

## Textgegenüberstellung

### Geltende Fassung

### Vorgeschlagene Fassung

#### Artikel 1

#### Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

##### 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.

##### Beschäftigung im Inland; Beschäftigungsort

§ 3. (1) Als im Inland beschäftigt gelten unselbständig Erwerbstätige, deren Beschäftigungsort (Abs. 4) im Inland gelegen ist, selbständig Erwerbstätige, wenn der Sitz ihres Betriebes im Inland gelegen ist.

(2) und (3) unverändert.

(4) Beschäftigungsort ist der Ort, an dem die Beschäftigung ausgeübt wird. Wird eine Beschäftigung abwechselnd an verschiedenen Orten ausgeübt, aber von einer festen Arbeitsstätte aus, so gilt diese als Beschäftigungsort. Wird eine Beschäftigung ohne feste Arbeitsstätte ausgeübt, so gilt der Wohnsitz des/der Versicherten als Beschäftigungsort. Der Beschäftigungsort von Hausgehilf/inn/en, die beim Dienstgeber/bei der Dienstgeberin wohnen, ist der Wohnsitz des Dienstgebers/der Dienstgeberin. Hat der Dienstgeber/die Dienstgeberin mehrere Wohnsitze, so ist der Wohnsitz maßgebend, an dem der Dienstgeber/die Dienstgeberin den überwiegenden Teil des Jahres verbringt.

##### Ausnahmen von der Vollversicherung

§ 5. (1) Von der Vollversicherung nach § 4 sind – unbeschadet einer nach § 7 oder nach § 8 eintretenden Teilversicherung – ausgenommen:

1. und 2. unverändert.

3. a) unverändert.

b) nicht schon unter lit. a fallende Dienstnehmer hinsichtlich einer Beschäftigung in einem Dienstverhältnis, das die Krankenversicherung nach den Vorschriften über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter oder bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau begründet, wenn ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse, die den Leistungen der betreffenden Unfall- und Pensionsversicherung gleichwertig sind - im Falle des Vorbereitungsdienstes spätestens mit Ablauf dieses Dienstes –

##### Ausnahmen von der Vollversicherung

§ 5. (1) Von der Vollversicherung nach § 4 sind – unbeschadet einer nach § 7 oder nach § 8 eintretenden Teilversicherung – ausgenommen:

1. und 2. unverändert.

3. a) unverändert.

b) nicht schon unter lit. a fallende Dienstnehmer hinsichtlich einer Beschäftigung in einem Dienstverhältnis, das die Krankenversicherung nach den Vorschriften über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau begründet, wenn ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse, die den Leistungen der betreffenden Unfall- und Pensionsversicherung gleichwertig sind - im Falle des Vorbereitungsdienstes spätestens mit Ablauf dieses Dienstes – zusteht;

<b>Geltende Fassung</b>	<b>Vorgeschlagene Fassung</b>
<p>zusteht;</p> <p>3a. bis 8. unverändert.</p> <p>10. unverändert.</p> <p>(2) und (3) unverändert.</p>	<p><b>c.</b> nicht schon unter lit. a und b fallende Dienstnehmer hinsichtlich einer Beschäftigung in einem Dienstverhältnis (Beschäftigungsverhältnis), das die Krankenversicherung nach den Vorschriften über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau begründet;</p> <p>3a. bis 8. unverändert.</p> <p><b>9.</b> Dienstnehmer/innen, die einem Betrieb, für den zum 31. Dezember 2019 eine Betriebskrankenkasse errichtet war, zugehörig sind, wenn und solange sie im Erkrankungsfall gegenüber einer auf Betriebsvereinbarung beruhenden betrieblichen Wohlfahrtseinrichtung Anspruch auf Leistungen haben, die den Leistungen nach diesem Bundesgesetz gleichartig oder zumindest annähernd gleichwertig sind;</p> <p>10. unverändert.</p> <p>(2) und (3) unverändert.</p> <p style="text-align: center;"><b>Errichtung und Feststellung der Gleichartigkeit einer betrieblichen Wohlfahrtseinrichtung</b></p> <p><b>§ 5a.</b> Zur Errichtung, Ausgestaltung und Auflösung einer betrieblichen Wohlfahrtseinrichtung nach § 5a anstelle einer Betriebskrankenkasse ist mit dem Betriebsrat eine Betriebsvereinbarung abzuschließen. Die Betriebsvereinbarung hat grundsätzliche Regelungen zum Kreis der Anspruchsberechtigten (wie ehemalige Arbeitnehmer, Familienangehörige) sowie zum Leistungs- und Beitragsrecht vorzusehen. Hinsichtlich der Mitwirkung an der Verwaltung gilt § 95 Abs. 1 ArbVG sinngemäß, hinsichtlich der Auflösung gilt § 95 Abs. 3 ArbVG sinngemäß. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit im Sinne des § 5 Abs. 1 Z 9 hat durch Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zu erfolgen. Für die Beurteilung sind die beitrags-, versicherungs- und leistungsrechtlichen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes maßgeblich. Der Antrag auf Ausnahme aus der Krankenversicherung ist durch den Betriebsunternehmer bis längstens 30. Juni 2019 zu stellen.</p>
<p><b>Teilversicherung von im § 4 genannten Personen</b></p> <p>§ 7. Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind von den im</p>	<p><b>Teilversicherung von im § 4 genannten Personen</b></p> <p>§ 7. Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind von den im</p>

**Geltende Fassung**

§ 4 genannten Personen auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert):

1. unverändert.

2. in der Unfall- und Pensionsversicherung

a) Dienstnehmer hinsichtlich einer Beschäftigung in einem Dienstverhältnis zu einer der im § 5 Abs. 1 Z 3 lit. a bezeichneten Gebietskörperschaften sowie von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen und Fonds oder zu einem anderen Dienstgeber - ausgenommen die unkündbaren Bediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die Mitglieder von unabhängigen Verwaltungssenaten gemäß § 5 Abs. 1 Z 12 -, wenn

aa) sie in dieser Beschäftigung nach den Vorschriften über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versichert sind oder wenn ihnen durch eine eigene Krankenfürsorgeeinrichtung des Dienstgebers mindestens die Leistungen der Krankenversicherung öffentlich Bediensteter gesichert sind und

bb) ihnen aus ihrem Dienstverhältnis keine Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse im Sinne des § 5 Abs. 1 Z 3 lit. b und des § 6 zusteht;

b) unverändert;

3. in der Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Tätigkeiten (Beschäftigungsverhältnisse):

a) unverändert;

b) die am 31. Dezember 2003 bei den Österreichischen Bundesbahnen in einem der in Art. I des Bundesbahnstrukturgesetzes 2003 genannten Unternehmen oder einer Rechtsnachfolgerin eines dieser Unternehmen oder bei einem Unternehmen, das durch Maßnahmen der Umgründung im Rahmen des bestehenden Gesellschaftsrechts aus einer der Gesellschaften hervorgegangen ist, beschäftigt sind;

c) unverändert;

4. in der Pensionsversicherung, wenn das ihnen aus einem oder mehreren Beschäftigungsverhältnissen im Sinne der lit. a bis e im Kalendermonat

**Vorgeschlagene Fassung**

§ 4 genannten Personen auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert):

1. unverändert.

2. in der Unfall- und Pensionsversicherung

a)

b) unverändert;

c) die nach § 5 Abs. 1 Z 9 von der Vollversicherung ausgenommenen Personen;

3. in der Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Tätigkeiten (Beschäftigungsverhältnisse):

a) unverändert;

c) unverändert;

4. in der Pensionsversicherung, wenn das ihnen aus einem oder mehreren Beschäftigungsverhältnissen im Sinne der lit. a bis o im Kalendermonat

**Geltende Fassung**

gebührende Entgelt den im § 5 Abs. 2 genannten Betrag übersteigt

a) und c) unverändert;

d) die Bediensteten der **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter**;

e) die ArbeitnehmerInnen der Universitäten nach dem  
Universitätsgesetz 2002.

**Vorgeschlagene Fassung**

gebührende Entgelt den im § 5 Abs. 2 genannten Betrag übersteigt

a) und c) unverändert;

d) die Bediensteten der **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,  
Eisenbahnen und Bergbau**;

e) die ArbeitnehmerInnen der Universitäten nach dem  
Universitätsgesetz 2002;

**f. Dienstnehmer hinsichtlich einer Beschäftigung in einem Dienstverhältnis zu einer der im § 5 Abs. 1 Z 3 lit. a bezeichneten Gebietskörperschaften sowie von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen und Fonds oder zu einem anderen Dienstgeber - ausgenommen die unkündbaren Bediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau sowie die Mitglieder von unabhängigen Verwaltungssenaten gemäß § 5 Abs. 1 Z 12 -, wenn**

**aa. sie in dieser Beschäftigung nach den Vorschriften über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versichert sind oder wenn ihnen durch eine eigene Krankenfürsorgeeinrichtung des Dienstgebers mindestens die Leistungen der Krankenversicherung öffentlich Bediensteter gesichert sind und**

**bb. ihnen aus ihrem Dienstverhältnis keine Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse im Sinne des § 5 Abs. 1 Z 3 lit. b und des § 6 zusteht;**

**g. die bei Eisenbahnen im Sinne des 1. Teiles des Eisenbahngesetzes 1957, BGBl. Nr. 60, Beschäftigten, soweit diese Eisenbahnen – unabhängig von der Rechtsform des Betriebes bzw. Unternehmens – dem öffentlichen Verkehr dienen und Personen oder Sachgüter befördern, soweit nicht eine Betriebskrankenkasse zuständig ist;**

**h. Beschäftigte von Schlaf- und Speisewagenbetrieben;**

**i. Beschäftigte in einem Betrieb, an dem ein Unternehmen im Sinne der lit. f oder lit. g zu mehr als 25% beteiligt ist oder auf maßgebliche Aufgaben der Geschäftsführung wesentlichen Einfluss hat, und zwar unabhängig von der**

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

- Rechtsform dieses Betriebes; umfasst sind sowohl Eigenbetriebe als auch solche Hilfseinrichtungen, die dem Bau, Betrieb und Verkehr dienen und in einer organisatorischen oder rechtlichen sowie funktionalen Verbindung zum Eisenbahnunternehmen stehen;
- j. am 31. Dezember 2003 bei den Österreichischen Bundesbahnen beschäftigte Dienstnehmer/innen, auch wenn ihre Dienstverhältnisse nach dem 31. Dezember 2003 infolge eines (auch mehrmaligen) Betriebsüberganges auf ein anderes Unternehmen übergehen oder solange sie bei einem der in Art. I des Bundesbahnstrukturgesetzes 2003 genannten Unternehmen oder einer Rechtsnachfolgerin eines dieser Unternehmen oder bei einem Unternehmen, das durch Maßnahmen der Umgründung im Rahmen des bestehenden Gesellschaftsrechts aus einer der Gesellschaften hervorgegangen ist, beschäftigt sind;
- k. in knappschaftlichen Betrieben (§ 15 Abs. 2 und 3) Beschäftigte;
- l. nach § 15 Abs. 4 zur knappschaftlichen Pensionsversicherung gehörende Personen;
- m. Beschäftigte jener Betriebe, für deren Beschäftigte die Betriebskrankenkasse Pengg am 31. Dezember 2001 die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung durchgeführt hat;
- n. die Bediensteten der WIENER LINIEN GmbH & Co KG sowie die dieser Gesellschaft zur Dienstleistung zugewiesenen, in einem bis 31. Dezember 2000 durch Vertrag begründeten Dienstverhältnis zur Gemeinde Wien stehenden Beschäftigten;
- o. Lehrlinge und Dienstnehmer/innen nach § 4 Abs. 4, sofern sie nach den Vorschriften über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter bei der Versicherungsanstalt öffentliche Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau versichert sind.

**Geltende Fassung**  
**Sonstige Teilversicherung**

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

1. in der Krankenversicherung

- a) die Bezieher einer Pension aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz und die Bezieher von Übergangsgeld gemäß § 306, wenn die Pension gemäß § 86 Abs. 3 Z 2 letzter Satz nicht angefallen ist und sie nicht gemäß § 4 Abs. 1 Z 8 versichert sind, mit Ausnahme
  - aa) unverändert
  - bb) der nach § 4 B-KUVG versicherten Personen, soweit ihre Pension nach diesem Bundesgesetz einen Bestandteil des Ruhe(Versorgungs)bezuges bildet, der von einer im § 4 zweiter Satz B-KUVG genannten Einrichtung gewährt wird.

- b) bis g) unverändert,

die unter lit. a, b und d genannten Personen jedoch nur, wenn und solange sie sich ständig im Inland aufhalten;

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 Beiräte gemäß den §§ 440 ff. dieses Bundesgesetzes, den §§ 213 ff. des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes und den §§ 201 ff. des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in Ausübung der ihnen auf Grund ihrer

**Vorgeschlagene Fassung**  
**Sonstige Teilversicherung**

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

1. in der Krankenversicherung

- a) die Bezieher einer Pension aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz und die Bezieher von Übergangsgeld gemäß § 306, wenn die Pension gemäß § 86 Abs. 3 Z 2 letzter Satz nicht angefallen ist und sie nicht gemäß § 4 Abs. 1 Z 8 versichert sind, mit Ausnahme
  - aa) unverändert
  - bb) der nach § 4 B-KUVG versicherten Personen, soweit ihre Pension nach diesem Bundesgesetz einen Bestandteil des Ruhe(Versorgungs)bezuges bildet, der von einer im § 4 zweiter Satz B-KUVG genannten Einrichtung gewährt wird;

- cc) der Personen, die einem Betrieb, für den zum 31. Dezember 2019 eine Betriebskrankenkasse errichtet war, zugehörig waren, wenn und solange sie im Erkrankungsfall gegenüber einer auf Betriebsvereinbarung beruhenden betrieblichen Wohlfahrtseinrichtung Anspruch auf Leistungen haben, die den Leistungen nach diesem Bundesgesetz gleichartig oder zumindest annähernd gleichwertig sind;

- b) bis g) unverändert,

die unter lit. a, b und d genannten Personen jedoch nur, wenn und solange sie sich ständig im Inland aufhalten;

2. unverändert.

3. in der Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Tätigkeiten (Beschäftigungsverhältnisse):

- a) bis d) unverändert.

