutz herzustellen hat. Diese Entscheidung ist vom Versicherungsträger zu vollziehen.

Sitzungen

§ 211. (1) und (2) unverändert.

(2a) Vorstand und Kontrollversammlung des Versicherungsträgers tagen in gemeinsamen Sitzungen, wobei die Beschlüsse in diesen Verwaltungskörpern jeweils getrennt zu fassen sind. Die Einberufung zu diesen Sitzungen erfolgt durch den Obmann/die Obfrau, wobei den Versicherungsvertretern und Versicherungsvertreterinnen sämtliche Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) beider Verwaltungskörper zur Verfügung zu stellen sind.

(3) und (4) unverändert.

Mitglieder des Beirates

§ 214. (1) und (2) unverändert.

(3) Versicherungsvertreter, Bedienstete eines Versicherungsträgers und der SV-Holding sind von der Bestellung als Beiratsmitglied ausgeschlossen.

(4) unverändert.

Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung

§ 215. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Jahresvoranschlag ist mit der SV-Holding abzustimmen.

Rechnungsabschluss und Nachweisungen

§ 216. (1) bis (3) unverändert.

(3a) Der Rechnungsabschluss ist vor der Antragstellung auf Genehmigung in der Generalversammlung von einem/einer zugelassenen WirtschaftsprüferIn unter sinngemäßer Anwendung der §§ 268 bis 276 des Unternehmensgesetzbuches zu prüfen. Der/die WirtschaftsprüferIn ist vom Vorstand für jeweils drei Kalenderjahre zu bestellen. Er/sie hat an den Sitzungen der Verwaltungskörper, bei denen der Rechnungsabschluss behandelt wird, teilzunehmen und alle verlangten Auskünfte über das Prüfungsergebnis zu erteilen.

(4) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung, die Erstellung des Jahresvoranschlages sowie des Jahresberich-

tes (Abs. 1) zu erlassen. Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Weisungen für die statistischen Nachweisungen (Abs. 2) zu erlassen.

(5) unverändert.

Genehmigung zu Veränderungen von Vermögensbeständen

§ 219. (1) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über deren Erwerbung, Belastung oder Veräußerung, oder über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden bedürfen – nach Zustimmung des Hauptverbandes gemäß § 31 Abs. 7 Z 1 ASVG – zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Das gleiche gilt für den Umbau von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist.

(1a) Beschlüsse der Verwaltungskörper über den Abschluss von Bestandverträgen bedürfen – nach Zustimmung des Hauptverbandes nach § 31 Abs. 7 Z 1 ASVG – zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

(2) und (3) unverändert.

Aufsichtsbehörde

§ 220. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Vertreter der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen sowie der Vertreter des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz können gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen eine Rechtsvorschrift verstoßen, der Vertreter des Bundesministers für Finanzen gegen Beschlüsse, welche die finanziellen Interessen des Bundes berühren, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben wurde, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen. Diese hat die Entscheidung bei einem Einspruch in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich des Bun-

tes (Abs. 1) zu erlassen. Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Weisungen für die statistischen Nachweisungen (Abs. 2) zu erlassen.

(5) unverändert.

Genehmigung von Großinvestitionen

§ 218b. Beschlüsse der Verwaltungskörper über Investitionen, die eine Million Euro übersteigen und nicht im Jahresvoranschlag vorgesehen sind, bedürfen der Genehmigung durch die SV-Holding.

Genehmigung zu Veränderungen von Vermögensbeständen

§ 219. (1) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über deren Erwerbung, Belastung oder Veräußerung, oder über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Das gleiche gilt für den Umbau von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist.

(1a) Beschlüsse der Verwaltungskörper über den Abschluss von Bestandverträgen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

(2) und (3) unverändert.

Aufsichtsbehörde

§ 220. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Vertreter der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen sowie der Vertreter des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz können gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen eine Rechtsvorschrift oder gegen Ziele nach § 30b ASVG verstoßen, der Vertreter des Bundesministers für Finanzen gegen Beschlüsse, welche die finanziellen Interessen des Bundes berühren, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben wurde, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen. Diese hat die Entscheidung bei einem Einspruch in Angelegenheiten, die

des Ministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen. Bei einem Einspruch des Vertreters des Bundesministers für Finanzen hat die Aufsichtsbehörde die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen sowie in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen.

Aufgaben der Aufsicht

§ 221. (1) Die Aufsichtsbehörde hat die Gebarung des Versicherungsträgers zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Sie kann ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit erstrecken; sie soll sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung des Versicherungsträgers nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörde kann in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(2) und (3) unverändert.

(4) Die Aufsichtsbehörde und der Bundesminister für Finanzen, letzterer zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes, sind berechtigt, den Versicherungsträger amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei sie sich bei Untersuchungen des Versicherungsträgers der Mitwirkung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie geeigneter Sachverständiger bedienen können.

(5) unverändert.

Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper

§ 227a. (1) unverändert.

(2) unverändert.

(3) Die Geschäftsordnung des Vorstandes hat einen Anhang zu enthalten, in dem Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieses Verwaltungskörpers anzufüh-

in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen. Bei einem Einspruch des Vertreters des Bundesministers für Finanzen hat die Aufsichtsbehörde die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen sowie in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen.

Aufgaben der Aufsicht

§ 221. (1) Die Aufsichtsbehörde hat die Gebarung des Versicherungsträgers zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Sie kann ihre Aufsicht auf Fragen der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit erstrecken; sie soll sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung des Versicherungsträgers nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörde kann in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(2) und (3) unverändert.

(4) Die Aufsichtsbehörde und der Bundesminister für Finanzen, letzterer zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes, sind berechtigt, den Versicherungsträger amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei sie sich bei Untersuchungen des Versicherungsträgers der Mitwirkung der SV-Holding sowie geeigneter Sachverständiger bedienen können.

(5) unverändert.

Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper

§ 227a. (1) unverändert.

(1a) Die Geschäftsordnungen des Versicherungsträgers haben überdies die Einrichtung einer Stelle zur Schlichtung von Streitigkeiten nach § 210 Abs. 2 (Schlichtungsstelle) vorzusehen sowie das Verfahren vor der Schlichtungsstelle näher zu regeln. Die Schlichtungsstelle besteht aus je einem Vertreter/einer Vertreterin der entsendeberechtigten Stellen sowie einer von diesen Stellen unabhängigen Person, die den Verfahrensvorsitz führt.

(2) unverändert.

(3) Die Geschäftsordnung des Vorstandes hat einen Anhang zu enthalten, in denen Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieses Verwaltungskörpers anzufüh-

ren sind, mit denen dieser einzelne seiner Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen hat. Dieser Anhang ist in seiner jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zur Kenntnis zu bringen und außerdem im Internet zu verlautbaren.

Führung der Versicherungsunterlagen

§ 228. (1) Der Versicherungsträger hat für jeden Versicherten, für den er Beiträge zur Pensionsversicherung einhebt, die Versicherungsunterlagen, die zur Feststellung der Leistungen der Pensionsversicherung erforderlich sind, genau aufzuzeichnen, diese Aufzeichnungen durch eine im Verordnungsweg zu bestimmende Frist aufzubewahren und auf Verlangen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bekanntzugeben.

(2) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat nach Anhörung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nähere Vorschriften über den Umfang, den Inhalt und die Form der vom Versicherungsträger zu führenden Aufzeichnungen zu erlassen.

Bedienstete

§ 230. (1) Die dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse sind für die Bediensteten des Versicherungsträgers durch privatrechtliche Verträge zu regeln. In begründeten Fällen können im Dienstvertrag von den Dienstordnungen (§ 31 Abs. 3 Z 9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) abweichende Vereinbarungen, ausgenommen solche über die Höhe einer Leitungszulage, getroffen werden. Der Abschluss solcher Vereinbarungen obliegt dem Vorstand; eine Übertragung dieser Obliegenheit ist nicht zulässig. Dienstverträge mit solchen Vereinbarungen sind als Sonderverträge zu bezeichnen und nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen werden und der Hauptverband vor dem Abschluss schriftlich zugestimmt hat. Der Versicherungsträger hat unter Rücksichtnahme auf seine wirtschaftliche Lage die Zahl der Dienstposten auf das unumgängliche Maß einzuschränken und darnach für seinen Bereich einen Dienstpostenplan zu erstellen.

(2) unverändert.

(3) Die Bediensteten des Versicherungsträgers unterstehen dienstlich dem

ren sind, mit denen dieser einzelne seiner Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann/der Obfrau oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten der Geschäftsführung des Versicherungsträgers übertragen hat; in diesem Anhang hat der Vorstand eigenständige Geschäftsbereiche für die GeschäftsführerInnen (§ 205a) festzulegen. Dieser Anhang ist in seiner jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zur Kenntnis zu bringen und außerdem im Internet zu verlautbaren.

Führung der Versicherungsunterlagen

§ 228. (1) Der Versicherungsträger hat für jeden Versicherten, für den er Beiträge zur Pensionsversicherung einhebt, die Versicherungsunterlagen, die zur Feststellung der Leistungen der Pensionsversicherung erforderlich sind, genau aufzuzeichnen, diese Aufzeichnungen durch eine im Verordnungsweg zu bestimmende Frist aufzubewahren und auf Verlangen der SV-Holding bekannt zu geben.

(2) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat nach Anhörung der SV-Holding nähere Vorschriften über den Umfang, den Inhalt und die Form der vom Versicherungsträger zu führenden Aufzeichnungen zu erlassen.

Bedienstete

§ 230. (1) Die dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse sind für die Bediensteten des Versicherungsträgers durch privatrechtliche Verträge zu regeln. In begründeten Fällen können im Dienstvertrag von den Dienstordnungen (§ 31 Abs. 3 Z 9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) abweichende Vereinbarungen, ausgenommen solche über die Höhe einer Leitungszulage, getroffen werden. Der Abschluss solcher Vereinbarungen obliegt dem Vorstand; eine Übertragung dieser Obliegenheit ist nicht zulässig. Dienstverträge mit solchen Vereinbarungen sind als Sonderverträge zu bezeichnen und nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen werden und die SV-Holding vor dem Abschluss schriftlich zugestimmt hat. Der Versicherungsträger hat unter Rücksichtnahme auf seine wirtschaftliche Lage die Zahl der Dienstposten auf das unumgängliche Maß einzuschränken und darnach für seinen Bereich einen Dienstpostenplan zu erstellen.

(2) unverändert.

(3) Die Bediensteten des Versicherungsträgers einschließlich des leitenden

Vorstand. Der Obmann ist berechtigt, nach Maßgabe der dienstrechtlichen Bestimmungen eine einstweilige Enthebung vom Dienste zu verfügen.

(3a) Der (die) leitende Angestellte und der leitende Arzt (die leitende Ärztin) des Versicherungsträgers sowie deren ständige StellvertreterInnen sind im Wege einer öffentlichen Ausschreibung für jeweils fünf Jahre zu bestellen; Wiederbestellungen sind zulässig. Davon abweichende Vereinbarungen sind rechtsunwirksam.

(3b) unverändert.

(4) Der leitende Angestellte und der leitende Arzt des Versicherungsträgers dürfen erst nach vorher eingeholter Zustimmung der Aufsichtsbehörde bestellt und entlassen werden.

(4a) Für den leitenden Angestellten (die leitende Angestellte) und für den leitenden Arzt (die leitende Ärztin) des Versicherungsträgers darf jeweils nur ein ständiger Stellvertreter (eine ständige Stellvertreterin) bestellt werden.

(5) unverändert.

Arztes/der leitenden Ärztin unterstehen dienstlich dem Vorstand. Der Obmann/die Obfrau ist berechtigt, nach Maßgabe der dienstrechtlichen Bestimmungen eine einstweilige Enthebung vom Dienst zu verfügen.

(3a) Der leitende Arzt (die leitende Ärztin) des Versicherungsträgers sowie deren ständige StellvertreterInnen sind im Wege einer öffentlichen Ausschreibung für jeweils fünf Jahre zu bestellen; Wiederbestellungen sind zulässig. Davon abweichende Vereinbarungen sind rechtsunwirksam.

(3b) unverändert.

(4) Die Bestellung und die Entlassung der GeschäftsführerInnen und des leitenden Arztes/der leitenden Ärztin des Versicherungsträgers bedürfen der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend, die das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz einzuholen hat.

(4a) Für den leitenden Arzt/die leitende Ärztin des Versicherungsträgers darf jeweils nur ein ständiger Stellvertreter/eine ständige Stellvertreterin bestellt werden.

(5) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 2 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 (34. Novelle)

§ 321. (1) Die §§ 5 Abs. 4, 16 samt Überschrift, 27c Abs. 4, 43a, 46 Abs. 1 Z 1, 86 Abs. 6 lit. b und c, 89 Abs. 1, 92 Abs. 5 und 6, 99a Abs. 7, 100 Abs. 3 und 4, 160 Abs. 4, 169 Abs. 2 Z 3 und Abs. 5, 183 Abs. 1, 193 Z 2 und 2a, 197 Abs. 5 Z 2 und 3 sowie Abs. 6, 205a samt Überschrift, 207 Abs. 1a, 209 Abs. 3, 210, 211 Abs. 2a, 214 Abs. 3, 215 Abs. 3, 216 Abs. 3a und 4, 218b samt Überschrift, 219 Abs. 1 und 1a, 220 Abs. 3, 221 Abs. 1 und 4, 227a Abs. 1a und 3, 228 Abs. 1 und 2 sowie 230 Abs. 1 und 3 bis 4a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 treten mit 1. Jänner 2009 in Kraft.

(2) Der Versicherungsträger hat die Geschäftsführung nach § 205a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 mit Auslaufen der bestehenden Bestellung des/der leitenden Angestellten zu bestellen; bis zur Bestellung der GeschäftsführerInnen nehmen der/die bisherige leitende Angestellte und seine/ihre StellvertreterIn die Aufgaben der Geschäftsführung wahr.

(3) Die Verwaltungskörper des Versicherungsträgers haben die Mustergeschäftsordnung samt Musteranhängen nach § 456a Abs. 4 ASVG in der Fassung

des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008, die vom Verwaltungsrat der SV-Holding bis längstens 31. Jänner 2009 aufzustellen ist, im Wege der Neubeschlussfassung ihrer Geschäftsordnungen samt Anhängen bis längstens 28. Februar 2009 umzusetzen. Die bisherigen Geschäftsordnungen samt Anhängen treten spätestens mit Ablauf des 31. März 2009 außer Kraft.

Teil 2

Verwendung der Mittel

§ 43. (1) Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat der Versicherungsträger ein Mal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) unverändert.

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) und (2) unverändert.

(3) Sachleistungen sind Leistungen, die vom Versicherungsträger durch einen Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der vertragsmäßigen Kosten oder durch eine eigene Einrichtung erbracht werden. Der Versicherungsträger kann in seiner Satzung bestimmen, daß für Versicherte anstelle der Sachleistungen bare Leistungen gewährt werden, wenn

1. unverändert.
2. ihre Pension nach diesem Bundesgesetz oder die Summe aus Pension und dem in Z 1 bezeichneten Betrag den in der Satzung festzusetzenden Betrag erreicht oder übersteigt

Die Höhe der baren Leistungen darf 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht überschreiten. Durch die Feststellung der Beitragsgrundlage gemäß § 25 bleibt der Anspruch auf Sach- bzw. Geldleistungen unberührt.

Verwendung der Mittel

§ 43. (1) Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat der Versicherungsträger regelmäßig, mindestens jedoch einmal jährlich die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) unverändert.

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) und (2) unverändert.

(3) Sachleistungen sind Leistungen, die vom Versicherungsträger durch einen Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der vertragsmäßigen Kosten oder durch eine eigene Einrichtung erbracht werden. Der Versicherungsträger kann in seiner Satzung bestimmen, daß für Versicherte anstelle der Sachleistungen bare Leistungen gewährt werden, wenn

1. unverändert.
2. sie in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz weiterversichert sind oder
3. ihre Pension nach diesem Bundesgesetz oder die Summe aus Pension und dem in Z 1 bezeichneten Betrag den in der Satzung festzusetzenden Betrag erreicht oder übersteigt

Die Höhe der baren Leistungen darf 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht überschreiten. Durch die Feststellung der Beitragsgrundlage gemäß § 25 bleibt der Anspruch auf Sach- bzw. Geldleistungen unberührt.

(4) bis (5) unverändert.

Heilmittel

§ 92. (1) Heilmittel werden gegen ärztliche Verordnung ohne zeitliche Begrenzung als Pflichtleistung unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 3 gewährt.

(2) bis (6) unverändert.

