

Entwurf

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Apothekengesetz, das Ärztegesetz 1998, das Zahnärztegesetz, das Rezeptpflichtgesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten sowie das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz geändert werden und ein Bundesgesetz, mit dem der Bundesminister für Finanzen ermächtigt wird, auf Bundesforderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen zu verzichten, sowie ein Bundesgesetz zur Dämpfung der Heilmittelkosten für die Jahre 2008 bis 2010 erlassen werden (Krankenversicherungs-Änderungsgesetz – KV-ÄG)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1
Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 2/2008, wird wie folgt geändert:

1. *Im § 31 Abs. 5 Z 13 wird vor dem letzten Halbsatz folgender Halbsatz eingefügt:*

„dies gilt auch für den Ausschluss der Ersetzung einer wirkstoffidenten Arzneispezialität;“

2. *§ 31d lautet:*

„**§ 31d.** Der Hauptverband hat sich an der Planung zur Einführung und 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 Rezeptpflichtgesetz, BGBl. Nr. 413/1972, zur Verschreibung eines Arzneimittels berechtigt sind sowie die Apothekerinnen und Apotheker verpflichtend beteiligen.“

3. *Dem § 136 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:*

„Für Arzneispezialitäten, die nach § 350 Abs. 1a Z 1 oder Z 2 verordnet werden, übernehmen die Träger der Krankenversicherung die Kosten höchstens bis zum jeweiligen Referenzpreis. Wird auf Verlangen des/der Versicherten eine Arzneispezialität abgegeben, deren Kassenverkaufspreis bezogen auf die Packungsgröße über dem Referenzpreis liegt, so hat der/die Versicherte die Differenz zwischen dem Referenzpreis und dem Kassenverkaufspreis der abgegebenen Arzneispezialität zu tragen.“

4. *Nach § 340a wird folgender § 340b samt Überschrift eingefügt:*

„Nachweis über die erbrachten Leistungen

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

(2) Der Hauptverband hat nach Weisungen der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend durch Verordnung Grundsätze über den Inhalt und Umfang des Nachweises festzulegen.“

5. § 341 Abs. 1 lautet:

„(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. 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.“

6. Dem § 342 Abs. 1 Z 7 wird folgender Halbsatz angefügt:

„Teilkündigungen eines Gesamtvertrages für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches sind zulässig;“

7. Im § 343 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 6 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 7 wird angefügt:

„7. der Nicht-Verlängerung nach Abs. 2a.“

8. Nach § 343 Abs. 2 werden folgende Abs. 2a, 2b und 2c eingefügt:

„(2a) Für Vertragsverhältnisse, die nach dem 31. Juli 2008 geschlossen werden, besteht nach Ablauf von fünf Jahren Rechtsanspruch auf Verlängerung für jeweils weitere fünf Jahre, wenn die Vertragsärztin/der Vertragsarzt bzw. die Vertrags-Gruppenpraxis die in der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend nach Abs. 2b genannten Voraussetzungen erfüllt.

(2b) Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend hat unter Heranziehung der von der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen erarbeiteten Grundlagen nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes durch Verordnung festzulegen, welche Standards von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt und der Vertrags-Gruppenpraxis erfüllt sein müssen, um nach Ablauf von fünf Jahren einen Rechtsanspruch auf Verlängerung des Vertrages zu haben (Abs. 2a), sowie das Verfahren zur Durchführung der Evaluierung durch den Krankenversicherungsträger. Die Durchführung der Evaluierung ist vom Krankenversicherungsträger durchzuführen. 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-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien;
2. Fort- und Weiterbildung;
3. effizientes Vorgehen bei ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen;
4. Dokumentationspflichten sowie
5. Einhaltung festgelegter Behandlungsleitlinien und -richtlinien.