- e) die Versicherungsvertreter/innen in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsträger – ausgenommen die Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – und des Dachverbandes in Ausübung der ihnen auf Grund ihrer Funktion obliegenden Pflichten;

**Geltende Fassung****Funktion obliegenden Pflichten:**

- g) bis m) unverändert.
- 4. bis 5. unverändert.
- (1a) bis (6) unverändert.

**Einbeziehung in die Krankenversicherung im Verordnungsweg**

**§ 9.** Das Bundesministerium für Arbeit 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.

**§ 11.** (1) unverändert.

(2) Wird ein gerichtlicher oder außergerichtlicher Vergleich über den dem Dienstnehmer nach Beendigung des Dienstverhältnisses gebührenden Arbeitslohn oder Gehalt abgeschlossen, so verlängert sich die Pflichtversicherung um den Zeitraum, der durch den Vergleichsbetrag (Pauschbetrag) nach Ausscheidung allfälliger, gemäß § 49 nicht zum Entgelt im Sinne dieses Bundesgesetzes gehörender Bezüge, gemessen an den vor dem Austritt aus der Beschäftigung gebührenden Bezügen, gedeckt ist. Die Pflichtversicherung besteht weiter für die Zeit des Bezuges einer Ersatzleistung für Urlaubsentgelt (Urlaubsabfindung, Urlaubsschädigung) sowie für die Zeit des Bezuges einer Kündigungsschädigung. Die zum Zeitpunkt der Beendigung des Dienstverhältnisses fällig werdende pauschalierte Kündigungsschädigung ist auf den entsprechenden Zeitraum der Kündigungsfrist umzulegen. Gebühren sowohl eine Kündigungsschädigung als auch eine Ersatzleistung für Urlaubsentgelt (Urlaubsabfindung, Urlaubsschädigung), so ist zur Bestimmung des maßgeblichen Zeitraumes zunächst die Kündigungsschädigung heranzuziehen und im Anschluss daran die Ersatzleistung für Urlaubsentgelt (Urlaubsabfindung, Urlaubsschädigung). Wird Urlaubsschädigung nach dem Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz gewährt, so ist für die Versicherung die **Wiener Gebietskrankenkasse** zuständig.

**Vorgeschlagene Fassung**

- g) bis m) unverändert.
- 4. bis 5. unverändert.
- (1a) bis (6) unverändert.

**Einbeziehung in die Krankenversicherung im Verordnungsweg**

**§ 9.** Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann nach Anhörung der in Betracht kommenden Interessenvertretungen und des **Dachverbandes** (§ 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.

**§ 11.** (1) unverändert.

(2) Wird ein gerichtlicher oder außergerichtlicher Vergleich über den dem Dienstnehmer nach Beendigung des Dienstverhältnisses gebührenden Arbeitslohn oder Gehalt abgeschlossen, so verlängert sich die Pflichtversicherung um den Zeitraum, der durch den Vergleichsbetrag (Pauschbetrag) nach Ausscheidung allfälliger, gemäß § 49 nicht zum Entgelt im Sinne dieses Bundesgesetzes gehörender Bezüge, gemessen an den vor dem Austritt aus der Beschäftigung gebührenden Bezügen, gedeckt ist. Die Pflichtversicherung besteht weiter für die Zeit des Bezuges einer Ersatzleistung für Urlaubsentgelt (Urlaubsabfindung, Urlaubsschädigung) sowie für die Zeit des Bezuges einer Kündigungsschädigung. Die zum Zeitpunkt der Beendigung des Dienstverhältnisses fällig werdende pauschalierte Kündigungsschädigung ist auf den entsprechenden Zeitraum der Kündigungsfrist umzulegen. Gebühren sowohl eine Kündigungsschädigung als auch eine Ersatzleistung für Urlaubsentgelt (Urlaubsabfindung, Urlaubsschädigung), so ist zur Bestimmung des maßgeblichen Zeitraumes zunächst die Kündigungsschädigung heranzuziehen und im Anschluss daran die Ersatzleistung für Urlaubsentgelt (Urlaubsabfindung, Urlaubsschädigung). Wird Urlaubsschädigung nach dem Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz gewährt, so ist für die Versicherung die **Österreichische Gesundheitskasse**

**Geltende Fassung**

Die Versicherung beginnt mit dem achten Tag, der auf die Zahlbarstellung durch die Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungskasse folgt. Wird Urlaubersatzleistung nach dem Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz ausgezahlt, so ist für die Versicherung jene Gebietskrankenkasse örtlich zuständig, die für das letzte dem Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz unterliegende Beschäftigungsverhältnis zuständig war. Der Dienstgeberanteil (§ 51) ist von der Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungskasse zu entrichten.

(2a) bis (7) unverändert.

§ 12. (1) bis (6) unverändert.

(7) Die Pflichtversicherung von Personen, die mit Dienstleistungsscheck entlohnt werden, endet bezüglich dieses Beschäftigungsverhältnisses mit Ablauf des Kalendermonates, für den ein Dienstleistungsscheck bei der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse eingelöst wurde.

**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.

**c) Knappschaftliche Pensionsversicherung**

§ 15. (1) und (2) unverändert.

(3) Den knappschaftlichen Betrieben werden gleichgestellt:

1. und 2. unverändert;
3. die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit ihren Einrichtungen der Krankenbehandlung hinsichtlich jener Versicherten, die nach § 551 Abs. 16 der knappschaftlichen Pensionsversicherung zugehören.

(4) und (5) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung**

zuständig. Die Versicherung beginnt mit dem achten Tag, der auf die Zahlbarstellung durch die Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungskasse folgt. Wird Urlaubersatzleistung nach dem Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz ausgezahlt, so ist für die Versicherung die Österreichische Gesundheitskasse zuständig. Der Dienstgeberanteil (§ 51) ist von der Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungskasse zu entrichten.

(2a) bis (7) unverändert.

§ 12. (1) bis (6) unverändert.

(7) Die Pflichtversicherung von Personen, die mit Dienstleistungsscheck entlohnt werden, endet bezüglich dieses Beschäftigungsverhältnisses mit Ablauf des Kalendermonates, für den ein Dienstleistungsscheck bei der Österreichischen Gesundheitskasse eingelöst wurde.

**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 Dachverbandes (§ 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.

**c) Knappschaftliche Pensionsversicherung**

§ 15. (1) und (2) unverändert.

(3) Den knappschaftlichen Betrieben werden gleichgestellt:

1. und 2. unverändert;
3. die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau mit ihren Einrichtungen der Krankenbehandlung hinsichtlich jener Versicherten, die nach § 551 Abs. 16 der knappschaftlichen Pensionsversicherung zugehören.

(4) und (5) unverändert.

**Geltende Fassung****Selbstversicherung in der Krankenversicherung**

§ 16. (1) bis (3) unverändert.

(4) War der Antragsteller in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz

1. bereits versichert, so ist der Antrag auf Selbstversicherung bei dem Träger der Krankenversicherung einzubringen, bei dem er zuletzt versichert war, wenn er in dessen Bereich seinen Wohnsitz (gewöhnlichen Aufenthalt) hat; ist eine Betriebskrankenkasse zuletzt Träger der Krankenversicherung gewesen, so kann der Antrag statt bei der Betriebskrankenkasse bei der für seinen Wohnsitz (gewöhnlichen Aufenthalt) zuständigen Gebietskrankenkasse eingebracht werden;

2. nicht versichert oder hat er seinen Wohnsitz (gewöhnlichen Aufenthalt) nicht im Bereich des Trägers der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz, bei dem er zuletzt versichert war, so ist der Antrag auf Selbstversicherung bei der Gebietskrankenkasse einzubringen, in deren Bereich er seinen Wohnsitz (gewöhnlichen Aufenthalt) hat.

(5) Der Träger der Krankenversicherung, bei dem nach Abs. 4 der Antrag auf Selbstversicherung einzubringen ist, ist zur Durchführung dieser Versicherung zuständig. Ist danach eine Gebietskrankenkasse zuständig und verlegt der freiwillig Versicherte während der Dauer der Versicherung seinen Wohnsitz (gewöhnlichen Aufenthalt) außerhalb ihres Bereiches, so geht die örtliche Zuständigkeit auf die für seinen Wohnsitz (gewöhnlichen Aufenthalt) zuständige Gebietskrankenkasse über, und zwar mit dem der Wohnsitzverlegung (Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes) folgenden Monatsersten.

(6) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung****Selbstversicherung in der Krankenversicherung**

§ 16. (1) bis (3) unverändert.

(4) Der Antrag auf Selbstversicherung ist bei der Österreichischen Gesundheitskasse einzubringen.

(5) Die Österreichische Gesundheitskasse ist zur Durchführung dieser Versicherung zuständig.

(6) unverändert.

## Geltende Fassung

## Vorgeschlagene Fassung

## ABSCHNITT III

## ABSCHNITT III

**Versicherungsträger und ihre Zuständigkeit; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger****Versicherungsträger und ihre Zuständigkeit; Dachverband der Sozialversicherungsträger**

## 1. UNTERABSCHNITT

## 1. UNTERABSCHNITT

## Träger der Versicherung und ihre Aufgaben

## Träger der Versicherung und ihre Aufgaben

## Träger der Krankenversicherung

## Träger der Krankenversicherung

§ 23. (1) Träger der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz sind:

§ 23. (1) Träger der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz für das ganze Bundesgebiet ist die Österreichische Gesundheitskasse mit dem Sitz in Wien.

1. die Gebietskrankenkassen;

2. die Betriebskrankenkassen;

3. die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit dem Sitz in Wien.

(2) Die Träger der Krankenversicherung nach Abs. 1 führen die Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes durch und wirken an der Durchführung der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz mit. Insbesondere obliegt es ihnen, für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen. Im Falle eines vertragslosen Zustandes kann die Übernahme dieser Versorgung durch die Länder vereinbart werden. Die Träger der Krankenversicherung haben diese Verpflichtung höchstens im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Aufwendungen für ärztliche Hilfe im niedergelassenen Bereich zu übernehmen.

(2) Für jedes Land ist eine Gebietskrankenkasse mit der im § 26 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit errichtet.

(3)

(3) Die Träger der Krankenversicherung sind berechtigt, nach den hiefür geltenden gesetzlichen Bestimmungen

1. Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung und

2. Einrichtungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes

Als Betriebskrankenkassen bleiben die bei Wirksamkeitsbeginn dieses

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu

**Geltende Fassung**

Bundesgesetzes für einzelne Betriebe errichteten Krankenkassen dieser Art bestehen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann eine Betriebskrankenkasse nach Anhörung der in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber und der für die Übernahme der Versicherten in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse (Gebietskrankenkassen) als aufgelöst erklären, wenn dies von der Generalversammlung der Betriebskrankenkasse beantragt wird oder wenn der Eintritt wesentlicher Änderungen in den Verhältnissen (Auflösung des Betriebes, Sinken der Zahl der Versicherten) oder grobe Unregelmäßigkeiten in der Gebarung die Auflösung geboten erscheinen lassen. Es hat hiebei die erforderlichen Anordnungen bezüglich des Rechts-, Vermögens- und Mitgliederüberganges zu treffen.

(4) Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ist im Rahmen ihrer im § 26 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit Träger der Krankenversicherung für das ganze Bundesgebiet.

(5) Die Träger der Krankenversicherung im Sinne des Abs. 1 führen die Krankenversicherung nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes durch und wirken an der Durchführung der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz mit. Insbesondere obliegt es ihnen, für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen. Im Falle eines vertragslosen Zustandes kann die Übernahme dieser Versorgung durch die Länder vereinbart werden. Die Träger der Krankenversicherung haben diese Verpflichtung höchstens im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Aufwendungen für ärztliche Hilfe im niedergelassenen Bereich zu übernehmen.

(6) Die Träger der Krankenversicherung sind berechtigt, nach Maßgabe der hiefür geltenden gesetzlichen Vorschriften

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung und
- b) Einrichtungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen; Gebietskrankenkassen, die am 30. Juni 1994 eine Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, betreiben, sind ab diesem Zeitpunkt

**Vorgeschlagene Fassung**

beteiligen. Träger der Krankenversicherung, die am 30. Juni 1994 eine Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, betreiben, sind ab diesem Zeitpunkt zu deren Betrieb verpflichtet

(4) Die Träger der Krankenversicherung sind berechtigt, sich davon zu überzeugen, dass die ärztlichen Anordnungen und die Bestimmungen der Krankenordnung von der versicherten Person eingehalten werden. Die Träger der Krankenversicherung sind weiters berechtigt, den Gesundheitszustand der erkrankten Person zu prüfen.

**Geltende Fassung**

zu deren Betrieb verpflichtet. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist.

(7) Die Träger der Krankenversicherung sind berechtigt, sich davon zu überzeugen, dass die ärztlichen Anordnungen und die Bestimmungen der Krankenordnung vom Versicherten/von der Versicherten eingehalten werden. Die Träger der Krankenversicherung sind weiters berechtigt, den Gesundheitszustand des/der Erkrankten zu prüfen.

**Träger der Unfallversicherung**

§ 24. (1) Träger der Unfallversicherung nach diesem Bundesgesetz sind für das ganze Bundesgebiet im Rahmen ihrer im § 28 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit:

1. die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt mit dem Sitz in Wien;
2. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (§ 13 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) mit dem Sitz in Wien;
3. die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit dem Sitz in Wien.

(2) Die Träger der Unfallversicherung im Sinne des Abs. 1 führen die Unfallversicherung nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes durch. Insbesondere obliegt es ihnen, für die Unfallheilbehandlung der Versicherten ausreichend Vorsorge zu treffen. Sie sind nach Maßgabe der jeweils hiefür geltenden Vorschriften berechtigt, Unfallkrankenhäuser, Unfallstationen, Sonderkrankenanstalten zur Untersuchung und Behandlung von Berufskrankheiten, Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, sowie Einrichtungen für berufliche Rehabilitation zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen. Der zuständige Unfallversicherungsträger ist überdies berechtigt, arbeitsmedizinische Untersuchungs-, Behandlungs- und Forschungsstellen sowie arbeitsmedizinische Zentren im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes - ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen bzw. solche Einrichtungen zu fördern.