ABSCHNITT IV

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 193. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. unverändert.
2. die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und Gruppenpraxen durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der für den Versicherungsträger durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der Österreichischen Ärztekammer abzuschließen ist und der Zustimmung des Versicherungsträgers bedarf;

2a. bis 6. unverändert.

(4) bis (5) unverändert.

Heilmittel

§ 92. (1) Heilmittel werden gegen ärztliche Verordnung ohne zeitliche Begrenzung als Pflichtleistung unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 3 gewährt. Für Arzneispezialitäten, die nach § 350 Abs. 1a Z 1 oder Z 2 ASVG verordnet werden, übernimmt der Träger die Kosten höchstens bis zum jeweiligen Referenzpreis.

(2) bis (6) unverändert.

ABSCHNITT IV

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 193. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. unverändert.
2. die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und Gruppenpraxen durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der durch die SV-Holding oder durch den zuständigen Versicherungsträger mit der Österreichischen Ärztekammer abzuschließen ist und der Zustimmung des Versicherungsträgers bedarf;

2a. bis 6. unverändert.

Schlussbestimmung zu Art. 2 Teil 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008

§ 322. Es treten in Kraft:

1. mit 1. August 2008 §§ 43 Abs. 1 sowie 85 Abs. 3 Z 2 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
2. mit 1. Jänner 2009 § 193 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
3. mit 1. Juli 2011 § 92 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008.

Artikel 3 Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Teil 1

Zugehörigkeit zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 14. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern gehört dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an.

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 24b. (1) bis (3) unverändert.

(4) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband hierzu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 16a ASVG) von der Einhebung des Zusatzbeitrages nach Abs. 1 abzusehen oder diesen herabzusetzen. Eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit liegt jedenfalls dann vor, wenn das Nettoeinkommen im Sinne des § 140 des (der) Versicherten den Richtsatz nach § 141 Abs. 1 lit. a aa nicht übersteigt.

Informations- und Aufklärungspflicht

§ 41a. Der Versicherungsträger und das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen sowie das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen haben die Versicherten (LeistungsbezieherInnen) über ihre Rechte und Pflichten nach diesem Bundesgesetz zu informieren und aufzuklären. Der Versicherungsträger hat Informationen und Aufklärungen im Sinne des ersten Satzes mit jenen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen abzustimmen; Informationen (Aufklärungen) gelten als abgestimmt, wenn sich das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen bzw. das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen binnen 48 Stunden nach Zustellung nicht dazu äußert; § 108 BAO gilt entsprechend. Der Versicherungsträger ist verpflichtet, in seinen Informations- und Aufklärungsschriften auch fachbezogene Informationen und Aufklärungen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen zu veröffentlichen.

Zugehörigkeit zur SV-Holding

§ 14. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern gehört der SV-Holding an.

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 24b. (1) bis (3) unverändert.

(4) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten nach Maßgabe der von der SV-Holding hierzu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 11 ASVG) von der Einhebung des Zusatzbeitrages nach Abs. 1 abzusehen oder diesen herabzusetzen. Eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit liegt jedenfalls dann vor, wenn das Nettoeinkommen im Sinne des § 140 des (der) Versicherten den Richtsatz nach § 141 Abs. 1 lit. a aa nicht übersteigt.

Informations- und Aufklärungspflicht

§ 41a. Der Versicherungsträger und das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen sowie das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen haben die Versicherten (LeistungsbezieherInnen) über ihre Rechte und Pflichten nach diesem Bundesgesetz zu informieren und aufzuklären.

Sachliche Abgabefreiheit

§ 44. (1) Von der Entrichtung der bundesrechtlich geregelten öffentlichen Abgaben und der Bundesverwaltungsabgaben sind - unbeschadet des § 6 des Umsatzsteuergesetzes 1994 - befreit:

1. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden, sonstige Schriften sowie die im Verfahren vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechts und Verwaltungsbehörden durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie die Übertragung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften betreffen, die zwischen dem Versicherungsträger und anderen Trägern der Sozialversicherung (dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) vorgenommen wird, auch wenn diese Gegenstände nicht ganz oder überwiegend der Erfüllung der Aufgaben der Versicherungsträger dienen;
 2. bis 4. unverändert
- (2) bis (4) unverändert.

Vorsorge(Gesunden)untersuchungen

§ 82. (1) Die Versicherten und ihre Angehörigen (§ 78) haben Anspruch auf jährlich eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung. Sie ist vom Versicherungsträger nach Maßgabe der gemäß § 132 b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger durchzuführen.

(2) unverändert.

Heilmittel

§ 86. (1) bis (4) unverändert.

(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hiezu erlassenen Richtlinien von der Einhebung der Rezeptgebühr dann abzusehen, wenn durch die Satzung gemäß Abs. 3 nichts anderes bestimmt wird.

(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.

Sachliche Abgabefreiheit

§ 44. (1) Von der Entrichtung der bundesrechtlich geregelten öffentlichen Abgaben und der Bundesverwaltungsabgaben sind - unbeschadet des § 6 des Umsatzsteuergesetzes 1994 - befreit:

1. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden, sonstige Schriften sowie die im Verfahren vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechts und Verwaltungsbehörden durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie die Übertragung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften betreffen, die zwischen dem Versicherungsträger und anderen Trägern der Sozialversicherung (der SV-Holding) vorgenommen wird, auch wenn diese Gegenstände nicht ganz oder überwiegend der Erfüllung der Aufgaben der Versicherungsträger dienen;
 2. bis 4. unverändert
- (2) bis (4) unverändert.

Vorsorge(Gesunden)untersuchungen

§ 82. (1) Die Versicherten und ihre Angehörigen (§ 78) haben Anspruch auf jährlich eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung. Sie ist vom Versicherungsträger nach Maßgabe der gemäß § 132 b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien der SV-Holding durchzuführen.

(2) unverändert.

Heilmittel

§ 86. (1) bis (4) unverändert.

(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien von der Einhebung der Rezeptgebühr dann abzusehen, wenn durch die Satzung gemäß Abs. 3 nichts anderes bestimmt wird.

(6) Der Versicherungsträger hat von der Einhebung der Rezeptgebühr auch bei Erreichen der in den Richtlinien der SV-Holding nach § 30f Abs. 1 Z 10 ASVG vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 96a. (1) bis (6) unverändert.

(7) Werden Versicherte (Pensionisten, Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 47 der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten (Angehörigen) für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 100. (1) und (2) unverändert.

(3) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 3 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschussgewährung durch den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu entrichten.

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 96a. (1) bis (6) unverändert.

(7) Werden Versicherte (Pensionisten, Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 47 der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 21 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten (Angehörigen) für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 100. (1) und (2) unverändert.

(3) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 3 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschussgewährung durch den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 21 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu entrichten.

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 22 ASVG) durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

Medizinische Maßnahmen

§ 152. (1) bis (3) unverändert.

(4) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Versicherungsträgers als Pensionsversicherungsträger in einer der in Abs. 1 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers

§ 161. (1) unverändert.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage

1. und 2 unverändert.

3. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes);

4. und 5. unverändert.

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) und (4) unverändert.

(5) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Versicherungsträgers als Pensionsversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 4 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschussgewährung durch den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Ein-

Medizinische Maßnahmen

§ 152. (1) bis (3) unverändert.

(4) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Versicherungsträgers als Pensionsversicherungsträger in einer der in Abs. 1 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 21 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers

§ 161. (1) unverändert.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage

1. und 2 unverändert.

3. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 22 ASVG);

4. und 5. unverändert.

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) und (4) unverändert.

(5) Werden Versicherte (Pensionisten) für Rechnung des Versicherungsträgers als Pensionsversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 4 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschussgewährung durch den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Ein-

zelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der vom Hauptverband hierzu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger zu entrichten.

Verwaltungshilfe

§ 171. (1) Der Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz und die übrigen Träger der Sozialversicherung (der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) sind verpflichtet, bei Erfüllung ihrer (seiner) Aufgaben einander zu unterstützen; sie haben insbesondere Ersuchen, die zu diesem Zweck an sie ergehen, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen und auch unaufgefordert anderen Versicherungsträgern alle Mitteilungen zukommen zu lassen, die für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind, sowie Anträge und Meldungen fristwahrend weiterzuleiten. Die Verpflichtung zur gegenseitigen Hilfe bezieht sich auch auf die Übermittlung von Daten im Sinne des § 4 des Datenschutzgesetzes 2000 im automationsunterstützten Datenverkehr zwischen den Versicherungsträgern, die zur Durchführung des Melde- und Beitragsverfahrens, zur Erbringung von Leistungen sowie zur Durchsetzung von Ersatzansprüchen notwendig sind.

(2) unverändert.

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 181. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, dass

1. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und zu den Gruppenpraxen ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens einer Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der örtlich zuständigen Ärztekammer jeweils abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;
- 1a. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen

zelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der von der SV-Holding hierzu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 21 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger zu entrichten.

Verwaltungshilfe

§ 171. (1) Der Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz und die übrigen Träger der Sozialversicherung (die SV-Holding) sind verpflichtet, bei Erfüllung ihrer (seiner) Aufgaben einander zu unterstützen; sie haben insbesondere Ersuchen, die zu diesem Zweck an sie ergehen, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen und auch unaufgefordert anderen Versicherungsträgern alle Mitteilungen zukommen zu lassen, die für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind, sowie Anträge und Meldungen fristwahrend weiterzuleiten. Die Verpflichtung zur gegenseitigen Hilfe bezieht sich auch auf die Übermittlung von Daten im Sinne des § 4 des Datenschutzgesetzes 2000 im automationsunterstützten Datenverkehr zwischen den Versicherungsträgern, die zur Durchführung des Melde- und Beitragsverfahrens, zur Erbringung von Leistungen sowie zur Durchsetzung von Ersatzansprüchen notwendig sind.

(2) unverändert.

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 181. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, dass

1. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und zu den Gruppenpraxen ein zwischen der SV-Holding namens einer Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der örtlich zuständigen Ärztekammer jeweils abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;
- 1a. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen

Zahnärzten/Zahnärztinnen und zu den Gruppenpraxen die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens der Gebietskrankenkassen (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der Österreichischen Zahnärztekammer geltenden Gesamtverträge bindend sind und der Versicherungsträger kraft Gesetzes jeweils Vertragspartei ist;

2. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Dentisten ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens der Gebietskrankenkassen (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der Österreichischen Dentistenkammer abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;
3. bis 6. unverändert.

Versicherungsvertreter

§ 185. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Tätigkeit als Mitglied eines Verwaltungskörpers erfolgt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung und begründet kein Dienstverhältnis zum Versicherungsträger. Hiefür gebühren Entschädigungen nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten nach Maßgabe von Richtlinien gemäß § 31 Abs. 5 Z 31 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes.
2. Der Obmann und die Obmann-Stellvertreter, der Vorsitzende und der Vorsitzenden-Stellvertreter der Kontrollversammlung sowie die Vorsitzenden der regionalen Leistungsausschüsse haben Anspruch auf Funktionsgebühren. Das Nähere hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch Verordnung unter Bedachtnahme auf den örtlichen Wirkungsbereich und die Zahl der Versicherten des Versicherungsträgers zu bestimmen; dabei darf die für ein Jahr zustehende Funktionsgebühr 40 vH des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen.
3. Die Mitglieder der Verwaltungskörper, soweit sie nicht unter Z 2 fallen, haben Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen festzusetzen ist.

§ 72 Abs. 4 ist anzuwenden.

Zahnärzten/Zahnärztinnen und zu den Gruppenpraxen die zwischen der SV-Holding namens der Gebietskrankenkassen (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der Österreichischen Zahnärztekammer geltenden Gesamtverträge bindend sind und der Versicherungsträger kraft Gesetzes jeweils Vertragspartei ist;

2. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Dentisten ein zwischen der SV-Holding namens der Gebietskrankenkassen (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der Österreichischen Dentistenkammer abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;

3. bis 6. unverändert.

Versicherungsvertreter

§ 185. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Tätigkeit als Mitglied eines Verwaltungskörpers erfolgt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung und begründet kein Dienstverhältnis zum Versicherungsträger. Hiefür gebühren Entschädigungen nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten nach Maßgabe von Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 25 ASVG.
2. Der Obmann und die Obmann-Stellvertreter, der Vorsitzende und der Vorsitzenden-Stellvertreter der Kontrollversammlung sowie die Vorsitzenden der regionalen Leistungsausschüsse haben Anspruch auf Funktionsgebühren. Das Nähere hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch Verordnung unter Bedachtnahme auf den örtlichen Wirkungsbereich und die Zahl der Versicherten des Versicherungsträgers zu bestimmen; dabei darf die für ein Jahr zustehende Funktionsgebühr 40 vH des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen.
3. Die Mitglieder der Verwaltungskörper, soweit sie nicht unter Z 2 fallen, haben Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen festzusetzen ist.

§ 72 Abs. 4 ist anzuwenden.

(6) Bedienstete eines Versicherungsträgers und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie Personen, die aufgrund einer von ihnen ausgeübten Erwerbstätigkeit mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, ferner Personen, über deren Vermögen ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, sind von der Entsendung in das Amt eines Versicherungsvertreters ausgeschlossen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 192. (1) Den Vorsitz im Vorstand und in der Generalversammlung hat der vom Vorstand auf dessen Amtsdauer gewählte Obmann zu führen. Der Obmann ist aus der Mitte des Vorstandes zu wählen. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit aller Versicherungsvertreter im Vorstand erforderlich.

Aufgaben des Vorstandes und Vertretung des Versicherungsträgers

§ 195. (1) unverändert.

(2) und (3) unverändert.

Aufgaben der Kontrollversammlung

§ 197. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Kontrollversammlung ist berechtigt, an den Sitzungen der Generalversammlung und des Vorstandes durch je drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie ist deshalb von jeder Sitzung der Generalversammlung und des Vorstandes ebenso in Kenntnis zu setzen wie deren Mitglieder; in gleicher Weise

(6) Bedienstete eines Versicherungsträgers und der SV-Holding sowie Personen, die aufgrund einer von ihnen ausgeübten Erwerbstätigkeit mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, ferner Personen, über deren Vermögen ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, sind von der Entsendung in das Amt eines Versicherungsvertreters ausgeschlossen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 192. (1) Den Vorsitz im Vorstand, in den gemeinsamen Sitzungen von Vorstand und Kontrollversammlung sowie in der Generalversammlung hat der vom Vorstand auf dessen Amtsdauer gewählte Obmann zu führen. Der Obmann ist aus der Mitte des Vorstandes zu wählen. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit aller Versicherungsvertreter im Vorstand erforderlich.

Geschäftsführung

§ 193a. (1) Die Geschäftsführung besteht aus zwei Geschäftsführern/Geschäftsführerinnen, von denen einem/einer der Vorsitz zukommt. Sie werden vom Vorstand im Wege einer öffentlichen Stellenausschreibung für eine Funktionsperiode von fünf Jahren bestellt, wobei das Stellenbesetzungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/1998, anzuwenden ist. Wiederbestellungen sind zulässig.

(2) Die Geschäftsführung ist an die Weisungen des Vorstandes gebunden; sie hat dem Vorstand und der Kontrollversammlung regelmäßig über die ihr übertragenen Aufgaben zu berichten und alle Aufklärungen zu geben sowie alle Unterlagen vorzulegen, die diese zur Ausübung ihrer Tätigkeiten benötigen.

Aufgaben des Vorstandes und Vertretung des Versicherungsträgers

§ 195. (1) unverändert.

(1a) Dem Vorstand obliegt die Abstimmung des Jahresvoranschlages mit der SV-Holding vor dessen Vorlage an die Generalversammlung (§ 197 Abs. 1).

(2) und (3) unverändert.

Aufgaben der Kontrollversammlung

§ 197. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Kontrollversammlung ist berechtigt, an den Sitzungen der Generalversammlung durch je drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie ist deshalb von jeder Sitzung der Generalversammlung ebenso in Kenntnis zu setzen wie deren Mitglieder; in gleicher Weise ist sie auch mit den den Mitgliedern der

ist sie auch mit den den Mitgliedern der Generalversammlung oder des Vorstandes etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweisen, Berichten und anderen Behelfen) zu beteiligen.