(2c) Für Vertragsverhältnisse, die bis zum 31. Juli 2008 geschlossen wurden, können der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt bzw. der Vertrags-Gruppenpraxis entsprechende Auflagen erteilt werden, wenn die in der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend nach Abs. 2b genannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden. Eine Evaluierung ist alle fünf Jahre vorzunehmen. Bei zweimaliger Nichteinhaltung erteilter Auflagen kann das Vertragsverhältnis unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres vom Träger der Krankenversicherung gekündigt werden. Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden.“

9. Nach § 343d wird folgender § 343e samt Überschrift eingefügt:

„Sicherstellung der Leistungserbringung bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 343e. Stehen keine Gesamtverträge in Geltung oder haben so viele Vertragsärztinnen/Vertragsärzte sowie Vertrags-Gruppenpraxen ihren Einzelvertrag gekündigt, dass eine Leistungserbringung im Sinne des § 23 Abs. 5 nicht sichergestellt ist, können die Träger der Krankenversicherung mit einzelnen freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten sowie Gruppenpraxen Verträge (Leistungsverträge) abschließen. Für diese Leistungsverträge gelten die Bestimmungen über Einzelverträge mit der Maßgabe, dass der Vertragsabschluss nicht der Mitwirkung der zuständigen Ärztekammer bedarf, der Inhalt nicht an den Inhalt eines bestehenden Gesamtvertrages gebunden ist und eine Unwirksamkeitserklärung der Kündigung nach § 343 Abs. 4 nicht möglich ist. Im Falle des Abschlusses eines Gesamtvertrages erlischt der Leistungsvertrag. Es besteht jedoch Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages im Rahmen des Stellenplans, wobei § 343 Abs. 1 zweiter Satz nicht anzuwenden ist.“

10. Im § 349 Abs. 1 wird der Ausdruck „343a und 343c“ durch den Ausdruck „343a, 343c und 343e“ ersetzt.

11. Im § 349 Abs. 2 wird der Ausdruck „343 Abs. 1 bis 3“ durch den Ausdruck „343 Abs. 1, 2 Z 1 bis 6 und Abs. 3“ ersetzt.

12. Im § 349 Abs. 3 wird der Ausdruck „die Bestimmungen des § 341“ durch den Ausdruck „die Bestimmungen der §§ 341 und 343e“ ersetzt.

13. Nach § 349a wird folgender § 349b samt Überschrift eingefügt:

„Nachweis über die erbrachten Leistungen

§ 349b. (1) Die Vertragspartner/innen nach diesem Abschnitt haben den Versicherten unmittelbar nach jeder Inanspruchnahme einen Nachweis über die erbrachten Leistungen auszustellen.

(2) Der Hauptverband hat nach Weisungen der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend durch Verordnung Grundsätze über den Inhalt und Umfang des Nachweises festzulegen.“

14. Nach § 350 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Die Verordnung einer Arzneispezialität kann bei Vorliegen einer entsprechenden Referenzgruppe im Erstattungskodex

1. unter ihrer Wirkstoffbezeichnung,
2. unter dem jeweiligen Produktnamen ohne Ausschluss der Ersetzung durch eine wirkstoffidentente Arzneispezialität oder
3. unter dem jeweiligen Produktnamen mit Ausschluss der Ersetzung durch eine wirkstoffidentente Arzneispezialität aus medizinischen Gründen erfolgen. Darunter fallen jedenfalls eine
 - a) nachgewiesene Unverträglichkeit gegen die Hilfsstoffe der möglichen Referenzarzneispezialitäten,
 - b) Sicherstellung der Akzeptanz der angeordneten Therapie bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres,
 - c) 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. Wurde eine Arzneispezialität nur unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnet oder wurde die Ersetzung durch eine wirkstoffidentente Arzneispezialität nicht ausgeschlossen, so hat der/die Apotheker/in oder hausapothekenführende Arzt/Ärztin eine Arzneispezialität 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 auf der Verordnung zu dokumentieren.“

15. Im § 350 Abs. 1a entfällt die Z 2.

16. Nach § 350 Abs. 3 wird folgender Abs. 3a eingefügt:

„(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.“

17. Nach § 351c Abs. 3 wird folgender Abs. 3a eingefügt:

„(3a) Im Erstattungskodex sind vom Hauptverband Referenzgruppen zu bilden, wenn mindestens drei laut Warenverzeichnis des österreichischen Apothekerverlages lieferbare Arzneispezialitäten mit identem Wirkstoff oder identer Wirkstoffkombination (ATC-Code Ebene 5), identer Wirkstoffstärke oder identen 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.“

18. Die Überschrift zu § 351f lautet:

„Evaluierung des Erstattungskodex“

19. Im § 351f wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(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 dem Hauptverband jährlich darüber zu berichten.“

20. § 447a Abs. 3 Z 2 lautet:

„2. die Einnahmen nach Abs. 10 und 11;“

21. § 447a Abs. 5 entfällt.