**Vorgeschlagene Fassung****Träger der Unfallversicherung**

§ 24. (1) Träger der Unfallversicherung nach diesem Bundesgesetz sind für das ganze Bundesgebiet im Rahmen ihrer im § 28 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit:

1. die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt mit dem Sitz in Wien;
2. die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (§ 3 SVS-G) mit dem Sitz in Wien.

(2) Die Träger der Unfallversicherung nach Abs. 1 führen die Unfallversicherung nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes durch.

(3) Die Träger der Unfallversicherung sind berechtigt, nach den hiefür geltenden gesetzlichen Bestimmungen

1. Unfallkrankenhäuser, Unfallstationen, Sonderkrankenanstalten zur

**Geltende Fassung****Träger der Pensionsversicherung**

§ 25. (1) Träger der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz sind für das ganze Bundesgebiet, und zwar

1. für die Pensionsversicherung der Arbeiter im Rahmen der im § 29 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit:

a) die Pensionsversicherungsanstalt mit dem Sitz in Wien;

c) die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit dem Sitz in Wien;

2. für die Pensionsversicherung der Angestellten im Rahmen der im § 29 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit:

a) die Pensionsversicherungsanstalt mit dem Sitz in Wien;

b) die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit dem Sitz in Wien;

3. für die knappschaftliche Pensionsversicherung die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit dem Sitz in Wien.

(2) Die Träger der Pensionsversicherung führen die Pensionsversicherung, für die sie zuständig sind, nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes durch. Sie sind nach Maßgabe der jeweils hierfür geltenden Vorschriften berechtigt,

**Vorgeschlagene Fassung**

Untersuchung und Behandlung von Berufskrankheiten, Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, sowie Einrichtungen für berufliche Rehabilitation und

2. arbeitsmedizinische Untersuchungs-, Behandlungs- und Forschungsstellen sowie arbeitsmedizinische Zentren im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (ASchG), BGBl. Nr. 450/1994,

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen bzw. solche Einrichtungen zu fördern.

(4) Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat ab 2020 ihre eigenen Einrichtungen in einer Betreibergesellschaft, die zu 100% im Eigentum der Anstalt zu stehen hat, zusammengefasst zu verwalten. Die §§ 460 ff. sind anzuwenden.

**Träger der Pensionsversicherung**

§ 25. (1) Träger der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz sind für das ganze Bundesgebiet im Rahmen ihrer im § 29 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit:

1. die Pensionsversicherungsanstalt mit dem Sitz in Wien für die Pensionsversicherung der Arbeiter/innen bzw. die Pensionsversicherung der Angestellten;

2. die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau mit dem Sitz in Wien für die Pensionsversicherung der Arbeiter/innen bzw. die Pensionsversicherung der Angestellten und für die knappschaftliche Pensionsversicherung.

(2) Die Träger der Pensionsversicherung führen die Pensionsversicherung, für die sie zuständig sind, nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes durch.

**Geltende Fassung**

Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 300 bis 307d bezeichneten Aufgaben, ausgenommen Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen gemäß § 34 Abs. 2 Z 2 und 3 des Arbeitsmarktservicegesetzes zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 300 bis 307d bezeichneten Aufgaben zu beteiligen.

**Vorgeschlagene Fassung**

(3) Die Träger der Pensionsversicherung sind nach den jeweils hiefür geltenden Bestimmungen berechtigt, Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 300 bis 307d bezeichneten Aufgaben, ausgenommen Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen nach § 34 Abs. 2 Z 2 und 3 des Arbeitsmarktservicegesetzes, zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 300 bis 307d bezeichneten Aufgaben zu beteiligen.

**2. UNTERABSCHNITT****Zuständigkeit der Versicherungsträger****Sachliche Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung**

§ 26. (1) Zur Durchführung der Krankenversicherung sind – unbeschadet der Bestimmungen des § 16 Abs. 5 über die Selbstversicherung – sachlich zuständig:

1. die Gebietskrankenkassen, soweit nicht einer der unter Z 3 bis 5 genannten Versicherungsträger zuständig ist;
2. Aufgehoben.
3. die Betriebskrankenkassen

a) für Beschäftigte in Betrieben, für die sie errichtet sind, und für die in den Einrichtungen der Betriebskrankenkassen zur Krankenbehandlung Beschäftigten; ersteren gleichzuhalten sind bezüglich der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe die Bediensteten der WIENER LINIEN GmbH & Co KG sowie die dieser Gesellschaft zur Dienstleistung zugewiesenen, in einem durch Vertrag begründeten Dienstverhältnis zur Gemeinde Wien stehenden Beschäftigten; die Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme für Beschäftigte in den Beteiligungsgesellschaften der Division Bahnsysteme, sofern nicht eine andere Betriebskrankenkasse sachlich zuständig ist, und für die in den Einrichtungen der Betriebskrankenkasse Beschäftigten;

**2. UNTERABSCHNITT****Zuständigkeit der Versicherungsträger****Sachliche Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung**

§ 26. (1) Zur Durchführung der Krankenversicherung ist die Österreichische Gesundheitskasse sachlich zuständig.

**Geltende Fassung**

- b) für Bezieher/innen einer Pension aus einer Pensionsversicherung sowie für Bezieher/innen von Rehabilitationsgeld, soweit nicht die Pension oder das Rehabilitationsgeld von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ausgezahlt wird, und zwar die Betriebskrankenkasse, die für die Krankenversicherung in der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Pensions- oder Rehabilitationsgeldanspruches zuständig war, wenn aber die pensionsbeziehende Person im Zeitpunkt des Entstehens des Pensionsanspruches selbstversichert war, nur unter der Voraussetzung, dass diese Selbstversicherung bei der Betriebskrankenkasse bestanden hat;
- c) für Bezieher/innen einer Pension aus der Pensionsversicherung der Angestellten sowie für Bezieher/innen von Rehabilitationsgeld, wenn die Betriebskrankenkasse für die Krankenversicherung in der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Pensions- oder Rehabilitationsgeldanspruches zuständig war oder wäre;
- d) für Personen, die unmittelbar vor Antritt des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes die Voraussetzungen der lit. a erfüllt hatten;

**4. die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau**

- a) für die bei Eisenbahnen im Sinne des 1. Teiles des Eisenbahngesetzes 1957, BGBl. Nr. 60, Beschäftigten, soweit diese Eisenbahnen – unabhängig von der Rechtsform des Betriebes bzw. Unternehmens – dem öffentlichen Verkehr dienen und Personen oder Sachgüter befördern, soweit nicht eine Betriebskrankenkasse zuständig ist;
- b) für Beschäftigte von Schlaf- und Speisewagenbetrieben;
- c) für Beschäftigte in einem Betrieb, an dem ein Unternehmen im Sinne der lit. a oder lit. b zu mehr als 25% beteiligt ist oder auf maßgebliche Aufgaben der Geschäftsführung wesentlichen Einfluss hat, und zwar unabhängig von der Rechtsform dieses Betriebes; umfasst sind sowohl Eigenbetriebe als auch solche Hilfseinrichtungen, die dem Bau, Betrieb und Verkehr dienen und in einer organisatorischen oder rechtlichen sowie funktionalen Verbindung zum Eisenbahnunternehmen stehen;

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

- d) für am 31. Dezember 2003 bei den Österreichischen Bundesbahnen beschäftigte Dienstnehmer/innen, auch wenn ihre Dienstverhältnisse nach dem 31. Dezember 2003 infolge eines (auch mehrmaligen) Betriebsüberganges auf ein anderes Unternehmen übergehen oder solange sie bei einem der in Art. I des Bundesbahnstrukturgesetzes 2003 genannten Unternehmen oder einer Rechtsnachfolgerin eines dieser Unternehmen oder bei einem Unternehmen, das durch Maßnahmen der Umgründung im Rahmen des bestehenden Gesellschaftsrechts aus einer der Gesellschaften hervorgegangen ist, beschäftigt sind;
- e) für bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Beschäftigte;
- f) für Bezieher/innen einer Pension aus einer Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz, wenn die Pension von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ausgezahlt wird, sowie für jene Personen, denen von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ein Rehabilitationsgeld zuerkannt wird und für Bezieher/innen einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung bei einem der im § 479 genannten Institute;
- g) für Bezieher/innen einer Pension aus der Pensionsversicherung der Angestellten bzw. für jene Personen, denen auf Grund vorübergehender Berufsunfähigkeit ein Rehabilitationsgeld von der Pensionsversicherungsanstalt zuerkannt wird, wenn die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau für die Krankenversicherung in der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Pensions- oder Rehabilitationsgeldanspruches zuständig war oder gewesen wäre;
- h) für Personen, die unmittelbar vor dem Antritt des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes eine der Voraussetzungen der lit. a bis d, h oder i erfüllt hatten;
- i) für in knappschaftlichen Betrieben (§ 15 Abs. 2 und 3) Beschäftigte;
- j) für nach § 15 Abs. 4 zur knappschaftlichen Pensionsversicherung gehörende Personen;
- k) für Bezieher(innen) einer Sonderunterstützung nach § 1 Abs. 1 oder Art. V Abs. 7 des Sonderunterstützungsgesetzes, BGBl. Nr. 642/1973,

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 201/1996;

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

(2) Wird ein Dienstnehmer in demselben Beschäftigungsverhältnis vorübergehend, jedoch nicht länger als drei Monate, in einer Art beschäftigt, die die Zugehörigkeit zu einem anderen Versicherungsträger begründen würde, so bleibt die Zuständigkeit des bisherigen Versicherungsträgers auch für die Dauer der vorübergehenden Beschäftigung unberührt.

(3) Ist eine Betriebskrankenkasse gemäß Abs. 1 Z 3 lit. b oder Abs. 4 zuständig und verlegt der Pensionsbezieher oder derjenige, dem eine Leistung der beruflichen Ausbildung gewährt wird, in der Folge seinen Wohnsitz, so geht auf seinen Antrag die sachliche Zuständigkeit zur Durchführung der Krankenversicherung auf die örtlich in Betracht kommende Gebietskrankenkasse mit dem der Antragstellung folgenden Monatsersten über.

(4) Für Personen, denen Leistungen der beruflichen Ausbildung gewährt werden (§ 4 Abs. 1 Z 8), bleibt für die Dauer dieser Ausbildung jener Träger der Krankenversicherung sachlich zuständig, der die der Ausbildung zuletzt vorangegangene Krankenversicherung durchgeführt hat.

**Land- und forstwirtschaftliche Betriebe**

§ 27. (1) Land- und forstwirtschaftliche Betriebe sind Betriebe im Sinne der Bestimmungen des Landarbeitsgesetzes 1984, BGBl. Nr. 287, mit Ausnahme der von land- und forstwirtschaftlichen Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften betriebenen Sägen, Harzverarbeitungsstätten, Mühlen und Molkereien, sofern diese dauernd mehr als fünf Dienstnehmer beschäftigen.

(2) Den land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben werden gleichgestellt:

1. die Versuchsbetriebe der land- und forstwirtschaftlichen Schulen;
2. die Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgänge der Sozialversicherungsträger sowie der Standes- und Interessenvertretungen, alle diese, soweit sie für die Dienstnehmer und Dienstgeber in der Land- und Forstwirtschaft in Betracht kommen.

**Sachliche Zuständigkeit der Träger der Unfallversicherung**

§ 28. Zur Durchführung der Unfallversicherung sind sachlich zuständig:

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Wird ein/e Dienstnehmer/in in demselben Beschäftigungsverhältnis vorübergehend, jedoch nicht länger als drei Monate, in einer Art beschäftigt, die die Zugehörigkeit zu einem anderen Versicherungsträger begründen würde, so bleibt die Zuständigkeit des bisherigen Versicherungsträgers auch für die Dauer der vorübergehenden Beschäftigung unberührt.

(3) Für Personen, denen Leistungen der beruflichen Ausbildung gewährt werden (§ 4 Abs. 1 Z 8), bleibt für die Dauer dieser Ausbildung jener Träger der Krankenversicherung sachlich zuständig, der die der Ausbildung zuletzt vorangegangene Krankenversicherung durchgeführt hat.

**Land- und forstwirtschaftliche Betriebe**

§ 27. (1) Land- und forstwirtschaftliche Betriebe sind Betriebe im Sinne der Bestimmungen des Landarbeitsgesetzes 1984, BGBl. Nr. 287, mit Ausnahme der von land- und forstwirtschaftlichen Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften betriebenen Sägen, Harzverarbeitungsstätten, Mühlen und Molkereien, sofern diese dauernd mehr als fünf Dienstnehmer beschäftigen.

(2) Den land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben werden gleichgestellt:

1. die Versuchsbetriebe der land- und forstwirtschaftlichen Schulen;
2. die Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgänge der Sozialversicherungsträger sowie der Standes- und Interessenvertretungen, alle diese, soweit sie für die Dienstnehmer und Dienstgeber in der Land- und Forstwirtschaft in Betracht kommen.