Zustimmung der Kontrollversammlung

§ 198. (1) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Vorstandes zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung:

1. die dauernde Veranlagung von Vermögensbeständen, soweit sie nicht unter Z 2 fallen;
2. die Beschlussfassung über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über die Erwerbung, Belastung oder Veräußerung von Liegenschaften, ferner über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden; das gleiche gilt bei der Schaffung von Einrichtungen, die Zwecken der Verwaltung, der Krankenbehandlung, der Zahnbehandlung, der Anstaltspflege, der Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen, der Unfallheilbehandlung, der Rehabilitation, der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, der Krankheitsverhütung oder der Gesundheitsvorsorge dienen sollen, in eigenen oder fremden Gebäuden, sowie für Umbauten von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist; Erhaltungs- oder Instandsetzungsarbeiten oder die Erneuerung des Inventars bedürfen nicht der Zustimmung der Kontrollversammlung, sofern sie nicht mit diesen Vorhaben in einem ursächlichen Zusammenhang stehen;
3. die Beschlussfassung über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 13 Abs. 2;
4. die Beschlussfassung über die Bestellung, Kündigung und Entlassung des leitenden Angestellten und des leitenden Arztes sowie deren ständigen Stellvertreter;
5. die Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten und die Erstellung von Dienstpostenplänen;
6. der Abschluss von Verträgen mit den im Dritten Teil dieses Bundesgesetzes bezeichneten und sonstigen Vertragspartnern, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung des Versicherungsträgers herbeiführen;
7. die Erlassung von Richtlinien gemäß § 42 Abs. 4 über die Verwendung der Mittel des Unterstützungsfonds;
8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Betei-

Generalversammlung etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweisen, Berichten und anderen Behelfen) zu beteiligen.

Zustimmung der Kontrollversammlung

§ 198. (1) Sämtliche Beschlüsse des Vorstandes bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung.

ligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, nach § 41 Abs. 2.

(2) Stimmt die Kontrollversammlung in den in Abs. 1 bezeichneten Angelegenheiten dem Beschluss des Vorstandes nicht zu, so hat eine außerordentliche Generalversammlung hierüber zu beschließen und diesen Beschluss der Kontrollversammlung zu seiner Wirksamkeit zur Zustimmung vorzulegen. Die außerordentliche Generalversammlung ist innerhalb einer angemessenen Frist vom Obmann einzuberufen.

(3) Stimmt die Kontrollversammlung auch dem Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung gemäß Abs. 2 nicht zu, so hat sie den Obmann unverzüglich in Kenntnis zu setzen und die Angelegenheit dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Entscheidung vorzulegen. Dieser hat diesen Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung entweder zu bestätigen oder aufzuheben. Ein bestätigter Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung ist zu vollziehen.

Sitzungen

§ 199. (1) und (2) unverändert.

(3) und (4) unverändert.

Mitglieder des Beirates

§ 202. (1) und (2) unverändert.

(3) Versicherungsvertreter, Bedienstete eines Versicherungsträgers und des Hauptverbandes sind von der Bestellung als Beiratsmitglied ausgeschlossen.

(4) unverändert.

Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung

§ 203. (1) und (2) unverändert.

(2) Stimmt die Kontrollversammlung einem Beschluss des Vorstandes nicht zu, so hat sie schriftlich zu begründen, warum dieser Beschluss gegen Zielvorgaben der SV-Holding oder gegen die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit verstößt. Die Angelegenheit kann einer Schlichtungsstelle (§ 215a Abs. 1a) zur Erstattung einer Empfehlung vorgelegt werden.

(3) Stimmen Vorstand oder Kontrollversammlung auch der Empfehlung der Schlichtungsstelle nicht zu, so hat der Obmann/die Obfrau diese Angelegenheit unverzüglich der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend zur Entscheidung vorzulegen, die das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz herzustellen hat. Diese Entscheidung ist vom Versicherungsträger zu vollziehen.

Sitzungen

§ 199. (1) und (2) unverändert.

(2a) Vorstand und Kontrollversammlung des Versicherungsträgers tagen in gemeinsamen Sitzungen, wobei die Beschlüsse in diesen Verwaltungskörpern jeweils getrennt zu fassen sind. Die Einberufung zu diesen Sitzungen erfolgt durch den Obmann/die Obfrau, wobei den Versicherungsvertretern und Versicherungsvertreterinnen sämtliche Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) beider Verwaltungskörper zur Verfügung zu stellen sind.

(3) und (4) unverändert.

Mitglieder des Beirates

§ 202. (1) und (2) unverändert.

(3) Versicherungsvertreter, Bedienstete eines Versicherungsträgers und der SV-Holding sind von der Bestellung als Beiratsmitglied ausgeschlossen.

(4) unverändert.

Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung

§ 203. (1) und (2) unverändert.

Rechnungsabschluss und Nachweisungen

§ 204. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung, die Erstellung des Jahresvoranschlages sowie des Jahresberichtes (Abs. 1) zu erlassen. Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Weisungen für die statistischen Nachweisungen (Abs. 2) zu erlassen.

(5) und (6) unverändert.

Genehmigung zu Veränderungen von Vermögensbeständen

§ 207. (1) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über deren Erwerbung, Belastung oder Veräußerung, oder über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden bedürfen – nach Zustimmung des Hauptverbandes gemäß § 31 Abs. 7 Z 1 ASVG – zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Das gleiche gilt für den Umbau von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist.

(1a) Beschlüsse der Verwaltungskörper über den Abschluss von Bestandverträgen bedürfen – nach Zustimmung des Hauptverbandes nach § 31 Abs. 7 Z 1

(3) Der Jahresvoranschlag ist mit der SV-Holding abzustimmen.

Rechnungsabschluss und Nachweisungen

§ 204. (1) bis (3) unverändert.

(3a) Der Rechnungsabschluss ist vor der Antragstellung auf Genehmigung in der Generalversammlung von einem/einer zugelassenen WirtschaftsprüferIn unter sinngemäßer Anwendung der §§ 268 bis 276 des Unternehmensgesetzbuches zu prüfen. Der/die WirtschaftsprüferIn ist vom Vorstand für jeweils drei Kalenderjahre zu bestellen. Er/sie hat an den Sitzungen der Verwaltungskörper, bei denen der Rechnungsabschluss behandelt wird, teilzunehmen und alle verlangten Auskünfte über das Prüfungsergebnis zu erteilen.

(4) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung, die Erstellung des Jahresvoranschlages sowie des Jahresberichtes (Abs. 1) zu erlassen. Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Weisungen für die statistischen Nachweisungen (Abs. 2) zu erlassen.

(5) und (6) unverändert.

Genehmigung von Großinvestitionen

§ 206b. Beschlüsse der Verwaltungskörper über Investitionen, die eine Million Euro übersteigen und nicht im Jahresvoranschlag vorgesehen sind, bedürfen der Genehmigung durch die SV-Holding.

Genehmigung zu Veränderungen von Vermögensbeständen

§ 207. (1) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über deren Erwerbung, Belastung oder Veräußerung, oder über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Das gleiche gilt für den Umbau von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist.

(1a) Beschlüsse der Verwaltungskörper über den Abschluss von Bestandverträgen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministe-

ASVG – zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

(2) und (3) unverändert.

Aufsichtsbehörde

§ 208. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Vertreter der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen sowie der Vertreter des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz können gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen eine Rechtsvorschrift verstoßen, der Vertreter des Bundesministers für Finanzen gegen Beschlüsse, welche die finanziellen Interessen des Bundes berühren, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben wurde, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen. Diese hat die Entscheidung bei einem Einspruch in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen. Bei einem Einspruch des Vertreters des Bundesministers für Finanzen hat die Aufsichtsbehörde die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen sowie in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen.

Aufgaben der Aufsicht

§ 209. (1) Die Aufsichtsbehörde hat die Gebarung des Versicherungsträgers zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Sie kann ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit erstrecken; sie soll sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung des Versicherungsträgers nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörde kann in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(2) und (3) unverändert.

(4) Die Aufsichtsbehörde und der Bundesminister für Finanzen, letzterer zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes, sind berechtigt, den Versicherungsträger amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei sie sich bei Untersu-

rin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

(2) und (3) unverändert.

Aufsichtsbehörde

§ 208. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Vertreter der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen sowie der Vertreter des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz können gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen eine Rechtsvorschrift oder gegen Ziele nach § 30b ASVG verstoßen, der Vertreter des Bundesministers für Finanzen gegen Beschlüsse, welche die finanziellen Interessen des Bundes berühren, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben wurde, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen. Diese hat die Entscheidung bei einem Einspruch in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen. Bei einem Einspruch des Vertreters des Bundesministers für Finanzen hat die Aufsichtsbehörde die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen sowie in Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen.

Aufgaben der Aufsicht

§ 209. (1) Die Aufsichtsbehörde hat die Gebarung des Versicherungsträgers zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Sie kann ihre Aufsicht auf Fragen der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit erstrecken; sie soll sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung des Versicherungsträgers nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörde kann in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(2) und (3) unverändert.

(4) Die Aufsichtsbehörde und der Bundesminister für Finanzen, letzterer zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes, sind berechtigt, den Versicherungsträger amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei sie sich bei Untersu-

chungen des Versicherungsträgers der Mitwirkung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie geeigneter Sachverständiger bedienen können.;

(5) unverändert.

Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper

§ 215a. (1) unverändert.

(2) unverändert.

(3) Die Geschäftsordnung des Vorstandes hat einen Anhang zu enthalten, in dem Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieses Verwaltungskörpers anzuführen sind, mit denen dieser einzelne seiner Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen hat. Dieser Anhang ist in seiner jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zur Kenntnis zu bringen und außerdem im Internet zu verlautbaren.

Führung der Versicherungsunterlagen

§ 216. (1) Der Versicherungsträger hat für jeden Versicherten, für den er Beiträge zur Pensionsversicherung einhebt, die Versicherungsunterlagen, die zur Feststellung der Leistungen der Pensionsversicherung erforderlich sind, genau aufzuzeichnen, diese Aufzeichnungen durch eine im Verordnungsweg zu bestimmende Frist aufzubewahren und auf Verlangen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bekanntzugeben.

(2) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat nach Anhörung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nähere Vorschriften über den Umfang, den Inhalt und die Form der vom Versicherungsträger zu führenden Aufzeichnungen zu erlassen.

chungen des Versicherungsträgers der Mitwirkung der SV-Holding sowie geeigneter Sachverständiger bedienen können.;

(5) unverändert.

Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper

§ 215a. (1) unverändert.

(1a) Die Geschäftsordnungen des Versicherungsträgers haben überdies die Einrichtung einer Stelle zur Schlichtung von Streitigkeiten nach § 198 Abs. 2 (Schlichtungsstelle) vorzusehen sowie das Verfahren vor der Schlichtungsstelle näher zu regeln. Die Schlichtungsstelle besteht aus je einem Vertreter/einer Vertreterin der entsendeberechtigten Stellen sowie einer von diesen Stellen unabhängigen Person, die den Verfahrensvorsitz führt.

(2) unverändert.

(3) Die Geschäftsordnung des Vorstandes hat einen Anhang zu enthalten, in dem Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieses Verwaltungskörpers anzuführen sind, mit denen dieser einzelne seiner Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann/der Obfrau oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten der Geschäftsführung des Versicherungsträgers übertragen hat; in diesem Anhang hat der Vorstand eigenständige Geschäftsbereiche für die GeschäftsführerInnen (§ 193a) festzulegen. Dieser Anhang ist in seiner jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zur Kenntnis zu bringen und außerdem im Internet zu verlautbaren.

Führung der Versicherungsunterlagen

§ 216. (1) Der Versicherungsträger hat für jeden Versicherten, für den er Beiträge zur Pensionsversicherung einhebt, die Versicherungsunterlagen, die zur Feststellung der Leistungen der Pensionsversicherung erforderlich sind, genau aufzuzeichnen, diese Aufzeichnungen durch eine im Verordnungsweg zu bestimmende Frist aufzubewahren und auf Verlangen der SV-Holding bekannt zu geben.

(2) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat nach Anhörung der SV-Holding nähere Vorschriften über den Umfang, den Inhalt und die Form der vom Versicherungsträger zu führenden Aufzeichnungen zu erlassen.

Bedienstete

§ 218. (1) Die dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse sind für die Bediensteten des Versicherungsträgers durch privatrechtliche Verträge zu regeln. In begründeten Fällen können im Dienstvertrag von den Dienstordnungen (§ 31 Abs. 3 Z 9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) abweichende Vereinbarungen, ausgenommen solche über die Höhe einer Leitungszulage, getroffen werden. Der Abschluss solcher Vereinbarungen obliegt dem Vorstand; eine Übertragung dieser Obliegenheit ist nicht zulässig. Dienstverträge mit solchen Vereinbarungen sind als Sonderverträge zu bezeichnen und nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen werden und der Hauptverband vor dem Abschluss schriftlich zugestimmt hat. Der Versicherungsträger hat unter Rücksichtnahme auf seine wirtschaftliche Lage die Zahl der Dienstposten auf das unumgängliche Maß einzuschränken und darnach für seinen Bereich einen Dienstpostenplan zu erstellen.

(2) unverändert.

(3) Die Bediensteten des Versicherungsträgers unterstehen dienstlich dem Vorstand. Der Obmann ist berechtigt, nach Maßgabe der dienstrechtlichen Bestimmungen eine einstweilige Enthebung vom Dienste zu verfügen.

(3a) Der (die) leitende Angestellte und der leitende Arzt (die leitende Ärztin) des Versicherungsträgers sowie deren ständige StellvertreterInnen sind im Wege einer öffentlichen Ausschreibung für jeweils fünf Jahre zu bestellen; Wiederbestellungen sind zulässig. Davon abweichende Vereinbarungen sind rechtsunwirksam.

(3b) unverändert.

(4) Der leitende Angestellte und der leitende Arzt des Versicherungsträgers dürfen erst nach vorher eingeholter Zustimmung der Aufsichtsbehörde bestellt und entlassen werden.

(4a) Für den leitenden Angestellten (die leitende Angestellte) und für den leitenden Arzt (die leitende Ärztin) des Versicherungsträgers darf jeweils nur ein ständiger Stellvertreter (eine ständige Stellvertreterin) bestellt werden.

(5) unverändert.

Bedienstete

§ 218. (1) Die dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse sind für die Bediensteten des Versicherungsträgers durch privatrechtliche Verträge zu regeln. In begründeten Fällen können im Dienstvertrag von den Dienstordnungen (§ 31 Abs. 3 Z 9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) abweichende Vereinbarungen, ausgenommen solche über die Höhe einer Leitungszulage, getroffen werden. Der Abschluss solcher Vereinbarungen obliegt dem Vorstand; eine Übertragung dieser Obliegenheit ist nicht zulässig. Dienstverträge mit solchen Vereinbarungen sind als Sonderverträge zu bezeichnen und nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen werden und die SV-Holding vor dem Abschluss schriftlich zugestimmt hat. Der Versicherungsträger hat unter Rücksichtnahme auf seine wirtschaftliche Lage die Zahl der Dienstposten auf das unumgängliche Maß einzuschränken und darnach für seinen Bereich einen Dienstpostenplan zu erstellen.

(2) unverändert.

(3) Die Bediensteten des Versicherungsträgers einschließlich des leitenden Arztes/der leitenden Ärztin unterstehen dienstlich dem Vorstand. Der Obmann/die Obfrau ist berechtigt, nach Maßgabe der dienstrechtlichen Bestimmungen eine einstweilige Enthebung vom Dienst zu verfügen.

(3a) Der leitende Arzt (die leitende Ärztin) des Versicherungsträgers sowie deren ständige StellvertreterInnen sind im Wege einer öffentlichen Ausschreibung für jeweils fünf Jahre zu bestellen; Wiederbestellungen sind zulässig. Davon abweichende Vereinbarungen sind rechtsunwirksam.

(3b) unverändert.

(4) Die Bestellung und die Entlassung der GeschäftsführerInnen und des leitenden Arztes/der leitenden Ärztin des Versicherungsträgers bedürfen der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend, die das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz einzuholen hat.

(4a) Für den leitenden Arzt/die leitende Ärztin des Versicherungsträgers darf jeweils nur ein ständiger Stellvertreter/eine ständige Stellvertreterin bestellt werden.

(5) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 3 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. xx/2008 (34. Novelle)**

§ 311. (1) Die §§ 14 samt Überschrift, 24b Abs. 4, 41a, 44 Abs. 1 Z 1, 82 Abs. 1, 86 Abs. 5 und 6, 96a Abs. 7, 100 Abs. 3 und 4, 152 Abs. 4, 161 Abs. 2 Z 3 und Abs. 5, 171 Abs. 1, 181 Z 1, 1a und 2, 185 Abs. 5 Z 2 und 3 sowie Abs. 6, 192 Abs. 1, 193a samt Überschrift, 195 Abs. 1a, 197 Abs. 3, 198, 199 Abs. 2a, 202 Abs. 3, 203 Abs. 3, 204 Abs. 3a und 4, 206b samt Überschrift, 207 Abs. 1 und 1a, 208 Abs. 3, 209 Abs. 1 und 4, 215a Abs. 1a und 3, 216 Abs. 1 und 2 sowie 218 Abs. 1 und 3 bis 4a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 treten mit 1. Jänner 2009 in Kraft.