22. § 447a Abs. 10 lautet:

„(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.“

23. § 447a Abs. 11 lautet:

„(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.“

24. § 634 Abs. 8 entfällt.

25. Nach § 634 wird folgender § 635 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2008

§ 635. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. August 2008 die §§ 31d, 340b samt Überschrift, 341 Abs. 1, 342 Abs. 1 Z 7 letzter Halbsatz, 343 Abs. 2 Z 6 und 7, 343 Abs. 2a, 2b und 2c, 343e samt Überschrift, 349 Abs. 1, 2 und 3, 349b samt Überschrift sowie 447a Abs. 3 Z 2, Abs. 10 und 11 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2008;
2. mit 1. Jänner 2010 die §§ 31 Abs. 5 Z 13, 136 Abs. 2, 350 Abs. 1a und 3a, 351c Abs. 3a, 351f Abs. 3 samt Überschrift zu § 351f in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2008.

(2) Es treten außer Kraft:

1. mit Ablauf des 31. Juli 2008 die §§ 447a Abs. 5 und 634 Abs. 8;
2. mit Ablauf des 31. Dezember 2011 § 350 Abs. 1a Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2008.

(3) Die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die E-Medikations-Datenbanken sind so rechtzeitig zu schaffen, dass die schrittweise Inbetriebnahme spätestens mit 1. Jänner 2010 gewährleistet ist.

(4) Für Vertragsverhältnisse, die bis zum 31. Juli 2008 geschlossen wurden, sind die §§ 340b und 349b mit 1. Jänner 2012 anzuwenden.

(5) Die Verordnung nach § 343 Abs. 2b ist mit Wirksamkeit 1. August 2009 zu erlassen.

(6) Abweichend von § 351f Abs. 3 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2012 der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend halbjährlich über die Entwicklung der Abgabe von Arzneispezialitäten zu berichten.

(7) Die Aufteilung der Mittel nach § 447a Abs. 5 ist vom Hauptverband nach folgenden Kriterien auf die Gebietskrankenkassen vorzunehmen:

1. zu 80 % im Verhältnis des negativen Reinvermögens der Gebietskrankenkassen des vorangegangenen Jahres, wobei eine vorschussweise Aufteilung zulässig ist und

2. zu 20 % zur Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfes nach § 447a Abs. 6 Z 4 aufgrund eines Schlüssels, der jährlich von der Trägerkonferenz des Hauptverbandes festzusetzen ist.

(8) 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

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2007, wird wie folgt geändert:

1. Im § 92 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Für Arzneispezialitäten, die nach § 350 Abs. 1a Z 1 oder Z 2 verordnet werden, übernehmen die Träger der Krankenversicherung die Kosten höchstens bis zum jeweiligen Referenzpreis. Wird auf Verlangen des/der Versicherten eine Arzneispezialität abgegeben, deren Kassenverkaufspreis bezogen auf die Packungsgröße über dem Referenzpreis liegt, so hat der/die Versicherte die Differenz zwischen dem Referenzpreis und dem Kassenverkaufspreis der abgegebenen Arzneispezialität zu tragen.“

2. Nach § 319 wird folgender § 320 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2008

§ 320. § 92 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2008 tritt mit 1. Jänner 2010 in Kraft.“

Artikel 3

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2007, wird wie folgt geändert:

1. Im § 86 Abs. 2 werden nach dem ersten Satz folgende Sätze angefügt:

„Für Arzneispezialitäten, die nach § 350 Abs. 1a Z 1 oder Z 2 verordnet werden, übernehmen die Träger der Krankenversicherung die Kosten höchstens bis zum jeweiligen Referenzpreis. Wird auf Verlangen des/der Versicherten eine Arzneispezialität abgegeben, deren Kassenverkaufspreis bezogen auf die Packungsgröße über dem Referenzpreis liegt, so hat der/die Versicherte die Differenz zwischen dem Referenzpreis und dem Kassenverkaufspreis der abgegebenen Arzneispezialität zu tragen.“