**Sachliche Zuständigkeit der Träger der Unfallversicherung**

§ 28. Zur Durchführung der Unfallversicherung sind sachlich zuständig:

**Geltende Fassung**

1. die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, soweit nicht einer der unter Z 2 und 3 genannten Versicherungsträger zuständig ist;
2. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (§ 13 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) für
  - a) die gemäß § 3 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in der Unfallversicherung pflichtversicherten selbständig Erwerbstätigen und ihre teilversicherten Familienangehörigen, soweit es sich nicht um eine Teilversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l handelt, sowie die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. d teilversicherten Angehörigen von Orden, Kongregationen und Anstalten,
  - b) Aufgehoben.
  - c) die öffentlichen Verwalter eines land(forst)wirtschaftlichen Betriebes (§ 7 Z 3 lit. c),
  - d) die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die Mitglieder der Beiräte gemäß den §§ 201 ff. des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes,
  - e) die in lit. a bis c genannten Personen, die eine der im § 176 Abs. 1 Z 3 genannten Tätigkeiten ausüben,
  - f) die Personen, die eine der im § 176 Abs. 1 Z 2, 4, 5, 7 und 13 genannten Tätigkeiten ausüben, sofern die Sozialversicherungsanstalt der Bauern für sie gemäß lit. a bis c zur Durchführung der Unfallversicherung sachlich zuständig ist, bei den im § 176 Abs. 1 Z 7 genannten Tätigkeiten jedoch nur, wenn es sich nicht um Tätigkeiten als Mitglied einer der dort genannten Körperschaften (Vereinigungen) handelt und diese Personen in der Zusatzversicherung gemäß § 22a versichert sind,
  - g) die gemäß § 11 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in der Unfallversicherung selbstversicherten selbständig Erwerbstätigen und ihre selbstversicherten Familienangehörigen, die einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb führen oder in einem solchen tätig sind,
  - h) Einzelorgane und Mitglieder von Kollektivorganen der Landwirtschaftskammern bzw. der kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigungen der land(forst)wirtschaftlichen Dienstgeber,

**Vorgeschlagene Fassung**

1. die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, soweit nicht der unter Z 2 genannte Versicherungsträger zuständig ist;
2. die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen für
  - a) die nach § 3 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in der Unfallversicherung pflichtversicherten selbständig Erwerbstätigen und ihre teilversicherten Familienangehörigen, soweit es sich nicht um eine Teilversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l handelt, sowie die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. d teilversicherten Angehörigen von Orden, Kongregationen und Anstalten,
  - b) die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a pflichtversicherten selbständig Erwerbstätigen,
  - c) die öffentlichen Verwalter eines land(forst)wirtschaftlichen Betriebes (§ 7 Z 3 lit. c),
  - d) die Versicherungsvertreter/innen in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen,
  - e) die in lit. a bis c genannten Personen, die eine der im § 176 Abs. 1 Z 3 genannten Tätigkeiten ausüben,
  - f) die Personen, die eine der im § 176 Abs. 1 Z 2, 4, 5, 7 und 13 genannten Tätigkeiten ausüben, sofern die Sozialversicherungsanstalt der Bauern für sie gemäß lit. a bis c zur Durchführung der Unfallversicherung sachlich zuständig ist, bei den im § 176 Abs. 1 Z 7 genannten Tätigkeiten jedoch nur, wenn es sich nicht um Tätigkeiten als Mitglied einer der dort genannten Körperschaften (Vereinigungen) handelt und diese Personen in der Zusatzversicherung gemäß § 22a versichert sind,
  - g) die nach § 11 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in der Unfallversicherung selbstversicherten selbständig Erwerbstätigen und ihre selbstversicherten Familienangehörigen, die einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb führen oder in einem solchen tätig sind,
  - h) Einzelorgane und Mitglieder von Kollektivorganen der Landwirtschaftskammern, der Wirtschaftskammern bzw. der kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigungen der

**Geltende Fassung**

i) die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c in der Unfallversicherung teilversicherten Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, sofern die Sozialversicherungsanstalt der Bauern für sie nach lit. a bis c dieses Bundesgesetzes oder nach § 13 BSVG zur Durchführung der Kranken-, Unfall- oder Pensionsversicherung sachlich zuständig ist,

j) die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. j in der Unfallversicherung teilversicherten Personen.

**3. die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau für**

a) die Personen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. a bis e, für welche die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau oder die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe zur Durchführung der Krankenversicherung sachlich zuständig ist oder nach Art der Beschäftigung zuständig wäre;

b) die Versicherungsvertreter(innen) in den Verwaltungskörpern der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe und der Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung (§ 479);

c) die Mitglieder der Beiräte (§§ 440 ff) der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau.

**Sachliche Zuständigkeit der Träger der Pensionsversicherung**

§ 29. Zur Durchführung der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Pensionsversicherung der Angestellten ist - unbeschadet des § 17 Abs. 3 über die Weiterversicherung und des § 245 über die Leistungszugehörigkeit - sachlich zuständig:

1. die Pensionsversicherungsanstalt, soweit nicht der unter Z 2 genannte Versicherungsträger zuständig ist;

2. die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

a) für die bei ihr oder der Betriebskrankenkasse der Wiener

**Vorgeschlagene Fassung**

land(forst)wirtschaftlichen Dienstgeber,

i) die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c in der Unfallversicherung teilversicherten Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, sofern die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen für sie nach lit. a bis c dieses Bundesgesetzes in Verbindung mit § 3 des Bundesgesetzes über die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVSG) zur Durchführung der Kranken-, Unfall- oder Pensionsversicherung sachlich zuständig ist,

j) die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. j in der Unfallversicherung teilversicherten Personen.

**Sachliche Zuständigkeit der Träger der Pensionsversicherung**

§ 29. (1) Zur Durchführung der Pensionsversicherung der Arbeiter/innen und der Pensionsversicherung der Angestellten ist unbeschadet des § 17 Abs. 3 über die Weiterversicherung und des § 245 über die Leistungszugehörigkeit die Pensionsversicherungsanstalt sachlich zuständig, soweit nicht die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau nach Abs. 2 zuständig ist.

**Geltende Fassung**

Verkehrsbetriebe in der Krankenversicherung pflichtversicherten Personen;

- b) für die Bezieher(innen) einer Sonderunterstützung nach § 1 Abs. 1 oder Art. V Abs. 7 des Sonderunterstützungsgesetzes, BGBl. Nr. 642/1973, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 201/1996.

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau ist sachlich zuständig;

1. für die bei ihr in der Krankenversicherung pflichtversicherten Personen mit Ausnahme der im § 1 Abs. 1 Z 17, 19, 20, 21, 23 und 24 B-KUVG genannten Personen sowie der im § 1 Abs. 1 Z 38 und Abs. 6 B-KUVG genannten Personen, sofern diese als Dienstnehmer der Pflichtversicherung nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 37 B-KUVG unterliegen würden;
2. für die Bezieher/innen einer Sonderunterstützung nach § 1 Abs. 1 oder Art. V Abs. 7 des Sonderunterstützungsgesetzes, BGBl. Nr. 642/1973, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 201/1996.

**3. UNTERABSCHNITT****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,

**3. UNTERABSCHNITT****Dachverband der Sozialversicherungsträger****Aufgaben**

§ 30. (1) Die in den §§ 23 bis 25 bezeichneten Versicherungsträger und die Träger der im § 2 Abs. 2 bezeichneten Sonderversicherungen gehören dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Dachverband genannt) an.

- (2) Dem Dachverband obliegt
1. die Beschlussfassung von Richtlinien zur Förderung der Zweckmäßigkeit und Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger;
  2. die Koordination der Vollziehungstätigkeit der Sozialversicherungsträger;
  3. die Wahrnehmung trägerübergreifender Verwaltungsaufgaben im Bereich der Sozialversicherung.

**Geltende Fassung**

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),
  5. die Erstellung eines Rehabilitationsplanes für die Sozialversicherungsträger,
  6. die Unterstützung und Mitwirkung beim Vollzug der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der Vereinbarung über die Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere durch die Erstellung trägerübergreifender Statistiken, die Erarbeitung und Überlassung standardisierter Datengrundlagen, die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern der Sozialversicherung (§ 84a Abs. 2 und 3) und den Betrieb einer Pseudonymisierungsstelle (§ 31 Abs. 4 Z 10).
- (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 hierzu 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

**Vorgeschlagene Fassung**

- (3) Die vom Dachverband beschlossenen Richtlinien und im Rahmen seines gesetzlichen Wirkungskreises gefassten Beschlüsse sind für die dem Dachverband angehörenden Versicherungsträger verbindlich.

**Geltende Fassung**

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 und § 684 Abs. 3. In diesen Richtlinien bzw. Kollektivverträgen ist ein Zusatzbeitrag zum Sicherungsbeitrag nach § 460c und § 684 Abs. 3 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;

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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 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 Richtlinie nach § 31 Abs. 5 Z 13. 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 Richtlinie nach § 31 Abs. 5 Z 13. Bezieht sich die Aufnahme von Arzneispezialitäten in diesen Bereich auch auf bestimmte Verwendungen (zB Gruppen von Krankheiten, ärztliche

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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 diesem 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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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 Vorstand 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 im übertragenen Wirkungsbereich 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, wobei dann, wenn hievon für das Pflegegeld bedeutsame Daten verwendet werden, dies im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zu

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

geschehen hat;

- 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 im übertragenen Wirkungsbereich nach den 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 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;
- 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;
- 10. die Errichtung und die Führung einer Pseudonymisierungsstelle zur Pseudonymisierung personenbezogener Daten über Diagnosen und

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Leistungen aus dem stationären und ambulanten Bereich. Soweit der Hauptverband die Pseudonymisierungsstelle für Verantwortliche außerhalb des Kreises der ihm angehörenden Sozialversicherungsträger betreibt, ist er dabei im übertragenen Wirkungsbereich tätig und an die Weisungen des Bundesministers für Gesundheit gebunden.

(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 hierfür 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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****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. Die Richtlinien sind vom Hauptverband im übertragenen Wirkungsbereich zu erlassen; bei der Erlassung unterliegt der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit. 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 Verrechnung der Kostenersätze zwischen den Krankenversicherungsträgern nach § 129 Abs. 2;
12. über die Durchführung, Dokumentation und Qualitätssicherung von Kontrollen im Vertragspartnerbereich nach § 32a;
13. über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen; in diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner/innen (§§ 338 ff) verbindlich sind, soll insbesondere auch unter Bedachtnahme auf die Art und Dauer der Erkrankung bestimmt werden, inwieweit Arzneispezialitäten für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können; für Arzneispezialitäten 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; die Richtlinien sind vom Hauptverband im übertragenen Wirkungsbereich zu erlassen; bei der Erlassung unterliegt der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit;

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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. für Gesundheitsförderung und Prävention mit Bezug zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen oder Verhältnissen sowie

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Krankheitsrisiken, präventiv beeinflussbaren Krankheiten oder Bedarfen spezifischer Bevölkerungsgruppen nach § 19 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017;

17. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Jugendlichenuntersuchungen (§ 132a);
18. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 132b);
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 sowie die Koordinierung der Aufgaben der Krankenversicherungsträger im Bereich der Frühintervention zur Verhinderung des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den § 307c und auf den Rehabilitationsplan nach Abs. 2 Z 5 Bedacht zu nehmen;
21. für das Zusammenwirken des Hauptverbandes und der Versicherungsträger zur Erreichung einer optimalen Auslastung der Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren), Kurheime und ähnlichen Einrichtungen im Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den Rehabilitationsplan nach Abs. 2 Z 5 Bedacht zu nehmen;
22. über die Zusammenarbeit der Träger der Kranken- und Unfallversicherung bei der Durchführung der Unfallheilbehandlung im Sinne des § 194;
23. im übertragenen Wirkungsbereich für die einheitliche Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes; bei der Erlassung unterliegt der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz;
24. für die Beurteilung von Vermögensanlagen im Sinne des § 446 Abs. 1

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

und 2;

25. für die einheitliche Anwendung der Verordnungen der Europäischen Union 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;
27. für die Befreiung (Herabsetzung) von Zuzahlungen bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit nach den §§ 154a Abs. 7, 155 Abs. 3, 302 Abs. 4 und 307d Abs. 6; hierbei 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 307d 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);
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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

kommenen gesetzlichen Interessenvertretungen; diese Richtlinien sind mindestens ein Mal jährlich neu zu beschließen;

35. zur einheitlichen Vollzugspraxis der Versicherungsträger im Bereich der Bekämpfung von Lohn- und Sozialdumping nach den §§ 7d ff des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetzes (AVRAG), BGBl. Nr. 459/1993;

36. für die Grundsätze der Erstellung von Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 307g Abs. 3);

37. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Arbeitsmarktservice bei der Durchführung der medizinischen und beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

(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 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.

(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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

anderes bestimmt ist, mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung. 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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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 ihrer Datenverarbeitung andere Versicherungsträger, den Hauptverband und die Abgabenbehörden des Bundes als Auftragsverarbeiter im Sinne des Art. 4 Z 8 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 04.05.2016 S. 1, (im Folgenden: DSGVO) in Anspruch nehmen. Auch der Hauptverband darf Versicherungsträger als Auftragsverarbeiter in Anspruch nehmen. Der Hauptverband ist in jenen Fällen, in denen er auf Grund gesetzlicher Bestimmungen für die Versicherungsträger tätig wird, jedenfalls Auftragsverarbeiter im Sinne des Art. 4 Z 8 DSGVO. 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.

(13) Der Hauptverband ist verpflichtet, jedes dritte Kalenderjahr, beginnend mit dem Kalenderjahr 2013, jeweils bis zum 30. November, dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht vorzulegen über

1. das Ausmaß der im abgelaufenen Kalenderjahr erworbenen Versicherungszeiten nach den §§ 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g und 225 Abs. 1 Z 8 dieses Bundesgesetzes, nach § 3 Abs. 3 GSVG und nach § 4a BSVG samt den zugrunde liegenden Beitragsleistungen,
2. das Ausmaß der Aufwendungen der Pensionsversicherungsträger für die Anrechnung der Versicherungszeiten nach Z 1 und der entsprechenden Ersatzzeiten bei Pensionsneuzuerkennungen im abgelaufenen Kalenderjahr und
3. die beitrags- und leistungsrechtlichen Auswirkungen der Wanderversicherung nach § 251a dieses Bundesgesetzes, nach § 129 GSVG und nach § 120 BSVG.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung****Beschlussfassung von Richtlinien**

**§ 30a.** (1) Zur Förderung der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger sind folgende Richtlinien zu beschließen:

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 Dachverbandes), 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 (beim Dachverband) ein Betrag im Ausmaß eines vom Dachverband festzusetzenden Hundertsatzes der laufenden Bezüge aller Sozialversicherungsbediensteten im abgelaufenen Geschäftsjahr, höchstens jedoch 2,5% 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 Dachverband 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 Dachverbandes;
6. 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;
7. über die einheitliche Verwendung der Beitragsgruppen, der Symbole und die den einzelnen Beitragsgruppen zugehörigen Versichertenkategorien;
8. über die Beurteilung der Voraussetzungen für eine Herabsetzung der

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte in der Krankenversicherung (§ 76 Abs. 2 und 3) und über Form und Inhalt diesbezüglicher Anträge;