(2) Der Versicherungsträger hat die Geschäftsführung nach § 193a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 mit Auslaufen der bestehenden Bestellung des/der leitenden Angestellten zu bestellen; bis zur Bestellung der GeschäftsführerInnen nehmen der/die bisherige leitende Angestellte und seine/ihre StellvertreterIn die Aufgaben der Geschäftsführung wahr.

(3) Die Verwaltungskörper des Versicherungsträgers haben die Mustergerichtsordnung samt Musteranhängen nach § 456a Abs. 4 ASVG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008, die vom Verwaltungsrat der SV-Holding bis längstens 31. Jänner 2009 aufzustellen ist, im Wege der Neubeschlussfassung ihrer Geschäftsordnungen samt Anhängen bis längstens 28. Februar 2009 umzusetzen. Die bisherigen Geschäftsordnungen samt Anhängen treten spätestens mit Ablauf des 31. März 2009 außer Kraft.

Teil 2

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 24b. (1) und (2) unverändert.

(3) Kein Zusatzbeitrag nach Abs. 1 ist einzuheben

1. unverändert.
2. wenn und solange sich der (die) Angehörige, mit Ausnahme solcher nach § 78 Abs. 7 Z 2, der Erziehung eines oder mehrerer im gemeinsamen Haushalt lebender Kinder nach § 78 Abs. 4 erster Satz widmet oder durch mindestens vier Jahre hindurch der Kindererziehung gewidmet hat;
3. und 4. unverändert.

(4) unverändert.

Verwendung der Mittel

§ 41. (1) Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwe-

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 24b. (1) und (2) unverändert.

(3) Kein Zusatzbeitrag nach Abs. 1 ist einzuheben

1. unverändert.
2. wenn und solange sich der (die) Angehörige, mit Ausnahme solcher nach § 78 Abs. 7, der Erziehung eines oder mehrerer im gemeinsamen Haushalt lebender Kinder nach § 78 Abs. 4 erster Satz widmet oder durch mindestens vier Jahre hindurch der Kindererziehung gewidmet hat;
3. und 4. unverändert.

(4) unverändert.

Verwendung der Mittel

§ 41. (1) Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwe-

cken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat der Versicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) unverändert.

Heilmittel

§ 86. (1) unverändert.

(2) Die Kosten der Heilmittel sind vom Versicherungsträger durch Abrechnung mit den Apotheken zu übernehmen. Ein Kostenanteil des Versicherten (§ 80 Abs. 2) ist nicht einzuheben.

(3) bis (6) unverändert.

Anspruch auf Betriebsrente und Anfall der Betriebsrente

§ 149d. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Betriebsrente fällt ein Jahr nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an.

ABSCHNITT IV

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 181. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und zu den Gruppenpraxen ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens einer Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der örtlich zuständigen Ärztekammer

cken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat der Versicherungsträger regelmäßig, mindestens jedoch einmal jährlich die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) unverändert.

Heilmittel

§ 86. (1) unverändert.

(2) Die Kosten der Heilmittel sind vom Versicherungsträger durch Abrechnung mit den Apotheken zu übernehmen. Für Arzneispezialitäten, die nach § 350 Abs. 1a Z 1 oder Z 2 ASVG verordnet werden, übernimmt der Träger die Kosten höchstens bis zum jeweiligen Referenzpreis.

(3) bis (6) unverändert.

Anspruch auf Betriebsrente und Anfall der Betriebsrente

§ 149d. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Betriebsrente fällt ein Jahr nach dem Tag an, der dem Eintritt des Versicherungsfalles folgt.

ABSCHNITT IV

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 181. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und zu den Gruppenpraxen ein zwischen der SV-Holding oder der Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) des jeweiligen Bundeslandes und der örtlich zuständigen Ärztekammer jeweils abgeschlossener

jeweils abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;

- 1a. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Zahnärzten/Zahnärztinnen und zu den Gruppenpraxen die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens der Gebietskrankenkassen (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der Österreichischen Zahnärztekammer geltenden Gesamtverträge bindend sind und der Versicherungsträger kraft Gesetzes jeweils Vertragspartei ist;
2. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Dentisten ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens der Gebietskrankenkassen (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der Österreichischen Dentistenkammer abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;

**Schlussbestimmungen zu Art. 3 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. 31/2007 (32. Novelle)**

§ 307. (1) bis (4) unverändert.

(5) und (6) unverändert.

Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;

- 1a. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Zahnärzten/Zahnärztinnen und zu den Gruppenpraxen die zwischen der SV-Holding oder der Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) des jeweiligen Bundeslandes und der Österreichischen Zahnärztekammer geltenden Gesamtverträge bindend sind und der Versicherungsträger kraft Gesetzes jeweils Vertragspartei ist;
2. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Dentisten ein zwischen der SV-Holding oder der Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) des jeweiligen Bundeslandes und der Österreichischen Dentistenkammer abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;

**Schlussbestimmungen zu Art. 3 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. 31/2007 (32. Novelle)**

§ 307. (1) bis (4) unverändert.

(4a) Die §§ 148i Abs. 1 erster und zweiter Satz sowie die Abs. 2, 3 und 5 und 148j Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 31/2007 sind nur dann anzuwenden, wenn bei laufendem Bezug einer Betriebsrente eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit nach dem ASVG, der dauernden Erwerbsunfähigkeit nach dem GSVG oder ein Ruhegenuss wegen Dienstunfähigkeit nach dem 30. Juni 2007 erstmals anfällt oder der Versicherungsfall (§ 148b) nach dem 30. Juni 2007 eingetreten ist.

(5) und (6) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 3 Teil 2 des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. xx/2008**

§ 312. Es treten in Kraft:

1. mit 1. August 2008 §§ 41 Abs. 1, 85 sowie 149d Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
2. mit 1. Jänner 2009 § 181 Z 1, Z 1a und Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
3. mit 1. Juli 2011 § 86 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2008;
4. rückwirkend mit 1. Juli 2007 die §§ 24b Abs. 3 Z 2 und 307 Abs. 4a in

der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;

(2) § 149d Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 ist auf Versicherungsfälle anzuwenden, die nach dem 31. Dezember 2006 eingetreten sind.

Artikel 4

Änderung des Allgemeinen Pensionsgesetzes

Kontoführung

§ 10. (1) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (§ 31 ASVG) hat für jede Person, die in den Geltungsbereich dieses Bundesgesetzes fällt, ein Pensionskonto einzurichten.

(2) unverändert.

Kontoführung

§ 10. (1) Die SV-Holding (§ 30 ASVG) hat für jede Person, die in den Geltungsbereich dieses Bundesgesetzes fällt, ein Pensionskonto einzurichten.

(2) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 (6. Novelle)

§ 22. § 10 Abs. 1 der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 tritt mit 1. Jänner 2009 in Kraft.

Artikel 5

Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

Teil 1

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

§ 9. (1) unverändert.

(2) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter gehört dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an.

(3) unverändert.

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 20b. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband hierzu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 16a ASVG) von der Einhebung des

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

§ 9. (1) unverändert.

(2) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter gehört der SV-Holding an.

(3) unverändert.

Zusatzbeitrag für Angehörige

§ 20b. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten nach Maßgabe der von der SV-Holding hierzu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 11 ASVG) von der Einhebung des

Zusatzbeitrages nach Abs. 1 abzusehen oder diesen herabzusetzen. Eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit liegt jedenfalls dann vor, wenn das Nettoeinkommen im Sinne des § 292 ASVG des (der) Versicherten den Richtsatz nach § 293 Abs. 1 lit. a aa ASVG nicht übersteigt.

Informations- und Aufklärungspflicht

§ 27a. Die Versicherungsanstalt, das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen bzw. das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen haben die Versicherten (Dienstgeber, LeistungsbezieherInnen) über ihre Rechte und Pflichten nach diesem Bundesgesetz zu informieren und aufzuklären. Die Versicherungsanstalt hat Informationen und Aufklärungen im Sinne des ersten Satzes mit jenen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen bzw. des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen abzustimmen; Informationen (Aufklärungen) gelten als abgestimmt, wenn sich das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen bzw. das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen binnen 48 Stunden nach Zustellung nicht dazu äußert; § 108 BAO gilt entsprechend. Die Versicherungsanstalt ist verpflichtet, in ihren Informations- und Aufklärungsschriften auch fachbezogene Informationen und Aufklärungen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen zu veröffentlichen.

Vorsorge(Gesunden)untersuchungen

§ 61a. (1) Die Versicherten und ihre Angehörigen (§ 56) haben Anspruch auf jährlich eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung. Sie ist von der Versicherungsanstalt nach Maßgabe der nach § 132 b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger durchzuführen.

(2) unverändert.

Heilmittel

§ 64. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der Anspruchsberechtigten nach Maßgabe der Richtlinien des Hauptverbandes von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen oder eine bereits entrichtete Rezeptgebühr rückzuerstatten.

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

Zusatzbeitrages nach Abs. 1 abzusehen oder diesen herabzusetzen. Eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit liegt jedenfalls dann vor, wenn das Nettoeinkommen im Sinne des § 292 ASVG des (der) Versicherten den Richtsatz nach § 293 Abs. 1 lit. a aa ASVG nicht übersteigt.

Informations- und Aufklärungspflicht

§ 27a. Die Versicherungsanstalt, das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen bzw. das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen haben die Versicherten (Dienstgeber, LeistungsbezieherInnen) über ihre Rechte und Pflichten nach diesem Bundesgesetz zu informieren und aufzuklären.

Vorsorge(Gesunden)untersuchungen

§ 61a. (1) Die Versicherten und ihre Angehörigen (§ 56) haben Anspruch auf jährlich eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung. Sie ist von der Versicherungsanstalt nach Maßgabe der nach § 132 b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien der SV-Holding durchzuführen.

(2) unverändert.

Heilmittel

§ 64. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der Anspruchsberechtigten nach Maßgabe der Richtlinien der SV-Holding von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen oder eine bereits entrichtete Rezeptgebühr rückzuerstatten.

(6) Der Versicherungsträger hat von der Einhebung der Rezeptgebühr auch bei Erreichen der in den Richtlinien der SV-Holding gemäß § 30f Abs. 1 Z 10

ASVG vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 65a. (1) bis (4) unverändert.

(5) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung der Versicherungsanstalt in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 ASVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1 ASVG) vervielfachte Betrag. Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der gemäß § 31 Abs. 5 Z 27 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes hiezu erlassenen Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an die Versicherungsanstalt zu entrichten und darf für jeden Versicherten (Angehörigen) für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 70a. (1) und (2) unverändert.

(3) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung der Versicherungsanstalt in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 3 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschussgewährung durch die Versicherungsanstalt) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 ASVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1 ASVG) vervielfachten Beträge. Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der gemäß § 31 Abs. 5 Z 27 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an die Versicherungsanstalt zu entrichten.

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 28 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) durch Gewährung von Zuschüssen für

ASVG vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 65a. (1) bis (4) unverändert.

(5) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung der Versicherungsanstalt in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von 5,81 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 ASVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1 ASVG) vervielfachte Betrag. Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen, und zwar nach Maßgabe der nach § 30f Abs. 1 Z 21 ASVG hiezu erlassenen Richtlinien der SV-Holding. Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an die Versicherungsanstalt zu entrichten und darf für jeden Versicherten (Angehörigen) für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 70a. (1) und (2) unverändert.

(3) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung der Versicherungsanstalt in einer der in Abs. 2 Z 1 bis 3 angeführten Einrichtungen (ausgenommen die Fälle der Zuschussgewährung durch die Versicherungsanstalt) untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 5,81 € und höchstens 14,75 € pro Verpflegstag zu leisten. An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 ASVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1 ASVG) vervielfachten Beträge. Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen. Die Höhe der im Einzelfall in Betracht kommenden Zuzahlung sowie die Verpflichtung zur Befreiung von diesen Zuzahlungen bestimmt sich nach Maßgabe der nach § 30f Abs. 1 Z 21 ASVG erlassenen Richtlinien der SV-Holding. Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an die Versicherungsanstalt zu entrichten.

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch nach Maßgabe der von der SV-Holding hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30f Abs. 1 Z 22 ASVG) durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in

Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

Gegenseitige Verwaltungshilfe

§ 119. Die Versicherungsanstalt und die übrigen Träger der Sozialversicherung (der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) sind verpflichtet, bei Erfüllung ihrer Aufgaben einander zu unterstützen; sie haben insbesondere Ersuchen, die zu diesem Zweck an sie ergehen, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen und auch unaufgefordert anderen Versicherungsträgern alle Mitteilungen zukommen zu lassen, die für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind, sowie Anträge und Meldungen fristwährend weiterzuleiten. Die Verpflichtung zur gegenseitigen Hilfe bezieht sich auch auf die Übermittlung von Daten im Sinne des § 4 des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl.Nr.165/1999, im automationsunterstützten Datenverkehr zwischen der Versicherungsanstalt und den übrigen Trägern der Sozialversicherung (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), die zur Durchführung des Melde- und Beitragsverfahrens, zur Erbringung von Leistungen sowie zur Durchsetzung von Ersatzansprüchen notwendig sind.

Versicherungsvertreter

§ 132. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Tätigkeit als Mitglied eines Verwaltungskörpers erfolgt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung und begründet kein Dienstverhältnis zur Versicherungsanstalt. Hiefür gebühren Entschädigungen nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten nach Maßgabe von Richtlinien gemäß § 31 Abs. 5 Z 31 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes.
2. Der Obmann und die Obmann-Stellvertreter, die Vorsitzenden und die Vorsitzenden-Stellvertreter der Kontrollversammlung und der Landesstellenausschüsse haben Anspruch auf Funktionsgebühren. Das Nähere hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch Verordnung unter Bedachtnahme auf den örtlichen Wirkungsbereich und die Zahl der Versicherten der Versicherungsanstalt zu bestimmen; dabei darf die für ein Jahr zustehende Funktionsgebühr 40 vH des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen.
3. Die Mitglieder der Verwaltungskörper, soweit sie nicht unter Z 2 fallen, haben Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe durch Verordnung des

Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

Gegenseitige Verwaltungshilfe

§ 119. Die Versicherungsanstalt und die übrigen Träger der Sozialversicherung (die SV-Holding) sind verpflichtet, bei Erfüllung ihrer Aufgaben einander zu unterstützen; sie haben insbesondere Ersuchen, die zu diesem Zweck an sie ergehen, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen und auch unaufgefordert anderen Versicherungsträgern alle Mitteilungen zukommen zu lassen, die für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind, sowie Anträge und Meldungen fristwährend weiterzuleiten. Die Verpflichtung zur gegenseitigen Hilfe bezieht sich auch auf die Übermittlung von Daten im Sinne des § 4 des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl.Nr.165/1999, im automationsunterstützten Datenverkehr zwischen der Versicherungsanstalt und den übrigen Trägern der Sozialversicherung (der SV-Holding), die zur Durchführung des Melde- und Beitragsverfahrens, zur Erbringung von Leistungen sowie zur Durchsetzung von Ersatzansprüchen notwendig sind.

Versicherungsvertreter

§ 132. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Tätigkeit als Mitglied eines Verwaltungskörpers erfolgt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung und begründet kein Dienstverhältnis zur Versicherungsanstalt. Hiefür gebühren Entschädigungen nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten nach Maßgabe von Richtlinien nach § 30f Abs. 1 Z 25 ASVG.
2. Der Obmann und die Obmann-Stellvertreter, die Vorsitzenden und die Vorsitzenden-Stellvertreter der Kontrollversammlung und der Landesstellenausschüsse haben Anspruch auf Funktionsgebühren. Das Nähere hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch Verordnung unter Bedachtnahme auf den örtlichen Wirkungsbereich und die Zahl der Versicherten der Versicherungsanstalt zu bestimmen; dabei darf die für ein Jahr zustehende Funktionsgebühr 40 vH des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen.
3. Die Mitglieder der Verwaltungskörper, soweit sie nicht unter Z 2 fallen, haben Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe durch Verordnung des

Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen festzusetzen ist.

§ 49 Abs. 4 ist anzuwenden.

(6) Bedienstete eines Sozialversicherungsträgers und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie Personen, die aufgrund einer von ihnen ausgeübten Erwerbstätigkeit mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, ferner Personen, über deren Vermögen ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, sind von der Entsendung in das Amt eines Versicherungsvertreters ausgeschlossen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 142. (1) Den Vorsitz im Vorstand und in der Generalversammlung hat der vom Vorstand auf dessen Amtsdauer gewählte Obmann zu führen. Der Obmann ist aus der Mitte des Vorstandes zu wählen. Er muss der Gruppe der Dienstnehmer angehören. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit sowohl aller Versicherungsvertreter im Vorstand als auch der Gruppe der Dienstnehmer erforderlich; bei Stimmgleichheit in der Gruppe der Dienstnehmer entscheidet die einfache Mehrheit aller Versicherungsvertreter im Vorstand.