2. Nach § 309 wird folgender § 310 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2008

§ 310. § 86 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2008 tritt mit 1. Jänner 2010 in Kraft.“

Artikel 4

Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2007, wird wie folgt geändert:

1. Im § 64 Abs. 2 werden nach dem ersten Satz folgende Sätze angefügt:

„Für Arzneispezialitäten, die nach § 350 Abs. 1a Z 1 oder Z 2 verordnet werden, übernehmen die Träger der Krankenversicherung die Kosten höchstens bis zum jeweiligen Referenzpreis. Wird auf Verlangen des/der Versicherten eine Arzneispezialität abgegeben, deren Kassenverkaufspreis bezogen auf die Packungsgröße über dem Referenzpreis liegt, so hat der/die Versicherte die Differenz zwischen dem Referenzpreis und dem Kassenverkaufspreis der abgegebenen Arzneispezialität zu tragen.“

2. Nach § 218 wird folgender § 219 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2008

§ 219. § 64 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2008 tritt mit 1. Jänner 2010 in Kraft.“

Artikel 5

Änderung des Apothekengesetzes

Das Apothekengesetz, RGBI. Nr. 5/1907, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 90/2006 und die Bundesministeriengesetz-Novelle 2007, BGBl. I Nr. 6, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 13 wird folgender § 13a samt Überschrift eingefügt:

„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 an der Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) einschließlich E-Medikations-Datenbanken zu beteiligen.“

2. Im § 24 Abs. 7 wird das Zitat „§ 9 Abs. 2 und § 14 Abs. 1“ durch das Zitat „§ 9 Abs. 2, § 13a und § 14 Abs. 1“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Ärztegesetzes 1998

Das Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 57/2008, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 49 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Inhaber einer ärztlichen Ordinationsstätte und Gruppenpraxen sind verpflichtet, sich ab einer gesicherten Verfügbarkeit der notwendigen technischen Infrastruktur an der Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) einschließlich E-Medikations-Datenbanken zu beteiligen.“

Artikel 7

Änderung des Zahnärztegesetzes

Das Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl. I Nr. 126/2005, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. xx/2008 wird wie folgt geändert:

1. Der bisherige Wortlaut des § 16 erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(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 Infrastruktur an der Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) einschließlich E-Medikations-Datenbank zu beteiligen.“

Artikel 8

Änderung des Rezeptpflichtgesetzes

Das Bundesgesetz vom 25. Oktober 1972 über die Abgabe von Arzneimitteln auf Grund ärztlicher Verschreibung (Rezeptpflichtgesetz), BGBl. Nr. 413, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 36/2008 und die Berichtigung BGBl. I Nr. 59/2008, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 1 lit. c lautet:

„c) den Namen des verordneten Arzneimittels,“

2. Nach § 3 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(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 Wirkstoffkombination der verordneten Arzneispezialität, sofern vorhanden unter Nennung des von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen internationalen Freinamens (INN), erfolgen.“

Artikel 9

Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 49/2008, wird wie folgt geändert:

Artikel 1

(Grundsatzbestimmungen)

1. § 19a Abs. 4 Z 3 lautet:

„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 beachtet werden und das ökonomisch günstigste, gegebenenfalls unter Beachtung des vom Hauptverband festgelegten Referenzpreises, gewählt wird.“

2. Nach § 24 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Im Rahmen der Vorbereitung der Entlassung hat die Krankenanstalt den chef- und kontrollärztlichen Dienst des leistungszuständigen Sozialversicherungsträgers zur Abstimmung der Empfehlung hinsichtlich der weiteren Medikation im Entlassungsbrief zu konsultieren, sofern dies nach Art und Umfang der Medikation zur Sicherstellung der Übereinstimmung mit dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und der Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise erforderlich ist.“

3. § 24 Abs. 2 lautet:

„(2) Bei der Entlassung eines Pflégling 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 Heilmasseure 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 einzuholen. Dieser Entlassungsbrief ist nach Entscheidung des Pflégling

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.“

Artikel 2

(unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

4. Nach § 65 Abs. 4d wird folgender Abs. 4e eingefügt:

„(4e) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 19a Abs. 4 Z 3, § 24 Abs. 1a und § 24 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xxxx innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.“

Artikel 10

Änderung des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes

Das Bundesgesetz, mit dem Beihilfen im Gesundheits- und Sozialbereich geregelt werden, BGBl. Nr. 746/1996, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 180/2004, wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 2 lautet:

„(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.“

2. Dem § 1 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(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.“

3. Im § 2 Abs. 2 wird der Ausdruck „31. Dezember 2008“ durch den Ausdruck „31. Dezember 2013“ ersetzt.

4. Im § 6 entfällt im ersten Satz die Wortfolge „mit Ausnahme von Akonto-Zahlungen“.

5. Im § 8 werden vor dem ersten Satz folgende Sätze eingefügt:

„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.“

6. Dem § 16 werden folgende Abs. 3 und 4 angefügt:

„(3) § 1 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/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. xxx/2008 werden Akonto-Zahlungen gemäß § 7 eingestellt. Die bereits für März 2008 und Folgemonate 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 11

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 12

Bundesgesetz zur Dämpfung der Heilmittelkosten für die Jahre 2008 bis 2010

Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer und Depositeure

§ 1. (1) Die pharmazeutischen Unternehmer (ausgenommen Großhändler) und Depositeure haben für Arzneispezialitäten, die auf Rechnung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers ab dem 1. August 2008 abgegeben wurden, einen Preisnachlass in Höhe von x % des Fabriksabgabepreises (FAP) oder Depotabgabepreises (DAP) zu gewähren.

(2) Dieser Preisnachlass ist vom Apotheker bei der Abrechnung von auf Rechnung der gesetzlichen Krankenversicherungsträger abgegebenen Arzneispezialitäten sowie von der Pharmazeutischen Gehaltskasse bei Rechnungslegung an die Krankenversicherungsträger zu berücksichtigen. Eine Vereinbarung nach §§ 348a ff ASVG kann nähere Bestimmungen zur Abrechnung vorsehen.

(3) Soweit Arzneispezialitäten durch Apotheker auf Rechnung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers abgegeben wurden, sind Apotheker berechtigt, den Preisnachlass bei Begleichung der Rechnung für Lieferung derartiger Arzneispezialitäten selbständig gegenüber dem Lieferanten in Abzug zu bringen.

(4) Wenn ein Lieferant gemäß Abs. 3 Großhändler ist, hat er seinerseits das Recht, den Preisnachlass bei Begleichung der Rechnung für Lieferung derartiger Arzneispezialitäten selbständig gegenüber seinem Lieferanten in Abzug zu bringen.

(5) Der Nachlass vermindert den umsatzsteuerbaren Rechnungsbetrag. Verträge, die bewirken, dass der Nachlass nicht von einem Pharmazeutischen Unternehmer oder Depositeur getragen wird, sind nichtig.

(6) Hinsichtlich der Abgabe und Abrechnung von Arzneispezialitäten auf Rechnung der gesetzlichen Krankenversicherungsträger durch hausapothekenführende Ärzte sind die Abs. 2 bis 5 sinngemäß anzuwenden.

Andere Preisregelungen

§ 2. Andere gesetzliche Bestimmungen zur Festlegung von Preisen und Nachlässen bleiben von diesem Bundesgesetz unberührt.

Durchsetzung von Forderungen

§ 3. Streitigkeiten aus Forderungen nach § 1 Abs. 3, 4 und 6 sind im Rechtsweg vor den ordentlichen Gerichten geltend zu machen.

In-Kraft-Treten

§ 4. (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. August 2008 in Kraft und tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2010 außer Kraft.

(2) Offene Forderungen nach § 1 Abs. 3, 4 und 6 werden durch das Außer-Kraft-Treten dieses Bundesgesetzes nicht berührt.

Vollziehung

§ 5. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist der Bundesminister für Gesundheit, Familie und Jugend betraut.