9. über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2. Die Richtlinien sind vom Dachverband im übertragenen Wirkungsbereich zu erlassen; bei der Erlassung unterliegt der Dachverband den Weisungen der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. 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;
10. über die Verrechnung der Kostenersätze zwischen den Versicherungsträgern (und dem Dachverband) für die Vorbereitung von Richtlinien, für die Koordination der Vollziehungstätigkeit und für die Wahrnehmung trägerübergreifender Verwaltungsaufgaben;
11. über die Durchführung, Dokumentation und Qualitätssicherung von Kontrollen im Vertragspartnerbereich nach § 32a;
12. über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen; in diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner/innen (§§ 338 ff) verbindlich sind, 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; die Richtlinien sind vom Dachverband im übertragenen Wirkungsbereich zu erlassen; bei der Erlassung unterliegt der Dachverband den Weisungen der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz;
13. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

dem Dachverband 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;

14. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Dachverband im Bereich des Vertragspartnerrechtes, der Leistungserbringung und Leistungsverrechnung sowie mit den Abgabenbehörden bei der Sozialversicherungsprüfung nach § 41a;
15. 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 vom Dachverband einzurichtendes Rezeptgebührenkonto zu verwalten;
16. 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;
17. für Gesundheitsförderung und Prävention mit Bezug zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen oder Verhältnissen sowie

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Krankheitsrisiken, präventiv beeinflussbaren Krankheiten oder Bedarfen spezifischer Bevölkerungsgruppen nach § 19 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017;

18. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Jugendlichenuntersuchungen (§ 132a);
19. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 132b);
20. 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;
21. 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 sowie die Koordinierung der Aufgaben der Krankenversicherungsträger im Bereich der Frühintervention zur Verhinderung des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den § 307c und auf den Rehabilitationsplan nach Abs. 2 Z 4 Bedacht zu nehmen;
22. für das Zusammenwirken des Dachverbandes und der Versicherungsträger zur Erreichung einer optimalen Auslastung der Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren), Kurheime und ähnlichen Einrichtungen im Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den Rehabilitationsplan nach Abs. 2 Z 5 Bedacht zu nehmen;
23. über die Zusammenarbeit der Träger der Kranken- und Unfallversicherung bei der Durchführung der Unfallheilbehandlung im Sinne des § 194;
24. im übertragenen Wirkungsbereich für die einheitliche Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes; bei der Erlassung unterliegt der Dachverband den Weisungen der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz;
25. für die Beurteilung von Vermögensanlagen im Sinne des § 446 Abs. 1

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

und 2;

26. für die einheitliche Anwendung der Verordnungen der Europäischen Union und der zwischenstaatlichen Abkommen im Bereich der Sozialen Sicherheit;
27. für die Befreiung (Herabsetzung) von Zuzahlungen bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit nach den §§ 154a Abs. 7, 155 Abs. 3, 302 Abs. 4 und 307d Abs. 6; hierbei 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 307d 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 Dachverband 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. 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;
34. zur einheitlichen Vollzugspraxis der Versicherungsträger im Bereich der

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Bekämpfung von Lohn- und Sozialdumping nach den §§ 7d ff des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetzes (AVRAG), BGBl. Nr. 459/1993;

35. für die Grundsätze der Erstellung von Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 307g Abs. 3);
36. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Arbeitsmarktservice bei der Durchführung der medizinischen und beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.
37. für die trägerübergreifende Zusammenarbeit der mit der Internen Revision befassten Abteilungen der Versicherungsträger.

(2) Der Dachverband kann die Vorbereitung der Richtlinien nach Abs. 1 mit Beschluss der Konferenz zur Gänze oder zum Teil auf einen oder mehrere Versicherungsträger übertragen. Wenn und soweit der Dachverband die Vorbereitung bis zum Ablauf des 30. Juni 2021 nicht überträgt, kann die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Übertragungen mit Verordnung vornehmen. Die Übertragung der Aufgabe mittels Verordnung gilt solange und soweit, als die Konferenz keinen eigenen Beschluss fasst.

(3) Die Richtlinien nach Abs. 1 sind im Internet zu verlautbaren.

(4) 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.

(5) Soweit der Verlautbarung nach Abs. 4 ihrem Inhalt nach rechtsverbindliche Kraft zukommt, beginnt diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung. Schreibfehler in Verlautbarungen im Internet, ferner Verstöße gegen die innere Einrichtung der Verlautbarung (Nummerierungen, technische Verweisungen, Angabe des Freigabetages usw.), werden durch Kundmachung des Dachverbandes berichtigt.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Die technische Einrichtung der Verlautbarung im Internet gehört zu den Aufgaben des Dachverbandes nach 30c Abs. 1 Z 3.

(6) Dem Dachverband obliegt die Führung eines Registers der nach den §§ 30a und 30b beschlossenen Richtlinien.

**Koordination der Vollziehungstätigkeit**

**§ 30b.** (1) Zur zentralen Erbringung von Dienstleistungen für die Sozialversicherungsträger gehören:

1. die Beschlussfassung von Richtlinien zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten der Versicherungsträger und des Dachverbandes und der Abschluss der Kollektivverträge für die Versicherungsträger mit Ausnahme der Festsetzung der Mittel für Dienstordnungs-Pensionen nach § 460b und des Sicherungsbeitrages nach § 460c und § 684 Abs. 3. In diesen Richtlinien bzw. Kollektivverträgen ist ein Zusatzbeitrag zum Sicherungsbeitrag nach § 460c und § 684 Abs. 3 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 so anzuwenden, dass der Dachverband 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;

2. die Beschlussfassung von Vorschriften für die Fachprüfungen der

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Sozialversicherungsbediensteten;

3. die Beschlussfassung von Vorschriften für die fachliche Information der Versicherungsvertreter/innen;
4. die Beschlussfassung über 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 § 30c Abs. 1 Z 10. 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

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

nach § 30c Abs. 1 Z 10. Bezieht sich die Aufnahme von Arzneispezialitäten 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 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 diesem 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-Evaluierungskommission 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

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

nähere Organisation und das Verfahren zur Herausgabe des Erstattungskodex regelt der Dachverband in der Verordnung nach § 351g. Er hat dazu als beratendes Gremium eine Heilmittel-Evaluierungskommission einzurichten.

5. die Besorgung der Statistik der Sozialversicherung sowie der Statistik der Pflegevorsorge im übertragenen Wirkungsbereich sowohl nach den Weisungen der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz als auch insoweit, als dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Dachverbandes notwendig ist; in diesem Zusammenhang Aufbau und Führung einer Statistikdatenbank mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung sowie Betrieb einer Pseudonymisierungsstelle
6. die Vertretung der Sozialversicherungsträger in internationalen Angelegenheiten einschließlich EU;
7. die Beschlussfassung eines Rehabilitationsplanes für die Sozialversicherungsträger;
8. die Abgabe von Stellungnahmen in wichtigen und grundsätzlichen Fragen der Sozialversicherung;
9. die Verwaltung des Ausgleichsfonds nach § 447f, die Verwaltung des Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung nach § 447h sowie die Verwaltung des Zahngesundheitsfonds nach § 447i;
10. der Abschluss von bundesweiten, trägerübergreifenden Gesamtverträgen.

(2) Die Richtlinien nach Abs. 1 Z 1 und die Vorschriften nach Abs. 1 Z 2 sowie der Erstattungskodex nach Abs. 1 Z 4 sind im Internet zu verlautbaren. Die Richtlinien nach Abs. 1 Z 1 können entsprechend den Abschlüssen der Kollektivverträge für die Versicherungsträger auch rückwirkend geändert werden. § 30a Abs. 4 und 5 ist anzuwenden.

(3) Der Dachverband kann die Vorbereitung von Richtlinien, Vorschriften und des Rehabilitationsplanes, die Vorbereitung der Herausgabe des Erstattungskodex sowie die Aufgaben nach Abs. 1 mit Beschluss der Konferenz zur Gänze oder zum Teil auf einen oder mehrere Versicherungsträger übertragen. Wenn und soweit der Dachverband die Vorbereitung bis zum Ablauf des 30. Juni 2021 nicht überträgt, kann die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Übertragungen mit Verordnung vornehmen. Die

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Übertragung der Aufgabe mittels Verordnung gilt solange und soweit, als die Konferenz keinen eigenen Beschluss fasst.

**Wahrnehmung trägerübergreifender Verwaltungsaufgaben**

**§ 30c.** (1) Zur Wahrnehmung trägerübergreifender Verwaltungsaufgaben 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. 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/innen einschließlich der Leistungsbezieher/innen nach den Landespflegegeldgesetzen, wobei dann, wenn hievon für das Pflegegeld bedeutsame Daten verwendet werden, dies im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zu geschehen hat;  
 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;
3. die Festlegung (Form und Inhalt) einheitlicher Formulare, Datensatzaufbaue und maschinell lesbarer Datenträger für den gesamten Vollzugsbereich der Sozialversicherung sowie die Schaffung der technischen Voraussetzungen für die Kundmachung von Rechtsvorschriften im Internet;
4. die Vertretung der Sozialversicherung gegenüber ausländischen Einrichtungen;
5. die Herausgabe der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ und weitere Initiativen auf dem Gebiet der Öffentlichkeitsarbeit;
6. Erfassung und Verwaltung der in der Pensionsversicherung teilversicherten Personen, für die der Bund, das Arbeitsmarktservice oder

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

ein öffentlicher Fonds die Beiträge zu zahlen hat;

7. die Errichtung und die Führung einer Pseudonymisierungsstelle zur Pseudonymisierung personenbezogener Daten über Diagnosen und Leistungen aus dem stationären und ambulanten Bereich. Soweit der Dachverband die Pseudonymisierungsstelle für Auftraggeber außerhalb des Kreises der ihm angehörenden Sozialversicherungsträger betreibt, ist er dabei im übertragenen Wirkungsbereich tätig und an die Weisungen der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz gebunden;
8. der Betrieb eines elektronischen Verwaltungssystems (ELSY) für den gesamten Vollzugsbereich der Sozialversicherung (§§ 31a ff.);
9. die Unterstützung und Mitwirkung beim Vollzug der Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der Vereinbarung über die Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere durch die Erstellung trägerübergreifender Statistiken, die Erarbeitung und Überlassung standardisierter Datengrundlagen, die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern der Sozialversicherung (§ 84a Abs. 2 und 3) und den Betrieb einer Pseudonymisierungsstelle (§ 31 Abs. 4 Z 10);
10. die Zusammenführung aller Rechenzentren der Sozialversicherungsträger und die Erstellung eines strategischen IKT-Planes;
11. die Forschung auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit;
12. die Einrichtung und Führung des Pensionskontos;
13. der Aufbau und die Führung einer Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechtes im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung nach Maßgabe des Abs. 2.

(2) Die im Abs. 1 Z 13 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, Soziales,

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Gesundheit und Konsumentenschutz, der Sozialversicherungsträger, des Dachverbandes 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, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz dient und daher von diesem im Rahmen der Kostenersätze zu ersetzen ist, vom Dachverband und vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz je zur Hälfte zu tragen. Über den Aufbau und die Führung der Dokumentation (oder eines ihrer Teile) können mit Zustimmung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 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.

(3) Der Dachverband kann die Aufgaben nach Abs. 1 mit Beschluss der Konferenz zur Gänze oder zum Teil auf einen oder mehrere Versicherungsträger übertragen. Wenn und soweit der Dachverband die Vorbereitung bis zum Ablauf des 30. Juni 2021 nicht überträgt, kann die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Übertragungen mit Verordnung vornehmen. Die Übertragung der Aufgabe mittels Verordnung gilt solange und soweit, als die Konferenz keinen eigenen Beschluss fasst.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung****Datenschutz**

**§ 30d.** (1) Die Versicherungsträger dürfen bei ihrer Datenverarbeitung andere Versicherungsträger, den Dachverband und die Abgabenbehörden des Bundes als Auftragsverarbeiter im Sinne des Art. 4 Z 8 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 04.05.2016 S. 1, (im Folgenden: DSGVO) in Anspruch nehmen. Auch der Dachverband darf Versicherungsträger als Auftragsverarbeiter in Anspruch nehmen. Der Dachverband ist in jenen Fällen, in denen er auf Grund gesetzlicher Bestimmungen für die Versicherungsträger tätig wird, jedenfalls Auftragsverarbeiter im Sinne des Art. 4 Z 8 DSGVO. Der Dachverband 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.

(2) Der Dachverband ist verpflichtet, eine Datenschutzverordnung für alle Sozialversicherungsträger zu erlassen und im Internet zu veröffentlichen.

**Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

**§ 31.** (1) Die in den §§ 23 bis 25 bezeichneten Versicherungsträger und die Träger der im § 2 Abs. 2 bezeichneten Sondersicherungen 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

**Geltende Fassung**

Behandlung in einer Spitalsambulanz (§ 26 KAKuG),

5. die Erstellung eines Rehabilitationsplanes für die Sozialversicherungsträger,
6. die Unterstützung und Mitwirkung beim Vollzug der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der Vereinbarung über die Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere durch die Erstellung trägerübergreifender Statistiken, die Erarbeitung und Überlassung standardisierter Datengrundlagen, die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern der Sozialversicherung (§ 84a Abs. 2 und 3) und den Betrieb einer Pseudonymisierungsstelle (§ 31 Abs. 4 Z 10).

(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 hierzu 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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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 und § 684 Abs. 3. In diesen Richtlinien bzw. Kollektivverträgen ist ein Zusatzbeitrag zum Sicherungsbeitrag nach § 460c und § 684 Abs. 3 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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****Bestimmungen des Sechsten Teiles:**

12. 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 Richtlinie nach § 31 Abs. 5 Z 13. 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 Richtlinie nach § 31 Abs. 5 Z 13. Bezieht sich die Aufnahme von Arzneispezialitäten in diesen Bereich auch auf bestimmte Verwendungen (zB Gruppen von Krankheiten, ärztliche

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Fachgruppen, Altersstufen von Patient(inn)en, Mengengrenzung 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 diesem 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.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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 Verbandsvorstand 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 im übertragenen Wirkungsbereich 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, wobei dann, wenn hievon für das Pflegegeld bedeutsame Daten verwendet werden, dies im übertragenen

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zu geschehen hat;

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 im übertragenen Wirkungsbereich nach den 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, 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 von Richtlinien gemäß Abs. 5 Z 4, 14 und 21;

8. die Einrichtung und Führung des Pensionskontos nach Abschnitt 3 des APG;

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;

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

10. die Errichtung und die Führung einer Pseudonymisierungsstelle zur Pseudonymisierung personenbezogener Daten über Diagnosen und Leistungen aus dem stationären und ambulanten Bereich. Soweit der Hauptverband die Pseudonymisierungsstelle für Verantwortliche außerhalb des Kreises der ihm angehörenden Sozialversicherungsträger betreibt, ist er dabei im übertragenen Wirkungsbereich tätig und an die Weisungen des Bundesministers für Gesundheit gebunden.