(2) bis (6) unverändert.

Aufgaben des Vorstandes und Vertretung der Versicherungsanstalt

§ 145. (1) unverändert.

Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen festzusetzen ist.

§ 49 Abs. 4 ist anzuwenden.

(6) Bedienstete eines Sozialversicherungsträgers und der SV-Holding sowie Personen, die aufgrund einer von ihnen ausgeübten Erwerbstätigkeit mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, ferner Personen, über deren Vermögen ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, sind von der Entsendung in das Amt eines Versicherungsvertreters ausgeschlossen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 142. (1) Den Vorsitz im Vorstand, in den gemeinsamen Sitzungen von Vorstand und Kontrollversammlung sowie in der Generalversammlung hat der vom Vorstand auf dessen Amtsdauer gewählte Obmann zu führen. Der Obmann ist aus der Mitte des Vorstandes zu wählen. Er muss der Gruppe der Dienstnehmer angehören. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit sowohl aller Versicherungsvertreter im Vorstand als auch der Gruppe der Dienstnehmer erforderlich; bei Stimmgleichheit in der Gruppe der Dienstnehmer entscheidet die einfache Mehrheit aller Versicherungsvertreter im Vorstand.

(2) bis (6) unverändert.

Geschäftsführung

§ 143a. (1) Die Geschäftsführung besteht aus zwei Geschäftsführern/Geschäftsführerinnen, von denen einem/einer der Vorsitz zukommt. Sie werden vom Vorstand im Wege einer öffentlichen Stellenausschreibung für eine Funktionsperiode von fünf Jahren bestellt, wobei das Stellenbesetzungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/1998, anzuwenden ist. Wiederbestellungen sind zulässig.

(2) Die Geschäftsführung ist an die Weisungen des Vorstandes gebunden; sie hat dem Vorstand und der Kontrollversammlung regelmäßig über die ihr übertragenen Aufgaben zu berichten und alle Aufklärungen zu geben sowie alle Unterlagen vorzulegen, die diese zur Ausübung ihrer Tätigkeiten benötigen.

Aufgaben des Vorstandes und Vertretung der Versicherungsanstalt

§ 145. (1) unverändert.

(1a) Dem Vorstand obliegt die Abstimmung des Jahresvoranschlags mit der

(2) und (3) unverändert.

Aufgaben der Kontrollversammlung

§ 147. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Kontrollversammlung ist berechtigt, an den Sitzungen der Generalversammlung und des Vorstandes durch je drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie ist deshalb von jeder Sitzung der Generalversammlung oder des Vorstandes ebenso in Kenntnis zu setzen wie deren Mitglieder; in gleicher Weise ist sie auch mit den den Mitgliedern der Generalversammlung und des Vorstandes etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweisen, Berichten und anderen Behelfen) zu beteiligen.

(4) bis (6) unverändert.

Zustimmung der Kontrollversammlung

§ 147a. (1) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Vorstandes zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung:

1. die dauernde Veranlagung von Vermögensbeständen, soweit sie nicht unter Z 2 fallen;
2. die Beschlussfassung über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über die Erwerbung, Belastung oder Veräußerung von Liegenschaften, ferner über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden; das gleiche gilt bei der Schaffung von Einrichtungen, die Zwecken der Verwaltung, der Krankenbehandlung, der Zahnbehandlung, der Anstaltspflege, der Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen, der Unfallheilbehandlung, der erweiterten Heilbehandlung, der Rehabilitation, der Krankheitsverhütung oder der Gesundheitsvorsorge dienen sollen, in eigenen oder fremden Gebäuden, sowie für Umbauten von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist; Erhaltungs- oder Instandsetzungsarbeiten oder die Erneuerung des Inventars bedürfen nicht der Zustimmung der Kontrollversammlung, sofern sie nicht mit diesen Vorhaben in einem ursächlichen Zusammenhang stehen;
3. die Beschlussfassung über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 9 Abs. 3;
4. die Beschlussfassung über die Bestellung, Kündigung und Entlassung des leitenden Angestellten und des leitenden Arztes sowie deren ständigen Stellvertreter;

SV-Holding vor dessen Vorlage an die Generalversammlung (§ 147 Abs. 1).

(2) und (3) unverändert.

Aufgaben der Kontrollversammlung

§ 147. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Kontrollversammlung ist berechtigt, an den Sitzungen der Generalversammlung durch je drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie ist deshalb von jeder Sitzung der Generalversammlung ebenso in Kenntnis zu setzen wie deren Mitglieder; in gleicher Weise ist sie auch mit den den Mitgliedern der Generalversammlung etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweisen, Berichten und anderen Behelfen) zu beteiligen.

(4) bis (6) unverändert.

Zustimmung der Kontrollversammlung

§ 147a. (1) Sämtliche Beschlüsse des Vorstandes bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung.

5. die Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten und die Erstellung von Dienstpostenplänen;
6. der Abschluss von Verträgen mit den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten und sonstigen Vertragspartnern, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung der Versicherungsanstalt herbeiführen;
7. die Erlassung von Richtlinien gemäß § 28 Abs. 2 über die Verwendung der Mittel des Unterstützungsfonds;
8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die von der Versicherungsanstalt errichtet (gegründet) wurden, nach § 27 Abs. 2.

(2) Stimmt die Kontrollversammlung in den in Abs. 1 bezeichneten Angelegenheiten dem Beschluss des Vorstandes nicht zu, so hat eine außerordentliche Generalversammlung hierüber zu beschließen und diesen Beschluss der Kontrollversammlung zu seiner Wirksamkeit zur Zustimmung vorzulegen. Die außerordentliche Generalversammlung ist innerhalb einer angemessenen Frist vom Obmann einzuberufen.

(3) Stimmt die Kontrollversammlung auch dem Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung gemäß Abs. 2 nicht zu, so hat sie den Obmann unverzüglich in Kenntnis zu setzen und die Angelegenheit dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Entscheidung vorzulegen. Dieser hat diesen Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung entweder zu bestätigen oder aufzuheben. Ein bestätigter Beschluss der außerordentlichen Generalversammlung ist zu vollziehen.

Sitzungen

§ 148. (1) und (2) unverändert

(2) Stimmt die Kontrollversammlung einem Beschluss des Vorstandes nicht zu, so hat sie schriftlich zu begründen, warum dieser Beschluss gegen Zielvorgaben der SV-Holding oder gegen die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit verstößt. Die Angelegenheit kann einer Schlichtungsstelle (§ 456a Abs. 1a ASVG) zur Erstattung einer Empfehlung vorgelegt werden.

(3) Stimmen Vorstand oder Kontrollversammlung auch der Empfehlung der Schlichtungsstelle nicht zu, so hat der Obmann/die Obfrau diese Angelegenheit unverzüglich der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend zur Entscheidung vorzulegen. Diese ist vom Versicherungsträger zu vollziehen.

Sitzungen

§ 148. (1) und (2) unverändert

(2a) Vorstand und Kontrollversammlung der Versicherungsanstalt tagen in gemeinsamen Sitzungen, wobei die Beschlüsse in diesen Verwaltungskörpern jeweils getrennt zu fassen sind. Die Einberufung zu diesen Sitzungen erfolgt durch den Obmann/die Obfrau, wobei den Versicherungsvertretern und Versicherungsvertreterinnen sämtliche Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) beider Verwaltungskörper zur Verfügung zu stellen sind.

(2) bis (4) unverändert.

Mitglieder des Beirates

§ 149b. (1) und (2) unverändert.

(3) Versicherungsvertreter, Bedienstete eines Versicherungsträgers und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sind von der Bestellung als Beiratsmitglied ausgeschlossen.

(4) unverändert.

Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung

§ 150. (1) und (2) unverändert.

Rechnungsabschluss und Nachweisungen

§ 151. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung, die Erstellung des Jahresvoranschlages sowie des Jahresberichtes (Abs. 1) zu erlassen. Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat nach Anhörung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Weisungen für die statistischen Nachweisungen (Abs. 2) zu erlassen.

(5) unverändert.

Genehmigung zu Veränderungen von Vermögensbeständen

§ 153. (1) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über deren Erwerbung, Belastung oder Veräußerung, oder über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden bedürfen – nach Zustimmung des Hauptverbandes gemäß § 31 Abs. 7 Z 1 ASVG – zu ihrer

(2) bis (4) unverändert.

Mitglieder des Beirates

§ 149b. (1) und (2) unverändert.

(3) Versicherungsvertreter, Bedienstete eines Versicherungsträgers und der SV-Holding sind von der Bestellung als Beiratsmitglied ausgeschlossen.

(4) unverändert.

Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung

§ 150. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Jahresvoranschlag ist mit der SV-Holding abzustimmen.

Rechnungsabschluss und Nachweisungen

§ 151. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung, die Erstellung des Jahresvoranschlages sowie des Jahresberichtes (Abs. 1) zu erlassen. Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat nach Anhörung der SV-Holding im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Weisungen für die statistischen Nachweisungen (Abs. 2) zu erlassen.

(4) Der Rechnungsabschluss ist vor der Antragstellung auf Genehmigung in der Generalversammlung von einem/einer zugelassenen WirtschaftsprüferIn unter sinngemäßer Anwendung der §§ 268 bis 276 des Unternehmensgesetzbuches zu prüfen. Der/die WirtschaftsprüferIn ist vom Vorstand für jeweils drei Kalenderjahre zu bestellen. Er/sie hat an den Sitzungen der Verwaltungskörper, bei denen der Rechnungsabschluss behandelt wird, teilzunehmen und alle verlangten Auskünfte über das Prüfungsergebnis zu erteilen.

(5) unverändert.

Genehmigung zu Veränderungen von Vermögensbeständen

§ 153. (1) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, insbesondere über deren Erwerbung, Belastung oder Veräußerung, oder über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesund-

Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen. Das gleiche gilt für den Umbau von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist.

(1a) Beschlüsse der Verwaltungskörper über den Abschluss von Bestandverträgen bedürfen – nach Zustimmung des Hauptverbandes nach § 31 Abs. 7 Z 1 ASVG – zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen.

(2) und (3) unverändert.

Aufsichtsbehörde

§ 154. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Vertreter der Aufsichtsbehörde kann gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen eine Rechtsvorschrift verstoßen, der Vertreter des Bundesministers für Finanzen gegen Beschlüsse, die die finanziellen Interessen des Bundes berühren, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben wurde, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen. Diese hat die Entscheidung bei einem Einspruch in Angelegenheiten, die auch in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen. Bei einem Einspruch des Vertreters des Bundesministers für Finanzen hat die Aufsichtsbehörde die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen sowie in Angelegenheiten, die auch in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen.

Aufgaben der Aufsicht

§ 155. (1) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales als Aufsichtsbehörde hat die Gebarung der Versicherungsanstalt zu überwachen und dar-

heit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen. Das gleiche gilt für den Umbau von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist.

(1a) Beschlüsse der Verwaltungskörper über den Abschluss von Bestandverträgen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen.

(2) und (3) unverändert.

Genehmigung von Großinvestitionen

§ 153b. Beschlüsse der Verwaltungskörper über Investitionen, die eine Million Euro übersteigen und nicht im Jahresvoranschlag vorgesehen sind, bedürfen der Genehmigung durch die SV-Holding.

Aufsichtsbehörde

§ 154. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Vertreter der Aufsichtsbehörde kann gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen eine Rechtsvorschrift oder gegen Ziele nach § 30b ASVG verstoßen, der Vertreter des Bundesministers für Finanzen gegen Beschlüsse, die die finanziellen Interessen des Bundes berühren, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben wurde, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen. Diese hat die Entscheidung bei einem Einspruch in Angelegenheiten, die auch in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen. Bei einem Einspruch des Vertreters des Bundesministers für Finanzen hat die Aufsichtsbehörde die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen sowie in Angelegenheiten, die auch in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, im Einvernehmen mit diesem zu treffen.

Aufgaben der Aufsicht

§ 155. (1) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales als Aufsichtsbehörde hat die Gebarung der Versicherungsanstalt zu überwachen und dar-

auf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Er kann seine Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit erstrecken; er soll sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsanstalt nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörde kann in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(2) und (3) unverändert.

(4) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales als Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Versicherungsanstalt amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei er sich dabei der Mitwirkung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie geeigneter Sachverständiger bedienen kann. Der Bundesminister für Finanzen ist berechtigt, an der amtlichen Untersuchung der Versicherungsanstalt durch seine Vertreter mitzuwirken. Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales als Aufsichtsbehörde hat eine solche amtliche Untersuchung anzuordnen, wenn der Bundesminister für Finanzen dies zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes verlangt.

(5) unverändert.

Bedienstete

§ 159. Hinsichtlich der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter gelten die Bestimmungen des Abschnittes IX des Achten Teiles des ASVG mit der Maßgabe, dass § 460 Abs. 3a ASVG auf die Bestellung und dienstrechtliche Stellung des leitenden Angestellten und des leitenden Arztes der Versicherungsanstalt sowie ihrer ständigen Stellvertreter anzuwenden ist, dass der leitende Angestellte und der leitende Arzt der Versicherungsanstalt erst nach vorher eingeholter Zustimmung der Aufsichtsbehörde bestellt und entlassen werden dürfen sowie dass für den leitenden Angestellten und den leitenden Arzt der Versicherungsanstalt jeweils nur ein Stellvertreter bestellt werden darf.

Datenverarbeitung

§ 159b. Die Versicherungsnummer nach § 31 Abs. 4 Z 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sowie die bei den Sozialversicherungsträgern (beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) verwendeten personenbezogenen Ordnungsbegriffe (wie beispielsweise Dienstgeberkontonummer und Vertragspartnernummer) können in der elektronischen Datenverarbeitung für Zwecke der Sozialversicherung und des Arbeitsmarktservice verwendet werden.

auf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Er kann seine Aufsicht auf Fragen der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit erstrecken; er soll sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsanstalt nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörde kann in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(2) und (3) unverändert.

(4) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales als Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Versicherungsanstalt amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei er sich dabei der Mitwirkung der SV-Holding sowie geeigneter Sachverständiger bedienen kann. Der Bundesminister für Finanzen ist berechtigt, an der amtlichen Untersuchung der Versicherungsanstalt durch seine Vertreter mitzuwirken. Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales als Aufsichtsbehörde hat eine solche amtliche Untersuchung anzuordnen, wenn der Bundesminister für Finanzen dies zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes verlangt.

(5) unverändert.

Bedienstete

§ 159. Hinsichtlich der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten der Versicherungsanstalt gilt Abschnitt IX des Achten Teiles des ASVG mit der Maßgabe, dass § 460 Abs. 3a ASVG auf die Bestellung und dienstrechtliche Stellung des leitenden Arztes/der leitenden Ärztin samt StellvertreterIn anzuwenden ist, dass der leitende Arzt/die leitende Ärztin erst nach vorher eingeholter Zustimmung der Aufsichtsbehörde bestellt und entlassen werden darf und dass für den leitenden Arzt/die leitende Ärztin jeweils nur ein/e StellvertreterIn bestellt werden darf.

Datenverarbeitung

§ 159b. Die Versicherungsnummer nach § 31 Abs. 4 Z 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sowie die bei den Sozialversicherungsträgern (bei der SV-Holding) verwendeten personenbezogenen Ordnungsbegriffe (wie beispielsweise Dienstgeberkontonummer und Vertragspartnernummer) können in der elektronischen Datenverarbeitung für Zwecke der Sozialversicherung und des Arbeitsmarktservice verwendet werden.

**Schlussbestimmungen zu Art. 5 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. xx/2008 (35. Novelle)**

§ 219. (1) Die §§ 9 Abs. 2, 20b Abs. 4, 27a, 61a Abs. 1, 64 Abs. 5 und 6, 65a Abs. 5, 70a Abs. 3 und 4, 119, 132 Abs. 5 Z 2 und 3 sowie Abs. 6, 142 Abs. 1, 143a samt Überschrift, 145 Abs. 1a, 147 Abs. 3, 147a, 148 Abs. 2a, 149b Abs. 3, 150 Abs. 3, 151 Abs. 3 und 4, 153 Abs. 1 und 1a, 153b samt Überschrift, 154 Abs. 3, 155 Abs. 1 und 4, 159 und 159b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 treten mit 1. Jänner 2009 in Kraft.

(2) Der Versicherungsanstalt hat die Geschäftsführung nach § 143a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 mit Auslaufen der bestehenden Bestellung des/der leitenden Angestellten zu bestellen; bis zur Bestellung der GeschäftsführerInnen nehmen der/die bisherige leitende Angestellte und seine/ihre StellvertreterIn die Aufgaben der Geschäftsführung wahr.