(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 hierfür 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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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. Die Richtlinien sind vom Hauptverband im übertragenen Wirkungsbereich zu erlassen; bei der Erlassung unterliegt der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit. 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 Verrechnung der Kostenersätze zwischen den Krankenversicherungsträgern nach § 129 Abs. 2;
12. über die Durchführung, Dokumentation und Qualitätssicherung von Kontrollen im Vertragspartnerbereich nach § 32a;
13. über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen; in diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner/innen (§§ 338 ff) verbindlich sind, 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; die Richtlinien sind vom Hauptverband im übertragenen

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Wirkungsbereich zu erlassen; bei der Erlassung unterliegt der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit;

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;

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

- 16b. für Gesundheitsförderung und Prävention mit Bezug zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen oder Verhältnissen sowie Krankheitsrisiken, präventiv beeinflussbaren Krankheiten oder Bedarfen spezifischer Bevölkerungsgruppen nach § 19 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017;
17. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Jugendlichenuntersuchungen (§ 132a);
18. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 132b);
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 sowie die Koordinierung der Aufgaben der Krankenversicherungsträger im Bereich der Frühintervention zur Verhinderung des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den § 307c und auf den Rehabilitationsplan nach Abs. 2 Z 5 Bedacht zu nehmen;
21. für das Zusammenwirken des Hauptverbandes und der Versicherungsträger zur Erreichung einer optimalen Auslastung der Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren), Kurheime und ähnlichen Einrichtungen im Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den Rehabilitationsplan nach Abs. 2 Z 5 Bedacht zu nehmen;
22. über die Zusammenarbeit der Träger der Kranken- und Unfallversicherung bei der Durchführung der Unfallheilbehandlung im Sinne des § 194;
23. im übertragenen Wirkungsbereich für die einheitliche Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes; bei der Erlassung unterliegt der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

und Konsumentenschutz;

24. für die Beurteilung von Vermögensanlagen im Sinne des § 446 Abs. 1 und 2;
25. für die einheitliche Anwendung der Verordnungen der Europäischen Union 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;
27. für die Befreiung (Herabsetzung) von Zuzahlungen bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit nach den §§ 154a Abs. 7, 155 Abs. 3, 302 Abs. 4 und 307d Abs. 6; hierbei 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 307d 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);
34. zur einheitlichen Vollzugspraxis der Versicherungsträger bzw. bestimmter Gruppen von Versicherungsträgern im Bereich des Melde-

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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;

35. zur einheitlichen Vollzugspraxis der Versicherungsträger im Bereich der Bekämpfung von Lohn- und Sozialdumping nach den §§ 7d ff des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetzes (AVRAG), BGBl. Nr. 459/1993;

36. für die Grundsätze der Erstellung von Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 307g Abs. 3);

37. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Arbeitsmarktservice bei der Durchführung der medizinischen und beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

(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 der Trägerkonferenz und der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen.

(6) Die vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien und im Rahmen seines gesetzlichen Wirkungskreises gefassten Beschlüsse sind für die im Hauptverband zusammengefassten Versicherungsträger verbindlich.

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

1. über die Erwerbung, Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden, die

**Vorgeschlagene Fassung**

**§ 31.** Der **Dachverband** 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 nach den §§ 472 Abs. 1 und 474 Abs. 1 versicherten Personen. Er hat hiebei insbesondere 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 der Trägerkonferenz und der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen.

**Geltende Fassung**

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.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

(9a) Soweit der Verlautbarung nach Abs. 9 ihrem Inhalt nach rechtsverbindliche Kraft zukommt, beginnt diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung. 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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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 ihrer Datenverarbeitung andere Versicherungsträger, den Hauptverband und die Abgabenbehörden des Bundes als Auftragsverarbeiter im Sinne des Art. 4 Z 8 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 04.05.2016 S. 1, (im Folgenden: DSGVO) in Anspruch nehmen. Auch der Hauptverband darf Versicherungsträger als Auftragsverarbeiter in Anspruch nehmen. Der Hauptverband ist in jenen Fällen, in denen er auf Grund gesetzlicher Bestimmungen für die Versicherungsträger tätig wird, jedenfalls Auftragsverarbeiter im Sinne des Art. 4 Z 8 DSGVO. 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 Unvollständigkeiten 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.

(13) Der Hauptverband ist verpflichtet, jedes dritte Kalenderjahr, beginnend mit dem Kalenderjahr 2013, jeweils bis zum 30. November, dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht vorzulegen über

1. das Ausmaß der im abgelaufenen Kalenderjahr erworbenen Versicherungszeiten nach den §§ 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g und 225 Abs. 1 Z 8 dieses Bundesgesetzes, nach § 3 Abs. 3 GSVG und nach § 4a BSVG samt den zugrunde liegenden Beitragsleistungen,
2. das Ausmaß der Aufwendungen der Pensionsversicherungsträger für die Anrechnung der Versicherungszeiten nach Z 1 und der entsprechenden Ersatzzeiten bei Pensionsneuzuerkennungen im abgelaufenen Kalenderjahr und
3. die beitrags- und leistungsrechtlichen Auswirkungen der Wanderversicherung nach § 251a dieses Bundesgesetzes, nach § 129

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****GSVG und nach § 120 BSVG.****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) und (3) unverändert.

(4) Bestandteile des ELSY dürfen für andere als Sozialversicherungszwecke nur mit bundesgesetzlicher Ermächtigung und nur so weit verarbeitet werden, als dies mit dem Zweck des ELSY nicht unvereinbar (Art. 5 Abs. 1 lit. b DSGVO) ist. Zu Fragen der Unvereinbarkeit neuer Verarbeitungszwecke sowie zu Fragen der Speicherung von personenbezogenen 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 verarbeitet werden:

1. bis 5. unverändert.

Der durch die Verarbeitung 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,

**Vorgeschlagene Fassung****Grundlagen des Elektronischen Verwaltungssystems (ELSY)**

§ 31a. (1) Der **Dachverband** 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) und (3) unverändert.

(4) Bestandteile des ELSY dürfen für andere als Sozialversicherungszwecke nur mit bundesgesetzlicher Ermächtigung und nur so weit verarbeitet werden, als dies mit dem Zweck des ELSY nicht unvereinbar (Art. 5 Abs. 1 lit. b DSGVO) ist. Zu Fragen der Unvereinbarkeit neuer Verarbeitungszwecke sowie zu Fragen der Speicherung von personenbezogenen 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 verarbeitet werden:

1. bis 5. unverändert.

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

(4a) bis (6) unverändert.

(7) Der **Dachverband** 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,

**Geltende Fassung**

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.

(8) Ab 1. Jänner 2020 ist auf allen ab diesem Zeitpunkt an Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, neu ausgegebenen oder ausgetauschten e-cards ein Lichtbild dauerhaft anzubringen, das den Karteninhaber/die Karteninhaberin erkennbar zeigt. Bis 31. Dezember 2023 sind alle e-cards, auf denen noch kein Lichtbild angebracht ist, auszutauschen. Zu diesem Zweck ist der **Hauptverband** ermächtigt, personenbezogene Daten wie Lichtbilder in der Reihenfolge

1. bis 3. unverändert.

automationsunterstützt im Rahmen einer Online-Abfrage unter Verwendung des bereichsspezifischen Personenkennzeichens (bPK) nach § 9 E-GovG zu verarbeiten. Für die Verarbeitung der Bilddaten ist der **Hauptverband** Verantwortlicher nach Art. 4 Z 7 DSGVO.

(9) Sofern in den Beständen nach Abs. 8 Z 1 bis 3 kein Lichtbild vorhanden ist, ist der Karteninhaber/die Karteninhaberin ab Vollendung des 14. Lebensjahres verpflichtet, das Lichtbild wahlweise im Rahmen eines der für die Bestände nach Z 1 bis 3 vorgesehenen behördlichen Verfahren beizubringen. Näheres, insbesondere Regeln für Bewilligungspflichten für die Leistungsanspruchnahme bei einem/einer Vertragspartner/in im Falle einer Neuanmeldung zur Sozialversicherung, bei Ersatzausstellung einer e-card und bei systembedingtem Kartentausch wird durch die Krankenordnung geregelt. Der **Hauptverband** hat hierfür für alle Krankenversicherungsträger nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz verbindliche Vorgaben im Wege der Musterkrankenordnung (§ 456 Abs. 2) zu erlassen.

(10) Nähere Bestimmungen über die Verwaltungsabläufe und die Kostentragung sowie Ausnahmen bezüglich der Pflicht ein Lichtbild beizubringen, wenn und solange dies aus besonders schwerwiegenden insbesondere gesundheitlichen Gründen im Einzelfall nicht zumutbar ist, werden durch Verordnung der Bundesregierung festgelegt. Die für die Umsetzung der Abs. 8 und 9 bis 31. Dezember 2023 erforderlichen Mittel sind dem **Hauptverband** vom Bundesminister für Finanzen aus dem allgemeinen

**Vorgeschlagene Fassung**

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.

(8) Ab 1. Jänner 2020 ist auf allen ab diesem Zeitpunkt an Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, neu ausgegebenen oder ausgetauschten e-cards ein Lichtbild dauerhaft anzubringen, das den Karteninhaber/die Karteninhaberin erkennbar zeigt. Bis 31. Dezember 2023 sind alle e-cards, auf denen noch kein Lichtbild angebracht ist, auszutauschen. Zu diesem Zweck ist der **Dachverband** ermächtigt, personenbezogene Daten wie Lichtbilder in der Reihenfolge

1. bis 3. unverändert.

automationsunterstützt im Rahmen einer Online-Abfrage unter Verwendung des bereichsspezifischen Personenkennzeichens (bPK) nach § 9 E-GovG zu verarbeiten. Für die Verarbeitung der Bilddaten ist der **Dachverband** Verantwortlicher nach Art. 4 Z 7 DSGVO.

(9) Sofern in den Beständen nach Abs. 8 Z 1 bis 3 kein Lichtbild vorhanden ist, ist der Karteninhaber/die Karteninhaberin ab Vollendung des 14. Lebensjahres verpflichtet, das Lichtbild wahlweise im Rahmen eines der für die Bestände nach Z 1 bis 3 vorgesehenen behördlichen Verfahren beizubringen. Näheres, insbesondere Regeln für Bewilligungspflichten für die Leistungsanspruchnahme bei einem/einer Vertragspartner/in im Falle einer Neuanmeldung zur Sozialversicherung, bei Ersatzausstellung einer e-card und bei systembedingtem Kartentausch wird durch die Krankenordnung geregelt. Der **Dachverband** hat hierfür für alle Krankenversicherungsträger nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz verbindliche Vorgaben im Wege der Musterkrankenordnung (§ 456 Abs. 2) zu erlassen.

(10) Nähere Bestimmungen über die Verwaltungsabläufe und die Kostentragung sowie Ausnahmen bezüglich der Pflicht ein Lichtbild beizubringen, wenn und solange dies aus besonders schwerwiegenden insbesondere gesundheitlichen Gründen im Einzelfall nicht zumutbar ist, werden durch Verordnung der Bundesregierung festgelegt. Die für die Umsetzung der Abs. 8 und 9 bis 31. Dezember 2023 erforderlichen Mittel sind dem **Dachverband** vom Bundesminister für Finanzen aus dem allgemeinen Bundeshaushalt

**Geltende Fassung**

Bundeshaushalt zusätzlich zur Verfügung zu stellen, wobei der Kostenersatz mit einem Betrag in Höhe von 5,6 Mio. € begrenzt ist.

**Durchführung des ELSY**

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

1. bis 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 Verantwortliche 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. bis 6. unverändert.

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

**Vorgeschlagene Fassung**

zusätzlich zur Verfügung zu stellen, wobei der Kostenersatz mit einem Betrag in Höhe von 5,6 Mio. € begrenzt ist.

**Durchführung des ELSY**

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

1. bis 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 **Dachverband** maßgeblicher Einfluß auf die Geschäftsführung jener juristischen Person zukommt, die das ELSY betreibt. Die Verantwortlichkeit des **Dachverbandes** und der Versicherungsträger als datenschutzrechtliche Verantwortliche bleibt auch im Fall der Errichtung oder Beteiligung an einer juristischen Person im Sinne der Z 1 bis 3 unberührt.

(2) Beschlüsse des **Dachverbandes** 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 **Dachverbandes** 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. bis 6. unverändert.

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 **Dachverband** 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

**Geltende Fassung**

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 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**) nach Maßgabe des Abs. 2a. 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.

(2a) unverändert.

(3) Die innerhalb des ELSY zu verwendenden Chipkarten sind von dem nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz zuständigen Krankenversicherungsträger auszustellen. Ist kein zuständiger Krankenversicherungsträger vorhanden, so sind diese Chipkarten von der Gebietskrankenkasse jenes Landes auszustellen, in dem sie voraussichtlich hauptsächlich verwendet werden.

(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).

**Service-Entgelt**

§ 31c. (1) bis (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. (1) Der **Hauptverband** hat sich an der Einführung und Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zu beteiligen.

**Vorgeschlagene Fassung**

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 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 (**Dachverband**) nach Maßgabe des Abs. 2a. 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.

(2a) unverändert.

(3) Die innerhalb des ELSY zu verwendenden Chipkarten sind von dem nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz zuständigen Krankenversicherungsträger auszustellen. Ist kein zuständiger Krankenversicherungsträger vorhanden, so sind diese Chipkarten von der Österreichischen Gesundheitskasse auszustellen.

(4) Näheres über die Organisation und Technik des ELSY sowie über seine Verwendung ist durch Verordnung des **Dachverbandes** 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).

**Service-Entgelt**

§ 31c. (1) bis (3) unverändert.

(4) Auf das Service-Entgelt sind die Vorschriften über die allgemeinen Beiträge entsprechend anzuwenden. Der **Dachverband** 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. (1) Der **Dachverband** hat sich an der Einführung und Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zu beteiligen.