(3) Die Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt haben die Mustergerichtsordnung samt Musteranhängen nach § 456a Abs. 4 ASVG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008, die vom Verwaltungsrat der SV-Holding bis längstens 31. Jänner 2009 aufzustellen ist, im Wege der Neubeschlussfassung ihrer Geschäftsordnungen samt Anhängen bis längstens 28. Februar 2009 umzusetzen. Die bisherigen Geschäftsordnungen samt Anhängen treten spätestens mit Ablauf des 31. März 2009 außer Kraft.

Teil 2

Meldung von Änderungen

§ 12. (1) und (2) unverändert.

Meldung von Änderungen

§ 12. (1) und (2) unverändert.

(3) Der/Die Dienstgeber/in hat vor der Einzahlung der Beiträge mittels elektronischer Datenfernübertragung (§ 15a) die Gesamtsumme der im Beitragszeitraum anfallenden Beitragsgrundlagen und Beiträge zu melden (Beitragsnachweisung). Die Frist für die Vorlage der Beitragsnachweisung endet mit dem letzten Tag der Einzahlungsfrist.

(4) Der/Die Dienstgeber/in hat die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen sowie der Sonderzahlungen zu melden (Beitragsgrundlagennachweis). Die Meldung hat mittels elektronischer Datenfernübertragung bis Ende Februar des folgenden Kalenderjahres zu erfolgen. Wird das Dienstverhältnis beendet, so hat die Übermittlung des Beitragsgrundlagennachweises bis zum Ende des Folgemonates zu erfolgen.

Form der Meldungen

§ 15a. (1) Die Meldungen nach § 11 sowie nach § 12 Abs. 1 sind mittels elektronischer Datenfernübertragung zu erstatten. Sie gelten dann als ordnungsgemäß erstattet, wenn sie alle wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind.

(2) Das Einlangen der Meldungen ist mittels elektronischer Datenfernübertragung zu bestätigen.

(3) Meldungen dürfen nur dann außerhalb elektronischer Datenfernübertragung ordnungsgemäß erstattet werden, wenn die Meldung nachweisbar durch unverschuldeten Ausfall eines wesentlichen Teiles der Datenfernübertragungseinrichtung technisch ausgeschlossen war.

3. UNTERABSCHNITT

Gemeinsame Bestimmungen

Verwendung der Mittel

§ 27. (1) Die Mittel der Kranken- und Unfallversicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit der Versicherungsanstalt auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat die Versicherungsanstalt einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistun-

3. UNTERABSCHNITT

Gemeinsame Bestimmungen

Verwendung der Mittel

§ 27. (1) Die Mittel der Kranken- und Unfallversicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit der Versicherungsanstalt auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Darüber hinaus hat die Versicherungsanstalt regelmäßig, mindestens jedoch einmal jährlich die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch

gen zu informieren.

(2) unverändert.

Heilmittel

§ 64. (1) unverändert.

(2) Die Kosten der Heilmittel werden von der Versicherungsanstalt durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen.

(3) bis (6) unverändert.

Entsendung der Versicherungsvertreter

§ 133. (1) Die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstnehmer sind für Landesstellenausschüsse vom zuständigen Landeshauptmann, für die übrigen Verwaltungskörper vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu entsenden. Die entsendeberechtigten Stellen haben hiezu Vorschläge des Österreichischen Gewerkschaftsbundes einzuholen, welche dieser im Einvernehmen mit der in Betracht kommenden Gewerkschaft zu erstatten hat. Die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber sind für Landesstellenausschüsse vom zuständigen Landeshauptmann im Einvernehmen mit der zuständigen Finanzlandesbehörde, für die übrigen Verwaltungskörper vom Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu entsenden. Kommt ein Einvernehmen zwischen dem Landeshauptmann und der Finanzlandesbehörde nicht zustande, so entsendet auf Antrag einer dieser beiden Stellen der Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen die Dienstgebervertreter. Bei der Entsendung ist auf die fachliche Eignung Bedacht zu nehmen. Die gleichzeitige Entsendung ein und derselben Person als Versicherungsvertreter sowohl in die Kontrollversammlung als auch in die Generalversammlung der Versicherungsanstalt ist unzulässig.

(2) bis (5) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2006

§ 216. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Juli 2006 § 133 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I

genommenen Sachleistungen zu informieren.

(2) unverändert.

Heilmittel

§ 64. (1) unverändert.

(2) Die Kosten der Heilmittel werden von der Versicherungsanstalt durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen. Für Arzneispezialitäten, die nach § 350 Abs. 1a Z 1 oder Z 2 ASVG verordnet werden, übernimmt die Versicherungsanstalt die Kosten höchstens bis zum jeweiligen Referenzpreis.

(3) bis (6) unverändert.

Entsendung der Versicherungsvertreter

§ 133. (1) Die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstnehmer sind für Landesstellenausschüsse vom zuständigen Landeshauptmann, für die übrigen Verwaltungskörper vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu entsenden. Die entsendeberechtigten Stellen haben hiezu Vorschläge des Österreichischen Gewerkschaftsbundes einzuholen, welche dieser im Einvernehmen mit der in Betracht kommenden Gewerkschaft zu erstatten hat. Die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber sind für Landesstellenausschüsse vom zuständigen Landeshauptmann im Einvernehmen mit der zuständigen Finanzlandesbehörde, für die übrigen Verwaltungskörper vom Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu entsenden. Kommt ein Einvernehmen zwischen dem Landeshauptmann und der Finanzlandesbehörde nicht zustande, so entsendet auf Antrag einer dieser beiden Stellen der Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen die Dienstgebervertreter. Bei der Entsendung ist auf die fachliche Eignung und durch ein ausgewogenes Verhältnis an Versicherungsvertreterinnen und Versicherungsvertretern auf das Erreichen der Geschlechterparität in den Verwaltungskörpern Bedacht zu nehmen. Die gleichzeitige Entsendung ein und derselben Person als Versicherungsvertreter sowohl in die Kontrollversammlung als auch in die Generalversammlung der Versicherungsanstalt ist unzulässig.

(2) bis (5) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2006

§ 216. Die §§ 20b Abs. 3 Z 2 und 56 Abs. 6a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2006 treten mit 1. August 2006 in Kraft.

- Nr. 131/2006;
2. mit 1. August 2006 die §§ 20b Abs. 3 Z 2 und 56 Abs. 6a in der Fassung
des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2006.
(2) Aufgehoben.
(3) Aufgehoben.

Schlussbestimmung zu Art. 5 Teil 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008

§ 220. Es treten in Kraft:

1. mit 1. August 2008 die §§ 12 Abs. 3 und 4, 15a samt Überschrift, 27 Abs. 1 sowie 133 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
2. mit 1. Juli 2011 § 64 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008
3. rückwirkend mit 28. Juli 2006 § 216 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008.

Artikel 6

Änderung des Notarversicherungsgesetzes 1972

Versicherungsträger

§ 4. (1) Träger der Pensionsversicherung für das gesamte Bundesgebiet ist die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates mit dem Sitz in Wien. Sie gehört dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an.

(2) und (3) unverändert.

Versichertenvertreter

§ 67. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Tätigkeit als Mitglied (stellvertretendes Mitglied) eines Verwaltungskörpers sowie als Rechnungsprüfer (deren Stellvertreter) erfolgt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung und begründet kein Dienstverhältnis zur Versicherungsanstalt. Hiefür gebühren Entschädigungen nach folgenden Grundsätzen:

1. unverändert.
2. Der Präsident und dessen Stellvertreter haben Anspruch auf Funktionsgebühren. Das Nähere hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung des Hauptverbandes durch Verordnung unter

Versicherungsträger

§ 4. (1) Träger der Pensionsversicherung für das gesamte Bundesgebiet ist die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates mit dem Sitz in Wien. Sie gehört der SV-Holding an.

(2) und (3) unverändert.

Versichertenvertreter

§ 67. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Tätigkeit als Mitglied (stellvertretendes Mitglied) eines Verwaltungskörpers sowie als Rechnungsprüfer (deren Stellvertreter) erfolgt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung und begründet kein Dienstverhältnis zur Versicherungsanstalt. Hiefür gebühren Entschädigungen nach folgenden Grundsätzen:

1. unverändert.
2. Der Präsident und dessen Stellvertreter haben Anspruch auf Funktionsgebühren. Das Nähere hat der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der SV-Holding durch Verordnung unter Be-

Bedachtnahme auf den örtlichen Wirkungsbereich und die Zahl der Versicherten der Versicherungsanstalt zu bestimmen; dabei darf die für ein Jahr zustehende Funktionsgebühr 40 vH des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen.

3. Die Mitglieder der Verwaltungskörper, soweit sie nicht unter Z 2 fallen, haben Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung des Hauptverbandes festzusetzen ist.

§ 38 Abs. 4 ist anzuwenden.

Rechnungsabschluss und Nachweisungen

§ 77. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat nach Anhörung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung, die Erstellung des Jahresvorschlages sowie des Jahresberichtes (Abs. 1) und für die statistischen Nachweisungen (Abs. 2) zu erlassen.

(4) unverändert.

Führung der Versicherungsunterlagen

§ 86. Die Versicherungsanstalt hat für jeden Versicherten, für den sie Beiträge einhebt, die Versicherungsunterlagen, die zur Feststellung der Leistungen erforderlich sind, aufzuzeichnen, diese Aufzeichnungen aufzubewahren und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger auf sein Verlangen hieraus die zur Erfüllung seiner Aufgaben notwendigen Daten bekanntzugeben.

Verwaltungshilfe

§ 87. (1) Die Versicherungsanstalt und die übrigen Träger der Sozialversicherung (der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) sind verpflichtet, bei Erfüllung ihrer Aufgaben einander zu unterstützen; sie haben insbesondere Ersuchen, die zu diesem Zweck an sie ergehen, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen und auch unaufgefordert anderen Versicherungsträgern alle Mitteilungen zukommen zu lassen, von denen sie erkennen, dass sie für ihren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind, sowie Anträge und Meldungen fristwährend weiterzuleiten.

(2) und (3) unverändert.

dachtnahme auf den örtlichen Wirkungsbereich und die Zahl der Versicherten der Versicherungsanstalt zu bestimmen; dabei darf die für ein Jahr zustehende Funktionsgebühr 40 vH des einem Mitglied des Nationalrates jährlich gebührenden Bezuges nicht übersteigen.

3. Die Mitglieder der Verwaltungskörper, soweit sie nicht unter Z 2 fallen, haben Anspruch auf Sitzungsgeld, dessen Höhe durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung der SV-Holding festzusetzen ist.

§ 38 Abs. 4 ist anzuwenden.

Rechnungsabschluss und Nachweisungen

§ 77. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat nach Anhörung der SV-Holding Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung, die Erstellung des Jahresvorschlages sowie des Jahresberichtes (Abs. 1) und für die statistischen Nachweisungen (Abs. 2) zu erlassen.

(4) unverändert.

Führung der Versicherungsunterlagen

§ 86. Die Versicherungsanstalt hat für jeden Versicherten, für den sie Beiträge einhebt, die Versicherungsunterlagen, die zur Feststellung der Leistungen erforderlich sind, aufzuzeichnen, diese Aufzeichnungen aufzubewahren und der SV-Holding auf ihr Verlangen hieraus die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Daten bekannt zu geben.

Verwaltungshilfe

§ 87. (1) Die Versicherungsanstalt und die übrigen Träger der Sozialversicherung (die SV-Holding) sind verpflichtet, bei Erfüllung ihrer Aufgaben einander zu unterstützen; sie haben insbesondere Ersuchen, die zu diesem Zweck an sie ergehen, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen und auch unaufgefordert anderen Versicherungsträgern alle Mitteilungen zukommen zu lassen, von denen sie erkennen, dass sie für ihren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind, sowie Anträge und Meldungen fristwährend weiterzuleiten.

(2) und (3) unverändert.

Schlussbestimmung zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008

§ 113. Die §§ 4 Abs. 1, 67 Abs. 5 Z 2 und 3, 77 Abs. 3, 86 und 87 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 treten mit 1. Jänner 2009 in Kraft.

Artikel 7 **Änderung des Apothekengesetzes**

Teilnahme an der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) einschließlich E-Medikations-Datenbanken

§ 13a. Inhaber einer öffentlichen Apotheke sind verpflichtet, ab einer gesicherten Verfügbarkeit der notwendigen technischen Infrastruktur sich unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an der Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) einschließlich E-Medikations-Datenbanken zu beteiligen.

Filialapotheken

§ 24. (1) bis (6) unverändert.

(7) Für Filialapotheken gelten § 9 Abs. 2 und § 14 Abs. 1 sinngemäß.

Filialapotheken

§ 24. (1) bis (6) unverändert.

(7) Für Filialapotheken gelten § 9 Abs. 2, § 13a und § 14 Abs. 1 sinngemäß.

Artikel 8 **Änderung des Ärztegesetzes 1998**

Selbstständige Berufsausübung auf Grund einer Bewilligung

§ 32. (1) unverändert.

(2) Voraussetzung für die Erteilung einer Bewilligung gemäß Abs. 1 ist

1. der Nachweis, dass die Bewilligung zur Aufrechterhaltung einer ausreichenden allgemein ärztlichen oder fachärztlichen Betreuung der Patienten erforderlich ist und ein gemäß § 31 zur selbstständigen Berufsausübung in Österreich berechtigter Arzt trotz Ausschreibung im jeweiligen offiziellen Presseorgan der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht zur Verfügung steht, und
2. unverändert.
- (3) bis (8) unverändert.

Selbstständige Berufsausübung auf Grund einer Bewilligung

§ 32. (1) unverändert.

(2) Voraussetzung für die Erteilung einer Bewilligung gemäß Abs. 1 ist

1. der Nachweis, dass die Bewilligung zur Aufrechterhaltung einer ausreichenden allgemein ärztlichen oder fachärztlichen Betreuung der Patienten erforderlich ist und ein gemäß § 31 zur selbstständigen Berufsausübung in Österreich berechtigter Arzt trotz Ausschreibung im jeweiligen offiziellen Presseorgan der Österreichischen Ärztekammer und der Holding der österreichischen Sozialversicherung nicht zur Verfügung steht, und
2. unverändert.
- (3) bis (8) unverändert.

§ 33. (1) unverändert.

(2) Voraussetzung für die Erteilung einer Bewilligung gemäß Abs. 1 ist der Nachweis, dass die Bewilligung zur Aufrechterhaltung einer ausreichenden allgemein ärztlichen oder fachärztlichen Betreuung der Patienten in dem für den Berufssitz in Aussicht genommenen Ort und dessen Einzugsgebiet erforderlich ist und ein gemäß § 31 zur selbstständigen Berufsausübung in Österreich berechtigter Arzt trotz Ausschreibung im jeweiligen offiziellen Presseorgan der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht zur Verfügung steht.

(3) bis (8) unverändert.

Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden

§ 49. (1) Ein Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.

(2) unverändert.

(2a) Ärzte und Gruppenpraxen haben regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der Österreichischen Ärztekammer nach Maßgabe der technischen Ausstattung im Wege der elektronischen Datenfernübertragung zu übermitteln.

(2b) Ergibt die Evaluierung oder Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit oder unterbleibt aus Gründen, die der Arzt oder die Gruppenpraxis zu vertreten hat, die Evaluierung gemäß Abs. 2a, so stellt dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung einen Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, dar. Gleiches gilt auch im Falle des Unterbleibens einer ersten Evaluierung bis zum

§ 33. (1) unverändert.

(2) Voraussetzung für die Erteilung einer Bewilligung gemäß Abs. 1 ist der Nachweis, dass die Bewilligung zur Aufrechterhaltung einer ausreichenden allgemein ärztlichen oder fachärztlichen Betreuung der Patienten in dem für den Berufssitz in Aussicht genommenen Ort und dessen Einzugsgebiet erforderlich ist und ein gemäß § 31 zur selbstständigen Berufsausübung in Österreich berechtigter Arzt trotz Ausschreibung im jeweiligen offiziellen Presseorgan der Österreichischen Ärztekammer und die Holding der österreichischen Sozialversicherung nicht zur Verfügung steht.

(3) bis (8) unverändert.

Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden

§ 49. (1) Ein Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren. Inhaber von ärztlichen Ordinationsstätten und Gruppenpraxen sind verpflichtet, sich ab einer gesicherten Verfügbarkeit der notwendigen technischen Infrastruktur unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an der Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) einschließlich E-Medikations-Datenbanken zu beteiligen.

(2) unverändert.

(2a) Davon ausgenommen sind Inhaber von ärztlichen Ordinationsstätten und Gruppenpraxen, wenn sie als Vertragspartner eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung Leistungen erbringen, mit Ausnahme der Vertragspartner nach § 343a Abs. 2 ASVG.

(2b) Ergibt die Evaluierung oder Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit oder unterbleibt aus Gründen, die der Arzt oder die Gruppenpraxis zu vertreten hat, die Evaluierung gemäß Abs. 2a, so stellt dies eine schwerwiegende Berufspflichtverletzung dar. Gleiches gilt auch im Falle des Unterbleibens einer ersten Evaluierung bis zum Ablauf des 31. Dezember 2008.

Ablauf des 31. Dezember 2008.

(3) bis (6) unverändert.

Gesellschaft für Qualitätssicherung

§ 118a. (1) bis (4) unverändert.

(5) Auf Anfrage eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers sowie einer Krankenfürsorgeeinrichtung sind die Ergebnisse der Evaluierung eines Vertragsarztes oder einer Vertragsgruppenpraxis dem anfragenden Vertragspartner bekannt zu geben. Von Kontrollen ärztlicher Ordinationsstätten oder Gruppenpraxen sind der anfragende gesetzliche Krankenversicherungsträger oder die anfragende Krankenfürsorgeeinrichtung zu informieren, wobei diesen das Recht zusteht, einen Arzt der betreffenden Fachrichtung zur Teilnahme an der Kontrolle zu bestimmen. Im Falle mehrerer anfragenden gesetzlichen Krankenversicherungsträger bzw. Krankenfürsorgeeinrichtungen steht diesen das Recht zu, gemeinsam einen Arzt der betreffenden Fachrichtung zur Teilnahme an der Kontrolle zu bestimmen.

(6) unverändert.

(3) bis (6) unverändert.

Gesellschaft für Qualitätssicherung

§ 118a. (1) bis (4) unverändert.

(5) Vom Ergebnis einer Evaluierung oder Kontrolle einer ärztlichen Ordinationsstätte oder einer Gruppenpraxis ist der anfragende gesetzliche Krankenversicherungsträger oder die anfragende Krankenfürsorgeeinrichtung zu informieren, sofern sich der Inhaber der betreffenden ärztlichen Ordinationsstätte oder die betreffende Gruppenpraxis nachweislich um ein Vertragsverhältnis zum anfragenden gesetzlichen Krankenversicherungsträger oder zur anfragenden Krankenfürsorgeeinrichtung beworben hat.

(6) unverändert.

In-Kraft-Tretens-Bestimmung zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008

§ 226. Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2009 die §§ 32 Abs. 2 Z 1, 33 Abs. 2 und 49 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008;
2. mit 1. August 2009 die §§ 49 Abs. 2a und 2b sowie § 118a Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008.

Artikel 9 Änderung des Zahnärztegesetzes

5. Abschnitt

Berufspflichten

Allgemeine Berufspflichten

§ 16. Angehörige des zahnärztlichen Berufs haben die in zahnärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Sie haben das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden nach Maßgabe der zahnmedizinischen Wissenschaft und

5. Abschnitt

Berufspflichten

Allgemeine Berufspflichten

§ 16. (1) Angehörige des zahnärztlichen Berufs haben die in zahnärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Sie haben das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden nach Maßgabe der zahnmedizinischen Wissenschaft und

Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften zu wahren.

Qualitätssicherung

§ 22. (1) Angehörige des zahnärztlichen Berufs haben regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die Ergebnisse der Österreichischen Zahnärztekammer zu übermitteln.

(2) Wenn

1. die Evaluierung gemäß Abs. 1 aus Gründen, die der/die Berufsangehörige zu vertreten hat, unterbleibt,
2. die Evaluierung oder Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit ergibt oder
3. eine erste Evaluierung bis zum Ablauf des 31. Dezember 2009 unterbleibt, sofern der/die Berufsangehörige mindestens sechs Monate den zahnärztlichen Beruf ausgeübt hat,

stellt dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung einen Kündigungsgrund gemäß § 343 Abs. 4 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, dar.

(3) unverändert.

In-Kraft-Treten

§ 72. (1) bis (5) unverändert.

Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften zu wahren.

(2) Freiberuflich tätige Angehörige des zahnärztlichen Berufs, die Inhaber/Inhaberinnen einer Ordinationsstätte sind, sowie Gruppenpraxen (§ 26) sind verpflichtet, sich ab einer gesicherten Verfügbarkeit der notwendigen technischen Infrastruktur unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an der Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) einschließlich E-Medikations-Datenbanken zu beteiligen.

Qualitätssicherung

§ 22. (1) Angehörige des zahnärztlichen Berufs, die in keinem Vertragsverhältnis zu einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung stehen, haben regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die Ergebnisse der Österreichischen Zahnärztekammer zu übermitteln.

(2) Wenn

1. die Evaluierung gemäß Abs. 1 aus Gründen, die der/die Berufsangehörige zu vertreten hat, unterbleibt,
2. die Evaluierung oder Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit ergibt oder
3. eine erste Evaluierung bis zum Ablauf des 31. Dezember 2009 unterbleibt, sofern der/die Berufsangehörige mindestens sechs Monate den zahnärztlichen Beruf ausgeübt hat,

stellt dies eine schwerwiegende Berufspflichtverletzung dar.

(3) unverändert.

In-Kraft-Treten

§ 72. (1) bis (5) unverändert.

(6) Mit 1. Jänner 2009 tritt § 16 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 in Kraft.

(7) Mit 1. August 2009 tritt § 22 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 in Kraft.

Artikel 10 Änderung des Zahnärztekammergesetzes

Einrichtung für Qualitätssicherung

§ 50. (1) bis (4) unverändert.

(5) Auf Anfrage eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers sowie einer Krankenfürsorgeeinrichtung sind die Ergebnisse der Evaluierung eines/einer Vertragszahnarztes/Vertragszahnärztin dem/der anfragenden Vertragspartner/Vertragspartnerin bekannt zu geben. Von Kontrollen zahnärztlicher Ordinationsstätten sind der anfragende gesetzliche Krankenversicherungsträger oder die anfragende Krankenfürsorgeeinrichtung zu informieren, wobei diesen das Recht zusteht, einen/eine Angehörigen/Angehörige des zahnärztlichen Berufs zur Teilnahme an der Kontrolle zu bestimmen. Im Falle mehrerer anfragender gesetzlicher Krankenversicherungsträger bzw. Krankenfürsorgeeinrichtungen steht diesen das Recht zu, gemeinsam einen/eine Angehörigen/Angehörige des zahnärztlichen Berufs zur Teilnahme an der Kontrolle zu bestimmen.

(6) unverändert.

In-Kraft-Treten

§ 126. (1) bis (4) unverändert.

Einrichtung für Qualitätssicherung

§ 50. (1) bis (4) unverändert.

(5) Vom Ergebnis einer Evaluierung oder Kontrolle einer zahnärztlichen Ordinationsstätte oder einer Gruppenpraxis ist der anfragende gesetzliche Krankenversicherungsträger oder die anfragende Krankenfürsorgeeinrichtung zu informieren, sofern sich der/die Inhaber/Inhaberin der betreffenden zahnärztlichen Ordinationsstätte oder die betreffende Gruppenpraxis nachweislich um ein Vertragsverhältnis zum anfragenden gesetzlichen Krankenversicherungsträger oder zur anfragenden Krankenfürsorgeeinrichtung beworben hat.

(6) unverändert.

In-Kraft-Treten

§ 126. (1) bis (4) unverändert.

(5) § 50 Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 tritt mit 1. August 2009 in Kraft.

Artikel 11 Änderung des Rezeptpflichtgesetzes

§ 3. (1) Ein Rezept im Sinne des Bundesgesetzes hat zu enthalten:

- a) und b) unverändert.
- c) die Bezeichnung des verordneten Arzneimittels;
- d) bis h) unverändert.

§ 3. (1) Ein Rezept im Sinne des Bundesgesetzes hat zu enthalten:

- a) und b) unverändert.
- c) den Namen des verordneten Arzneimittels,
- d) bis h) unverändert.

(1a) Sofern die Verschreibung auf Kosten der sozialen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeanstalt erfolgt, kann unter den nach sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen vorgesehenen Voraussetzungen anstelle der Angabe nach Abs. 1 lit. c die Anführung des Wirkstoffs oder der Wirkstoffkombina-

(2) und (3) unverändert.
 § 8. (1) bis (8) unverändert.

tion, sofern vorhanden unter Nennung des von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen internationalen Freinamens (INN), erfolgen.

(2) und (3) unverändert.
 § 8. (1) bis (8) unverändert.

(9) In § 5 Abs. 2 Z 5 wird mit 1. Jänner 2009 die Wortfolge „des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger“ durch die Wortfolge „der Holding der österreichischen Sozialversicherung“ ersetzt.

Artikel 12

Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten

Artikel 1

(Grundsatzbestimmungen)

Allgemeine Bestimmungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten

§ 3. (1) bis (4) unverändert.

(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es lediglich bei Ambulatorien einer Bewilligung zur Errichtung; diese ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung der Ärzte bzw. Zahnärzte und Dentisten oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn der Bedarf durch die Landesregierung festgestellt ist. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines Ambulatoriums betraut. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betriebe der Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 4 lit. b, c und d gegeben sind.

(6) bis (8) unverändert.

Arzneimittelkommission

§ 19a. (1) bis (3) unverändert.

Allgemeine Bestimmungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten

§ 3. (1) bis (4) unverändert.

(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es lediglich bei Ambulatorien einer Bewilligung zur Errichtung; diese ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung der Ärzte bzw. Zahnärzte und Dentisten oder zwischen der Holding der österreichischen Sozialversicherung und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn der Bedarf durch die Landesregierung festgestellt ist. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines Ambulatoriums betraut. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betriebe der Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 4 lit. b, c und d gegeben sind.

(6) bis (8) unverändert.

Arzneimittelkommission

§ 19a. (1) bis (3) unverändert.

(4) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

1. und 2. unverändert.
3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

(5) bis (7) unverändert.

Arzneimittelkommission

§ 19a. (1) bis (3) unverändert.

(4) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

1. und 2. unverändert.
3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

(5) bis (7) unverändert.

Entlassung von Pflegelingen.

§ 24. (1) unverändert.

(2) Bei der Entlassung eines Pflegelings ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Arztbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu enthalten hat. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben, wenn medizinisch vertretbar, den vom Hauptver-

(4) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

1. und 2. unverändert.
3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden und das ökonomisch günstigste pro Einheit der Packungsgröße, gegebenenfalls unter Berücksichtigung des vom Hauptverband festgelegten Referenzpreises, gewählt wird.

(5) bis (7) unverändert.

Arzneimittelkommission

§ 19a. (1) bis (3) unverändert.

(4) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

1. und 2. unverändert.
3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das von der Holding der österreichischen Sozialversicherung herausgegebene Heilmittelverzeichnis und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

(5) bis (7) unverändert.

Entlassung von Pflegelingen.

§ 24. (1) unverändert.

(2) Bei der Entlassung eines Pflegelings ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, zahnärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der medizinisch-technischen Dienste oder

band der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu berücksichtigen. Erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Arztbrief ist nach Entscheidung des Pfleglings

1. diesem, oder
2. dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt und
3. bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung oder dem entsprechenden Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu übermitteln. Bei Bedarf sind dem Arztbrief auch Angaben zu Maßnahmen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich anzufügen.

(3) und (4) unverändert.

Entlassung von Pfleglingen.

§ 24. (1) unverändert.

(2) Bei der Entlassung eines Pfleglings ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Arztbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu enthalten hat. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben, wenn medizinisch vertretbar, den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu berücksichtigen. Erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Arztbrief ist nach Entscheidung des Pfleglings

1. bis 3. unverändert.

Heilmasseur zu enthalten hat. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu beachten und ab 1. Jänner 2010 unter Angabe des Wirkstoffs oder der Wirkstoffkombination, Stärke und Darreichungsform zu erfolgen, sofern sich nicht die Empfehlung aus medizinischen Gründen auf ein bestimmtes Präparat beziehen muss. Bezieht sich die Empfehlung auf ein Arzneimittel, für dessen Abgabe auf Kosten der sozialen Krankenversicherung die Einholung einer Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger erforderlich ist, ist diese Bewilligung von der Krankenanstalt einzuholen. Dieser Entlassungsbrief ist nach Entscheidung des Pfleglings

1. diesem, oder
2. dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt bzw. Zahnarzt und
3. bei Bedarf den für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Angehörigen eines Gesundheitsberufes und

4. bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung zu übermitteln.

(3) und (4) unverändert.

Entlassung von Pfleglingen.

§ 24. (1) unverändert.

(2) Bei der Entlassung eines Pfleglings ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Arztbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu enthalten hat. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben, wenn medizinisch vertretbar, den von der Holding der österreichischen Sozialversicherung herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu berücksichtigen. Erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Arztbrief ist nach Entscheidung des Pfleglings

1. bis 3. unverändert.

(3) und (4) unverändert.

Zweckzuschüsse des Bundes

§ 57. (1) und (2) unverändert.

(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

(4) bis (6) unverändert.

§ 59e. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Verwendung der Mittel gemäß Abs. 1 wird in der Bundesgesundheitskommission im Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgelegt.

(4) unverändert.

§ 59g. (1) unverändert.

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

1. und 2. unverändert.
3. sechs Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
4. bis 11. unverändert.

(3) bis (7) unverändert.

(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.

(3) und (4) unverändert.

Zweckzuschüsse des Bundes

§ 57. (1) und (2) unverändert.

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

(4) bis (6) unverändert.

§ 59e. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Verwendung der Mittel gemäß Abs. 1 wird in der Bundesgesundheitskommission im Einvernehmen mit den Ländern und der Holding der österreichischen Sozialversicherung festgelegt.

(4) unverändert.

§ 59g. (1) unverändert.

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

1. und 2. unverändert.
3. sechs Mitglieder bestellt die Holding der österreichischen Sozialversicherung;
4. bis 11. unverändert.

(3) bis (7) unverändert.

(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 der Holding der österreichischen Sozialversicherung erforderlich.

Artikel 2**(unmittelbar anwendbares Bundesrecht)**

§ 65. (1) bis (4d) unverändert.

§ 65. (1) bis (4d) unverändert.

(4e) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 3 Abs. 5, § 19a Abs. 4 Z 3, § 24 Abs. 2, § 57 Abs. 3, § 59e Abs. 3, § 59g Abs. 2 Z 3 und Abs. 8 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/xxxx innerhalb von sechs Monaten zu erlassen. Die Ausführungsbestimmungen zu § 3 Abs. 5, § 19a Abs. 4 Z 3, § 24 Abs. 2, § 57 Abs. 3, § 59e Abs. 3, § 59g Abs. 2 Z 3 und Abs. 8 - soweit sie die Ersetzung der Wortfolge „Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger“ durch die Wortfolge „SV-Holding“ betreffen - sind mit 1. Jänner 2009 in Kraft zu setzen.

(5) und (6) unverändert.

(5) und (6) unverändert.

Artikel 13**Änderung des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967**

§ 39j. (1) bis (5) unverändert.

(6) Ab 1. Jänner 2005 ist ein Beitrag zur Krankenversicherung in der Höhe von 6,95 % des Aufwandes des Kinderbetreuungsgeldes nach KBBG, 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. I Nr. 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.

§ 55. (1) bis (11) unverändert.

§ 39j. (1) bis (5) unverändert.

(6) Ein Beitrag zur Krankenversicherung ist in den Jahren 2005 bis 2007 in der Höhe von 6,9 %, in den Jahren 2008 bis 2013 in der Höhe von 7,05 % und ab dem Jahr 2014 in der Höhe von 6,95 % des Aufwandes des Kinderbetreuungsgeldes nach KBBG, 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. I Nr. 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) aufgehoben..

(7) bis (9) unverändert.

§ 55. (1) bis (11) unverändert.

(12) § 39j Abs. 6 in der Fassung des BGBl. I Nr. xx/2008 tritt mit dem Kundmachung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 folgenden Tag in Kraft. § 39j Abs. 6a tritt mit dem Kundmachung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 folgenden Tag außer Kraft.

Artikel 14

Änderung des Dienstgeberabgabegesetzes

Zweckwidmung

§ 3. (1) 23,5 % der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Krankenversicherung der geringfügig beschäftigten Personen und sind vom einhebenden Krankenversicherungsträger an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (§ 447a ASVG) zu überweisen; ergibt sich gemäß § 26 Abs. 1 Z 4 ASVG die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau in der Krankenversicherung, so sind diese Erträge von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau direkt einzubehalten. 76,5 % der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Pensionsversicherung und sind vom einhebenden Krankenversicherungsträger an die Pensionsversicherungsanstalt zu überweisen; ergibt sich gemäß § 29 Z 2 lit. a ASVG die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau in der Pensionsversicherung, so sind diese Erträge von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau direkt einzubehalten.