**Geltende Fassung**

(2) Der **Hauptverband** hat entsprechend den Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes – GTelG 2012, BGBl. I Nr. 111/2012,

1. und 2. unverändert.

(3) Der **Hauptverband** hat im übertragenen Wirkungsbereich die Widerspruchsstelle (§ 28 Abs. 2 Z 7 GTelG 2012), die Serviceline („Service-Center“, § 28 Abs. 2 Z 9 GTelG 2012) sowie die Funktionen des Zugangsportals von ELGA, insbesondere jene zur Wahrung der ELGA Teilnehmer/innen/rechte (§ 23 Abs. 2 Z 2 GTelG 2012), bereit zu stellen und zu betreiben oder betreiben zu lassen. Er ist dabei an die Weisungen des Bundesministers für Gesundheit gebunden. Die Kundmachung der technisch-organisatorischen Spezifikationen nach § 28 GTelG 2012 darf rechtswirksam auch im Internet erfolgen.

(4) unverändert.

**5. UNTERABSCHNITT****Rechtliche Stellung der Versicherungsträger und des Hauptverbandes**

§ 32. (1) Die Versicherungsträger und der **Hauptverband** sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes und haben Rechtspersönlichkeit. Sie sind berechtigt, das Wappen der Republik Österreich in Siegeln, Drucksorten und Aufschriften zu führen.

(2) Der allgemeine Gerichtsstand der Versicherungsträger und des **Hauptverbandes** ist das sachlich und örtlich zuständige Gericht ihres Sitzes.

**Kontrolle im Vertragspartnerbereich**

§ 32a. (1) und (2) unverändert.

(3) Der **Hauptverband** hat gemeinsam mit der in Betracht kommenden bundesweiten Interessenvertretung der jeweiligen Vertragspartner/innen mindestens jährlich die Durchführung und die Ergebnisse der Kontrollen nach Abs. 1 zu beraten und kann gemeinsam mit der Interessenvertretung Empfehlungen zur Durchführung und zur Qualitätssicherung aussprechen.

**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**

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Der **Dachverband** hat entsprechend den Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes – GTelG 2012, BGBl. I Nr. 111/2012,

1. und 2. unverändert.

(3) Der **Dachverband** hat im übertragenen Wirkungsbereich die Widerspruchsstelle (§ 28 Abs. 2 Z 7 GTelG 2012), die Serviceline („Service-Center“, § 28 Abs. 2 Z 9 GTelG 2012) sowie die Funktionen des Zugangsportals von ELGA, insbesondere jene zur Wahrung der ELGA Teilnehmer/innen/rechte (§ 23 Abs. 2 Z 2 GTelG 2012), bereit zu stellen und zu betreiben oder betreiben zu lassen. Er ist dabei an die Weisungen des Bundesministers für Gesundheit gebunden. Die Kundmachung der technisch-organisatorischen Spezifikationen nach § 28 GTelG 2012 darf rechtswirksam auch im Internet erfolgen.

(4) unverändert.

**5. UNTERABSCHNITT****Rechtliche Stellung der Versicherungsträger und des Dachverbandes**

§ 32. (1) Die Versicherungsträger und der **Dachverband** sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes und haben Rechtspersönlichkeit. Sie sind berechtigt, das Wappen der Republik Österreich in Siegeln, Drucksorten und Aufschriften zu führen.

(2) Der allgemeine Gerichtsstand der Versicherungsträger und des **Dachverbandes** ist das sachlich und örtlich zuständige Gericht ihres Sitzes.

**Kontrolle im Vertragspartnerbereich**

§ 32a. (1) und (2) unverändert.

(3) Der **Dachverband** hat gemeinsam mit der in Betracht kommenden bundesweiten Interessenvertretung der jeweiligen Vertragspartner/innen mindestens jährlich die Durchführung und die Ergebnisse der Kontrollen nach Abs. 1 zu beraten und kann gemeinsam mit der Interessenvertretung Empfehlungen zur Durchführung und zur Qualitätssicherung aussprechen.

**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 **Dachverband**

**Geltende Fassung**

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 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.

(3) bis (6) unverändert.

**Besondere Auskunftspflicht der Inhaber (Bevollmächtigten) von knappschaftlichen und diesen gleichgestellten Betrieben**

§ 42a. Die Inhaber (Bevollmächtigten) von knappschaftlichen und diesen gleichgestellten Betrieben sind verpflichtet, der **Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau** jene nichtknappschaftlichen Betriebe bekanntzugeben, die mit Arbeiten im Bereich des knappschaftlichen oder gleichgestellten Betriebes befaßt sind; sie sind ferner verpflichtet, der **Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau** alle für die Feststellung der Versicherungszugehörigkeit nach § 15 Abs. 4 erforderlichen Auskünfte über die Art der im Bereich des knappschaftlichen oder gleichgestellten Betriebes vergebenen Arbeiten zu erteilen. § 42 gilt entsprechend.

**Risiko- und Auffälligkeitsanalyse**

§ 42b. (1) unverändert.

(2) Die **Oberösterreichische Gebietskrankenkasse** hat als Kompetenzzentrum die in Abs. 1 Z 1 genannten Analysen zu verknüpfen und die Ergebnisse dieser

**Vorgeschlagene Fassung**

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 **Dachverband** auf automationsunterstütztem Wege mitzuteilen. Das Nähere über die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Mitteilung hat der Bundesminister für Arbeit 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 **Dachverband** festgelegten einheitlichen Datensätzen (§ 31 Abs. 4 Z 6) zu erstatten.

(3) bis (6) unverändert.

**Besondere Auskunftspflicht der Inhaber (Bevollmächtigten) von knappschaftlichen und diesen gleichgestellten Betrieben**

§ 42a. Die Inhaber (Bevollmächtigten) von knappschaftlichen und diesen gleichgestellten Betrieben sind verpflichtet, der **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau** jene nichtknappschaftlichen Betriebe bekanntzugeben, die mit Arbeiten im Bereich des knappschaftlichen oder gleichgestellten Betriebes befaßt sind; sie sind ferner verpflichtet, der **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau** alle für die Feststellung der Versicherungszugehörigkeit nach § 15 Abs. 4 erforderlichen Auskünfte über die Art der im Bereich des knappschaftlichen oder gleichgestellten Betriebes vergebenen Arbeiten zu erteilen. § 42 gilt entsprechend.

**Risiko- und Auffälligkeitsanalyse**

§ 42b. (1) unverändert.

(2) Die **Österreichische Gesundheitskasse** hat als Kompetenzzentrum die in Abs. 1 Z 1 genannten Analysen zu verknüpfen und die Ergebnisse dieser

**Geltende Fassung**

Verknüpfung allen beteiligten Krankenversicherungsträgern, den Abgabenbehörden des Bundes und dem **Hauptverband** zur Verfügung zu stellen. Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten nicht zwingend geboten ist, sind die Ergebnisse der Datenverarbeitungen zum technisch und organisatorisch frühestmöglichen Zeitpunkt zu pseudonymisieren.

(3) unverändert.

(4) Die Krankenversicherungsträger führen die Risiko- und Auffälligkeitsanalyse nach Abs. 1 Z 1 als gemeinsam für die Verarbeitung Verantwortliche nach Art. 26 DSGVO. Die **Oberösterreichische Gebietskrankenkasse** ist Auftragsverarbeiter im Sinne des Art. 4 Z 8 DSGVO. Die Datenbank ist so auszugestalten, dass eine Weitergabe von Daten nach Abs. 1 Z 1 auf konkrete Krankenversicherungsträger, Abgabenbehörden des Bundes oder den **Hauptverband** beschränkt werden kann.

(5) Das Nähere über die notwendigen Sicherheitsmaßnahmen bei der Verarbeitung der jeweiligen personenbezogenen Daten nach den Abs. 1 und 2 ist vom **Hauptverband** in der Datenschutzverordnung nach § 31 Abs. 12 festzulegen. Der **Hauptverband** ist dabei im übertragenen Wirkungsbereich tätig und an die Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gebunden.

**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 (Höchstaussmaß) der Bezüge bzw. Bezugsteile zu enthalten, das nicht als Entgelt im Sinne des Abs. 1 gilt. Derartige Feststellungen sind im Internet zu verlaublichen und für alle Sozialversicherungsträger und Behörden verbindlich. Die Feststellungen sind rückwirkend ab dem Wirksamkeitsbeginn der zugrundeliegenden Regelungen im Sinne des Abs. 3 vorzunehmen.

(5) unverändert.

(6) Die Versicherungsträger, die Verwaltungsbehörden, das Bundesverwaltungsgericht und die Landesverwaltungsgerichte sind an

**Vorgeschlagene Fassung**

Verknüpfung allen beteiligten Krankenversicherungsträgern, den Abgabenbehörden des Bundes und dem **Dachverband** zur Verfügung zu stellen. Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten nicht zwingend geboten ist, sind die Ergebnisse der Datenverarbeitungen zum technisch und organisatorisch frühestmöglichen Zeitpunkt zu pseudonymisieren.

(3) unverändert.

(4) Die Krankenversicherungsträger führen die Risiko- und Auffälligkeitsanalyse nach Abs. 1 Z 1 als gemeinsam für die Verarbeitung Verantwortliche nach Art. 26 DSGVO. Die **Österreichische Gesundheitskasse** ist Auftragsverarbeiter im Sinne des Art. 4 Z 8 DSGVO. Die Datenbank ist so auszugestalten, dass eine Weitergabe von Daten nach Abs. 1 Z 1 auf konkrete Krankenversicherungsträger, Abgabenbehörden des Bundes oder den **Dachverband** beschränkt werden kann.

(5) Das Nähere über die notwendigen Sicherheitsmaßnahmen bei der Verarbeitung der jeweiligen personenbezogenen Daten nach den Abs. 1 und 2 ist vom **Dachverband** in der Datenschutzverordnung nach § 31 Abs. 12 festzulegen. Der **Dachverband** ist dabei im übertragenen Wirkungsbereich tätig und an die Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gebunden.

**Entgelt**

§ 49. (1) bis (3) unverändert.

(4) Der **Dachverband** 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 (Höchstaussmaß) der Bezüge bzw. Bezugsteile zu enthalten, das nicht als Entgelt im Sinne des Abs. 1 gilt. Derartige Feststellungen sind im Internet zu verlaublichen und für alle Sozialversicherungsträger und Behörden verbindlich. Die Feststellungen sind rückwirkend ab dem Wirksamkeitsbeginn der zugrundeliegenden Regelungen im Sinne des Abs. 3 vorzunehmen.

(5) unverändert.

(6) Die Versicherungsträger, die Verwaltungsbehörden, das Bundesverwaltungsgericht und die Landesverwaltungsgerichte sind an

**Geltende Fassung**

rechtskräftige Entscheidungen der Gerichte, in denen Entgeltansprüche des Dienstnehmers (Lehrlings) festgestellt werden, gebunden. Dieser Bindung steht die Rechtskraft der Beitragsvorschrift nicht entgegen. Diese Bindung tritt nicht ein, wenn der gerichtlichen Entscheidung kein Streitiges Verfahren vorangegangen ist oder ein Anerkenntnisurteil gefällt oder ein gerichtlicher Vergleich geschlossen wurde. Die Gerichte erster Instanz haben je eine Ausfertigung der rechtskräftigen Entscheidungen über Entgeltansprüche von Dienstnehmern (Lehrlingen) binnen vier Wochen ab Rechtskraft an die **Gebietskrankenkasse jenes Landes zu übersenden, in dem der Sitz des Gerichtes liegt**; gleiches gilt für gerichtliche Vergleiche über die genannten Ansprüche.

(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) und (9) unverändert.

**Allgemeine Beiträge für Vollversicherte**

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

1. unverändert;
2. in der Unfallversicherung .....1,3 %  
der allgemeinen Beitragsgrundlage;
3. unverändert.

(3) bis (7) 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**

**Vorgeschlagene Fassung**

rechtskräftige Entscheidungen der Gerichte, in denen Entgeltansprüche des Dienstnehmers (Lehrlings) festgestellt werden, gebunden. Dieser Bindung steht die Rechtskraft der Beitragsvorschrift nicht entgegen. Diese Bindung tritt nicht ein, wenn der gerichtlichen Entscheidung kein Streitiges Verfahren vorangegangen ist oder ein Anerkenntnisurteil gefällt oder ein gerichtlicher Vergleich geschlossen wurde. Die Gerichte erster Instanz haben je eine Ausfertigung der rechtskräftigen Entscheidungen über Entgeltansprüche von Dienstnehmern (Lehrlingen) binnen vier Wochen ab Rechtskraft an die **Österreichische Gesundheitskasse zu übersenden**; gleiches gilt für gerichtliche Vergleiche über die genannten Ansprüche.

(7) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales kann nach Anhörung des **Dachverbandes** 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) und (9) unverändert.

**Allgemeine Beiträge für Vollversicherte**

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

1. unverändert;
2. in der Unfallversicherung .....1,2 %  
der allgemeinen Beitragsgrundlage;
3. unverändert.

(3) bis (7) 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 **Dachverband**

**Geltende Fassung**

hiezue 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.

**Beiträge für Versicherte, die in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen stehen**

§ 53a. (1) Der Dienstgeber hat für alle bei ihm nach § 5 Abs. 2 beschäftigten Personen einen Beitrag zur Unfallversicherung in der Höhe von 1,3 % der allgemeinen Beitragsgrundlage zu leisten.

(3) bis (4) unverändert.

**Zuschüsse an die Dienstgeber/innen**

§ 53b. (1) Den Dienstgeber/inne/n können Zuschüsse aus Mitteln der Unfallversicherung zur teilweisen Vergütung des Aufwandes für die Entgeltfortzahlung einschließlich allfälliger Sonderzahlungen im Sinne des § 3 EFZG oder vergleichbarer österreichischer Rechtsvorschriften an bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt oder der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau unfallversicherte Dienstnehmer/innen geleistet werden.

(2) und (2a) unverändert.