(2) unverändert.

In-Kraft-Treten

§ 6. (1) bis (4) unverändert.

Zweckwidmung

(1) 23,5 % der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Krankenversicherung der geringfügig beschäftigten Personen und sind vom einhebenden Krankenversicherungsträger an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen (§ 447a ASVG) zu überweisen; ergibt sich in der Krankenversicherung gemäß § 26 Abs. 1 Z 3 ASVG die Zuständigkeit einer Betriebskrankenkasse oder gemäß § 26 Abs. 1 Z 4 ASVG die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, so sind diese Erträge von der jeweiligen Betriebskrankenkasse oder von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau direkt einzubehalten.

(2) unverändert.

In-Kraft-Treten

§ 6. (1) bis (4) unverändert.

(5) § 3 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 tritt mit 1. Juli 2008 in Kraft.

Artikel 15

Änderung des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes

Artikel I

(Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz)

§ 1. (1) unverändert.

Artikel I

(Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz)

§ 1. (1) unverändert.

(2) Diese Beihilfe richtet sich für die Träger der Sozialversicherung und für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie für die Krankenfürsorgeeinrichtungen im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 2 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 200/1967, nach ihren Krankenversicherungsaufwendungen bzw. vergleichbare Aufwendungen ohne diejenigen der eigenen Kranken- und Kuranstalten. Kostenersätze anderer Sozialversicherungsträger mindern beim empfangenden Krankenversicherungsträger den Krankenversicherungsaufwand, der der pauschalierten Beihilfe zugrunde gelegt wird. Der Prozentsatz für die Berechnung der Beihilfe berechnet sich nach dem Verhältnis der bei den Trägern der Sozialversicherung und beim Hauptverband, ausgenommen die Kranken- und Kuranstalten, im Jahr 1995 angefallenen Vorsteuern zu ihren Ausgaben für die Krankenversicherung im Jahr 1995, wobei für die Ermittlung der Ausgaben und der Vorsteuern die ab 1. Jänner 1997 geltenden umsatzsteuerlichen Regelungen zu berücksichtigen sind. Dieser Prozentsatz ist vom Bundesminister für Finanzen und vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen durch Verordnung festzusetzen. In dieser Verordnung darf auch vorgesehen werden, dass über dem Pauschalsatz von 4,3 % liegende Anteile an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (§ 447a ASVG) und an einzelne Sozialversicherungsträger unter Anrechnung auf die gesamten Ansprüche der Krankenversicherungsträger nach Abs. 1 ganz oder teilweise mit einem in der Verordnung zu bestimmenden Betrag zu überweisen sind.

(3) unverändert.

§ 2. (1) unverändert.

(2) Die Regelung des Abs. 1 gilt bis zum 31. Dezember 2008 auch für Unternehmer, die Lieferungen von menschlichem Blut (§ 6 Abs. 1 Z 21 UStG 1994) oder Umsätze gemäß § 6 Abs. 1 Z 22 UStG 1994 bewirken, wobei Umsätze an Unternehmer, die nach § 6 Abs. 1 Z 18 und 25 UStG befreite Umsätze bewirken, nicht unter die Kürzungsbestimmungen des Abs. 1 fallen.

(3) und (4) unverändert.

§ 6. Die Geltendmachung der Beihilfe nach §§ 1 und 2 hat mit Ausnahme von Akonto-Zahlungen von den in §§ 1 und 2 genannten Unternehmern bzw. ihren

(2) Die Beihilfe für die Sozialversicherung und für die Krankenfürsorgeeinrichtungen im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 2 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 200/1967, ergibt sich aus den im Zusammenhang mit den gemäß § 6 Abs. 1 Z 7 UStG 1994 befreiten Umsätzen stehenden, nach § 12 Abs. 3 UStG 1994 nicht abziehbaren Vorsteuerbeträgen.

(3) unverändert.

(4) Eine Kürzung der Beihilfe im Ausmaß von 10 % der nicht aus öffentlichen Mitteln stammenden Entgelte ist vorzunehmen, wenn andere als nach § 6 Abs. 1 Z 7 UStG 1994 befreite Umsätze durchgeführt werden und für diese Umsätze zuvor nicht abzugsfähige Vorsteuern als Beihilfe in Anspruch genommen worden sind. Die Kürzungsbestimmung des § 2 Abs. 4 ist sinngemäß anzuwenden.

§ 2. (1) unverändert.

(2) Die Regelung des Abs. 1 gilt bis zum 31. Dezember 2013 auch für Unternehmer, die Lieferungen von menschlichem Blut (§ 6 Abs. 1 Z 21 UStG 1994) oder Umsätze gemäß § 6 Abs. 1 Z 22 UStG 1994 bewirken, wobei Umsätze an Unternehmer, die nach § 6 Abs. 1 Z 18 und 25 UStG befreite Umsätze bewirken, nicht unter die Kürzungsbestimmungen des Abs. 1 fallen.

(3) und (4) unverändert.

§ 6. Die Geltendmachung der Beihilfe nach §§ 1 und 2 hat von den in §§ 1 und 2 genannten Unternehmern bzw. ihren Rechtsträgern für jeden Monat mit

Rechtsträgern für jeden Monat mit Erklärung zu erfolgen. Die Erklärungen sind bei der gemäß § 4 für die Einhebung und zwangsweise Einbringung zuständigen Stelle im Wege der Länder, des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger oder - soweit sie Beihilfen gemäß § 2 Abs. 2 betreffen und nicht Krankenförderungseinrichtungen der Länder und Gemeinden zuordenbar sind - des Österreichischen Roten Kreuzes einzureichen.

§ 8. Die Auszahlung der Beihilfen nach § 1 Abs. 2 an die Krankenfürsorgeeinrichtungen und nach § 1 Abs. 3 hat im Wege der Länder zu erfolgen. Die Auszahlung der Beihilfen nach § 2 Abs. 1 hat, wenn eine Leistungserbringung auf Grund von Verträgen mit österreichischen Sozialversicherungsträgern erfolgt und für eigene Kranken- und Kuranstalten der Sozialversicherungsträger im Wege des Hauptverbandes, für Krankenanstalten, die Sachleistungen mit Landesfonds verrechnen, im Wege der Landesfonds, in allen anderen Fällen im Wege der Länder zu erfolgen. Die Auszahlung der Beihilfen nach § 2 Abs. 2 hat - soweit sie sich auf Krankenförderungseinrichtungen der Länder und Gemeinden beziehen - im Wege der Länder, die Auszahlung der anderen Beihilfen nach § 2 Abs. 2 im Wege des Österreichischen Roten Kreuzes zu erfolgen. Die Beihilfen sind spätestens am 25. Tag des auf die Einreichung der gesammelten Erklärungen folgenden Kalendermonats den Ländern, dem Hauptverband bzw. dem Österreichischen Roten Kreuz anzuweisen. Die ausgezahlten Beträge sind unverzüglich an die Anspruchsberechtigten weiterzuleiten.

§ 16. (1) und (2) unverändert.

Erklärung zu erfolgen. Die Erklärungen sind bei der gemäß § 4 für die Einhebung und zwangsweise Einbringung zuständigen Stelle im Wege der Länder, des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger oder - soweit sie Beihilfen gemäß § 2 Abs. 2 betreffen und nicht Krankenförderungseinrichtungen der Länder und Gemeinden zuordenbar sind - des Österreichischen Roten Kreuzes einzureichen.

§ 8. Die Auszahlung der Beihilfen nach § 1 Abs. 2 an die Träger der Sozialversicherung erfolgt im Wege des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Dieser hat zunächst 18 % dieser Beihilfen ausschließlich an die Krankenversicherungsträger aufzuteilen. Der Rest ist aliquot entsprechend den nicht abziehbaren Vorsteuern an die Sozialversicherungsträger aufzuteilen. Die Auszahlung der Beihilfen nach § 1 Abs. 2 an die Krankenfürsorgeeinrichtungen und nach § 1 Abs. 3 hat im Wege der Länder zu erfolgen. Die Auszahlung der Beihilfen nach § 2 Abs. 1 hat, wenn eine Leistungserbringung auf Grund von Verträgen mit österreichischen Sozialversicherungsträgern erfolgt und für eigene Kranken- und Kuranstalten der Sozialversicherungsträger im Wege des Hauptverbandes, für Krankenanstalten, die Sachleistungen mit Landesfonds verrechnen, im Wege der Landesfonds, in allen anderen Fällen im Wege der Länder zu erfolgen. Die Auszahlung der Beihilfen nach § 2 Abs. 2 hat - soweit sie sich auf Krankenförderungseinrichtungen der Länder und Gemeinden beziehen - im Wege der Länder, die Auszahlung der anderen Beihilfen nach § 2 Abs. 2 im Wege des Österreichischen Roten Kreuzes zu erfolgen. Die Beihilfen sind spätestens am 25. Tag des auf die Einreichung der gesammelten Erklärungen folgenden Kalendermonats den Ländern, dem Hauptverband bzw. dem Österreichischen Roten Kreuz anzuweisen. Die ausgezahlten Beträge sind unverzüglich an die Anspruchsberechtigten weiterzuleiten.

§ 16. (1) und (2) unverändert.

(3) § 1 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 ist auf Vorsteuerbeträge anzuwenden, die sich auf (Eingangs-)Umsätze beziehen, die nach dem 31. Dezember 2007 anfallen. Soweit auf diese (Eingangs-)Umsätze Anzahlungen vor dem 1. Jänner 2008 geleistet worden sind, können auch die Vorsteuern nur anteilig geltend gemacht werden. Die für Jänner 2008 und Folgemonate bereits erklärten Pauschalzahlungen der Krankenfürsorgeeinrichtungen sind von der in der Beihilfenerklärung für den gleichen Zeitraum zu beantragenden Vorsteuererstattung abzuziehen.

(4) Mit der Kundmachung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 werden Akonto-Zahlungen gemäß § 7 eingestellt. Die bereits für März 2008 und Folge-

monate zur Anweisung gelangten Pauschalzahlungen werden monatsweise auf die 1:1-Beihilfenzahlungen für die Monate Jänner 2008 und Folgemonate angerechnet. Eine Jahresabrechnung gemäß § 7 ist vom Hauptverband letztmalig für die dem Jahr 2007 zuzurechnenden Pauschalzahlungen vorzulegen. Der sich aus der Jahresabrechnung ergebende Unterschiedsbetrag zu den Akonto-Zahlungen wird mit der nächsten 1:1-Beihilfe ausgeglichen.

Artikel 16

Änderung des Finanzausgleichsgesetzes 2008

B. Zwischen Bund und Ländern (Gemeinden) geteilte Abgaben

§ 8. (1) unverändert.

(2) Der Teilung unterliegt der Reinertrag der Abgaben, der sich nach Abzug der Rückvergütungen und der für eine Mitwirkung bei der Abgabeneinhebung allenfalls gebührenden Vergütungen und bei der Einkommensteuer nach Abzug des im § 39 Abs. 5 lit. a des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 genannten Betrages, der dem Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zuzuweisen ist (Abgeltungsbetrag), ergibt. Nebenansprüche im Sinne der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, unterliegen nicht der Teilung. Vor der Teilung sind abzuziehen:

1. und 2. unverändert.
 3. bei der Tabaksteuer der dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gemäß § 447a Abs. 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu überweisende Betrag,
 4. unverändert.
- (3) unverändert.

Inkrafttreten, Sonderbestimmungen

§ 24. (1) unverändert.

(2) bis (10) unverändert.

B. Zwischen Bund und Ländern (Gemeinden) geteilte Abgaben

§ 8. (1) unverändert.

(2) Der Teilung unterliegt der Reinertrag der Abgaben, der sich nach Abzug der Rückvergütungen und der für eine Mitwirkung bei der Abgabeneinhebung allenfalls gebührenden Vergütungen und bei der Einkommensteuer nach Abzug des im § 39 Abs. 5 lit. a des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 genannten Betrages, der dem Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zuzuweisen ist (Abgeltungsbetrag), ergibt. Nebenansprüche im Sinne der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, unterliegen nicht der Teilung. Vor der Teilung sind abzuziehen:

1. und 2. unverändert.
 3. bei der Tabaksteuer die gemäß § 447a Abs. 10 und 11 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zu überweisenden Beträge,
 4. unverändert.
- (3) unverändert.

Inkrafttreten, Sonderbestimmungen

§ 24. (1) unverändert.

(1a) § 8 Abs. 2 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2008 tritt mit 1. Jänner 2008 in Kraft.

(2) bis (10) unverändert.

Artikel 17

Bundesgesetz, mit dem der Bundesminister für Finanzen ermächtigt wird, auf Bundesforderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen zu verzichten

§ 1. Der Bundesminister für Finanzen wird ermächtigt, in den Jahren 2008 und 2009 zur Reduzierung der Verbindlichkeiten jener Gebietskrankenkassen, die zum Stichtag 31. Dezember 2007 ein negatives Reinvermögen ausgewiesen haben, auf Forderungen des Bundes gegenüber diesen Gebietskrankenkassen im Ausmaß von insgesamt bis zu 450 Millionen Euro Nominale zuzüglich Zinsen für den Zeitraum zwischen Valutierung und Wirksamkeit des Forderungsverzichtes zu verzichten. Die Gebietskrankenkassen dürfen diese Mittel ausschließlich zur Reduzierung des negativen Reinvermögens im Wege der Rückführung ihrer Verbindlichkeiten verwenden.

§ 2. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist der Bundesminister für Finanzen betraut.

Artikel 18

Bundesgesetz über eine pauschalierte Abgabe von Unternehmen, die zum Vertrieb von Heilmitteln berechtigt sind (Heilmittelabgabegesetz)

Heilmittelabgabe

§ 1. (1) Die vertriebsberechtigten Unternehmen nach § 351c des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, haben jährlich eine pauschalierte Abgabe in der Höhe von 6 % ihres jährlichen Heilmittelumsatzes, den sie auf Rechnung der Krankenversicherungsträger erzielen, zu entrichten (Heilmittelabgabe), wobei bei jedem Unternehmen ein Sockelbetrag von zwei Millionen Euro außer Betracht bleibt. Dieser Sockelbetrag unterliegt einer jährlichen Valorisierung auf der Grundlage der Steigerungen der Heilmittelaufwendungen der Krankenversicherungsträger.

(2) Die Heilmittelabgabe ist eine ausschließliche Bundesabgabe, die von der SV-Holding nach § 30 ASVG im übertragenen Wirkungsbereich einzuheben ist. Sie hat dabei die für Verwaltungssachen geltenden verfahrensrechtlichen Bestimmungen nach dem Siebenten Teil des ASVG anzuwenden.

Entrichtung

§ 2. (1) Die Heilmittelabgabe ist jeweils für ein Kalenderjahr im Nachhinein

bis zum 1. April des Folgejahres zu entrichten. Auf die Entrichtung sind die §§ 58, 59 und 64 bis 69 ASVG so anzuwenden, dass an die Stelle der Beiträge die Heilmittelabgabe und an die Stelle des Beitragsschuldners das vertriebsberechtigte Unternehmen tritt.

(2) Die Heilmittelabgabe ist von der SV-Holding abzurechnen und einzuheben.

(3) Vertriebsberechtigten Unternehmen, die der Entrichtung der Heilmittelabgabe nicht rechtzeitig nachkommen, kann die SV-Holding einen Zuschlag bis zu 10 % der festgesetzten Heilmittelabgabe auferlegen (Verspätungszuschlag), wenn die Verspätung nicht entschuldbar ist.

Zweckwidmung

§ 3. Die Erträge aus der Heilmittelabgabe dienen zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Krankenversicherung und sind von der SV-Holding auf die Träger der Krankenversicherung entsprechend ihrer Heilmittelaufwendungen aufzuteilen.

Verweisungen

§ 4. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen des ASVG verwiesen wird, sind diese in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

Vollziehung

§ 5. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz betraut.

In-Kraft-Treten

§ 6. (1) Dieses Bundesgesetz tritt unbeschadet Abs. 2 und 3 mit 1. Jänner 2009 in Kraft.

(2) Dieses Bundesgesetz tritt nicht in Kraft, sofern durch Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz festgestellt wird, dass bis zum 1. September 2008 eine Vereinbarung mit gleicher Wirkung wie die in § 1 vorgesehene Heilmittelabgabe zwischen dem Hauptverband und den vertriebsberechtigten Unternehmen nach § 351c ASVG abgeschlossen wurde.

(3) Abs. 2 tritt mit dem Tag der Kundmachung dieses Bundesgesetzes in Kraft.