(3) Den Dienstgeber/inne/n nach den Abs. 2 und 2a ist in den Fällen des § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a sowie nach Maßgabe des zweiten Satzes in den Fällen des § 7 Abs. 3 APSG aus Mitteln der Unfallversicherung auch die Differenz zwischen dem Zuschuss zur Entgeltfortzahlung (Abs. 1 und 2 Z 3 lit. b) und dem Aufwand für die Entgeltfortzahlung einschließlich allfälliger Sonderzahlungen im Sinne des § 3 EFZG oder vergleichbarer österreichischer Rechtsvorschriften für bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt oder der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau unfallversicherte Dienstnehmer/innen zu vergüten. Diese Vergütung gebührt den Dienstgeber/inne/n in Fällen der Arbeitsunfähigkeit nach § 7 Abs. 3 APSG auf Grund von Unfällen, die während eines Einsatzes im Rahmen des Katastrophenschutzes und der Katastrophenhilfe geschehen sind.

(4) bis (6) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung**

hiezue 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.

**Beiträge für Versicherte, die in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen stehen**

§ 53a. (1) Der Dienstgeber hat für alle bei ihm nach § 5 Abs. 2 beschäftigten Personen einen Beitrag zur Unfallversicherung in der Höhe von 1,2 % der allgemeinen Beitragsgrundlage zu leisten.

(3) bis (4) unverändert.

**Zuschüsse an die Dienstgeber/innen**

§ 53b. (1) Den Dienstgeber/inne/n können Zuschüsse aus Mitteln der Unfallversicherung zur teilweisen Vergütung des Aufwandes für die Entgeltfortzahlung einschließlich allfälliger Sonderzahlungen im Sinne des § 3 EFZG oder vergleichbarer österreichischer Rechtsvorschriften an bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt unfallversicherte Dienstnehmer/innen geleistet werden.

(2) und (2a) unverändert.

(3) Den Dienstgeber/inne/n nach den Abs. 2 und 2a ist in den Fällen des § 176 Abs. 1 Z 7 lit. a sowie nach Maßgabe des zweiten Satzes in den Fällen des § 7 Abs. 3 APSG aus Mitteln der Unfallversicherung auch die Differenz zwischen dem Zuschuss zur Entgeltfortzahlung (Abs. 1 und 2 Z 3 lit. b) und dem Aufwand für die Entgeltfortzahlung einschließlich allfälliger Sonderzahlungen im Sinne des § 3 EFZG oder vergleichbarer österreichischer Rechtsvorschriften für bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt unfallversicherte Dienstnehmer/innen zu vergüten. Diese Vergütung gebührt den Dienstgeber/inne/n in Fällen der Arbeitsunfähigkeit nach § 7 Abs. 3 APSG auf Grund von Unfällen, die während eines Einsatzes im Rahmen des Katastrophenschutzes und der Katastrophenhilfe geschehen sind.

(4) bis (6) unverändert.

**Geltende Fassung****Haftung bei Beauftragung zur Erbringung von Bauleistungen**

§ 67a. (1) bis (4) unverändert.

(5) Das Dienstleistungszentrum (§ 67c) hat die bei ihm eingelangten Haftungsbeträge unverzüglich an den oder die für die Beitragseinhebung zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten. Sind mehrere Krankenversicherungsträger zuständig, so sind die Haftungsbeträge im Verhältnis der Zahl der versicherten Personen, die im Weiterleitungszeitpunkt auf die jeweiligen DienstgeberInnenkonten (Beitragskonten) des beauftragten Unternehmens entfallen, aufzuteilen. Das Nähere ist durch Richtlinien des **Hauptverbandes** zu regeln.

(5a) Bei Überweisungen von Haftungsbeträgen durch Auftrag gebende Unternehmen von Personen nach § 67e hat das Dienstleistungszentrum die bei ihm eingelangten Haftungsbeträge an die **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft** weiterzuleiten, sofern nicht ein anderer in Betracht kommender Krankenversicherungsträger diese Haftungsbeträge innerhalb von 14 Tagen ab deren Einlangen anfordert.

(6) bis (13) unverändert.

**Dienstleistungszentrum**

§ 67c. (1) Für das Zusammenwirken der Krankenversicherungsträger zur Geltendmachung der Haftung nach § 67a ist bei der **Wiener Gebietskrankenkasse** ein Dienstleistungszentrum einzurichten, das folgende Aufgaben hat:

1. bis 6. unverändert.

Die Verwaltungsbehörden des Bundes, der Länder und der Gemeinden sind verpflichtet, dem Dienstleistungszentrum und den Krankenversicherungsträgern alle zur Vollziehung der §§ 67b und 67e notwendigen Daten auf Anfrage möglichst auf elektronischem Weg zu übermitteln. Die Beteiligung der Krankenversicherungsträger an der Finanzierung des Dienstleistungszentrums einschließlich der Höhe des Kostenersatzes nach Z 6 ist durch Richtlinien des **Hauptverbandes** zu regeln. Abweichend von Z 6 bleibt es dem zuständigen Krankenversicherungsträger unbenommen, die Haftung nach § 67a selbst geltend zu machen.

(2) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung****Haftung bei Beauftragung zur Erbringung von Bauleistungen**

§ 67a. (1) bis (4) unverändert.

(5) Das Dienstleistungszentrum (§ 67c) hat die bei ihm eingelangten Haftungsbeträge unverzüglich an den oder die für die Beitragseinhebung zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten. Sind mehrere Krankenversicherungsträger zuständig, so sind die Haftungsbeträge im Verhältnis der Zahl der versicherten Personen, die im Weiterleitungszeitpunkt auf die jeweiligen DienstgeberInnenkonten (Beitragskonten) des beauftragten Unternehmens entfallen, aufzuteilen. Das Nähere ist durch Richtlinien des **Dachverbandes** zu regeln.

(5a) Bei Überweisungen von Haftungsbeträgen durch Auftrag gebende Unternehmen von Personen nach § 67e hat das Dienstleistungszentrum die bei ihm eingelangten Haftungsbeträge an die **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** weiterzuleiten, sofern nicht ein anderer in Betracht kommender Krankenversicherungsträger diese Haftungsbeträge innerhalb von 14 Tagen ab deren Einlangen anfordert.

(6) bis (13) unverändert.

**Dienstleistungszentrum**

§ 67c. (1) Für das Zusammenwirken der Krankenversicherungsträger zur Geltendmachung der Haftung nach § 67a ist bei der **Österreichische Gesundheitskasse** ein Dienstleistungszentrum einzurichten, das folgende Aufgaben hat:

1. bis 6. unverändert.

Die Verwaltungsbehörden des Bundes, der Länder und der Gemeinden sind verpflichtet, dem Dienstleistungszentrum und den Krankenversicherungsträgern alle zur Vollziehung der §§ 67b und 67e notwendigen Daten auf Anfrage möglichst auf elektronischem Weg zu übermitteln. Die Beteiligung der Krankenversicherungsträger an der Finanzierung des Dienstleistungszentrums einschließlich der Höhe des Kostenersatzes nach Z 6 ist durch Richtlinien des **Dachverbandes** zu regeln. Abweichend von Z 6 bleibt es dem zuständigen Krankenversicherungsträger unbenommen, die Haftung nach § 67a selbst geltend zu machen.

(2) unverändert.

**Geltende Fassung****Erstattung von Beiträgen in der Pensionsversicherung**

§ 70. (1) Überschreitet in einem Kalenderjahr

1. und 2. unverändert.

die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung - einschließlich der Sonderzahlungen - die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen für die im Kalenderjahr liegenden Beitragsmonate der Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit, wobei sich deckende Beitragsmonate nur ein Mal zu zählen sind, so hat die versicherte Person Anspruch auf Beitragserstattung nach den Abs. 2 und 3. Gleiches gilt für die Erstattung von Beiträgen bei gleichzeitigem Vorliegen einer oder mehrerer Pflichtversicherungen nach dem GSVG oder BSVG, wenn ausschließlich Beiträge nach dem ASVG entrichtet wurden. Monatliche Höchstbeitragsgrundlage ist der 35fache Betrag der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 Abs. 1.

(2) Bei Anfall einer Leistung aus den Versicherungsfällen des Alters oder der geminderten Arbeitsfähigkeit sind der versicherten Person die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge aufgewertet mit dem der zeitlichen Lagerung entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 Abs. 4) in halber Höhe von Amts wegen zu erstatten. Ist jedoch das APG anzuwenden, so ist in gleicher Weise nur der Überschreibungsbetrag nach § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG zu erstatten, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit das gesamte Kalenderjahr hindurch bestanden hat; ist dies nicht der Fall, so ist die für die Erstattung maßgebliche Jahreshöchstbeitragsgrundlage – auf Antrag der versicherten Person - abweichend von § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG aus der Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen zu bilden.

(3) Die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge sind auf Antrag auch vor Anfall der Leistung nach Abs. 2 zu erstatten. Der Antrag ist bei einem der beteiligten Versicherungsträger zu stellen. Für die Erstattung der Beiträge gilt Abs. 2 entsprechend.

(4) Die Abs. 1 bis 3 sind auf die Fälle eines Anrechnungsbetrages nach § 13 des Bundesbezügegesetzes, BGBl. I Nr. 64/1997, entsprechend anzuwenden.

(5) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung****Erstattung von Beiträgen in der Pensionsversicherung**

§ 70. (1) Überschreitet in einem Kalenderjahr

1. und 2. unverändert.

die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung - einschließlich der Sonderzahlungen - die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen für die im Kalenderjahr liegenden Beitragsmonate der Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit, wobei sich deckende Beitragsmonate nur ein Mal zu zählen sind, so hat die versicherte Person Anspruch auf Beitragserstattung nach Abs. 2. Gleiches gilt für die Erstattung von Beiträgen bei gleichzeitigem Vorliegen einer oder mehrerer Pflichtversicherungen nach dem GSVG oder BSVG, wenn ausschließlich Beiträge nach dem ASVG entrichtet wurden. Monatliche Höchstbeitragsgrundlage ist der 35fache Betrag der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 Abs. 1.

(2) Der versicherten Person sind 45% der auf den Überschreibungsbetrag entfallenden aufgewerteten Beiträge zu erstatten, und zwar bis zum 30. Juni des Kalenderjahres, das dem Jahr der gänzlichen Entrichtung dieser Beiträge für ein Kalenderjahr folgt, erstmals bis zum 30. Juni 2020 für die im Jahr 2019 gänzlich für ein Kalenderjahr entrichteten Beiträge; die Aufwertung der Beiträge erfolgt mit dem ihrer zeitlichen Lagerung entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 Abs. 4). Ist jedoch das APG anzuwenden, so ist in gleicher Weise nur der Überschreibungsbetrag nach § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG zu erstatten, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit das gesamte Kalenderjahr hindurch bestanden hat; ist dies nicht der Fall, so ist die für die Erstattung maßgebliche Jahreshöchstbeitragsgrundlage – auf Antrag der versicherten Person - abweichend von § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG aus der Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen zu bilden.

(3) Aufgehoben.

(4) Die Abs. 1 und 2 sind auf die Fälle eines Anrechnungsbetrages nach § 13 des Bundesbezügegesetzes, BGBl. I Nr. 64/1997, entsprechend anzuwenden.

(5) unverändert.

**Geltende Fassung****Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung**

**§ 70a.** (1) Überschreitet bei in der Krankenversicherung Pflichtversicherten nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in einem Kalenderjahr die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und der beitragspflichtigen Pensionen einschließlich der Sonderzahlungen die Summe der Beträge des 35fachen der Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 45 Abs. 1 für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung (Abs. 2), wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, so ist der Beitrag zur Krankenversicherung, der auf den Überschreibungsbetrag entfällt, dem Versicherten vom leistungszuständigen Versicherungsträger mit 4%, soweit jedoch ein Zusatzbeitrag nach § 51d geleistet wurde, mit 7,4% zu erstatten.

(2) unverändert.

(3) Der (die) Versicherte kann bei sonstigem Ausschluß bis zum Ablauf des dem Beitragsjahr drittfolgenden Kalenderjahres für die im Beitragsjahr fällig gewordenen Beiträge bei einem der beteiligten Versicherungsträger den Antrag auf Erstattung stellen. Ein Antrag kann auch für die folgenden Beitragsjahre gestellt werden. Er gilt so lange, als der (die) Versicherte bei dem Versicherungsträger versichert ist, bei welchem der Antrag gestellt wurde.

**Beiträge in der Unfallversicherung bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau**

**§ 71.** (1) Die Mittel zur Bestreitung der Aufwendungen in der Unfallversicherung werden für Personen nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. a bis e, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt sind, durch Beiträge von deren Dienstgebern/Dienstgeberinnen aufgebracht. Die für ein Kalenderjahr erforderlichen Beiträge sind auf der Grundlage der Summe der Entgelte zu bemessen, welche die in diesen Unternehmungen (Betrieben) beschäftigten Versicherten für ihre Tätigkeit im Unternehmen (Betrieb) in diesem Kalenderjahr bezogen haben, zuzüglich der Sonderzahlungen nach § 49 Abs. 2, soweit sie als Grundlage für die Bemessung der Sonderbeiträge für das betreffende Kalenderjahr heranzuziehen wären.

(2) Zur Sicherstellung der finanziellen Gebarung hat die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau eine allgemeine Rücklage in Höhe von 5% bis zu 25% der Aufwendungen für die Unfallversicherung unter

**Vorgeschlagene Fassung****Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung**

**§ 70a.** (1) Überschreitet bei in der Krankenversicherung Pflichtversicherten nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in einem Kalenderjahr die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und der beitragspflichtigen Pensionen einschließlich der Sonderzahlungen die Summe der Beträge des 35fachen der Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 45 Abs. 1 für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung (Abs. 2), wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, so hat der leistungszuständige Versicherungsträger nach Abs. 3 der versicherten Person die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge zur Krankenversicherung in jener Höhe zu erstatten, in der diese Beiträge von der versicherten Person zu tragen sind.

(2) unverändert.

(3) Der leistungszuständige Versicherungsträger, der von der versicherten Person und ihren Angehörigen am geringsten in Anspruch genommen worden ist, hat die Beitragserstattung bis zum 30. Juni des Kalenderjahres, das dem Jahr der gänzlichen Entrichtung der Beiträge zur Krankenversicherung für ein Kalenderjahr folgt, durchzuführen, erstmals bis zum 30. Juni 2020 für die im Jahr 2019 gänzlich für ein Kalenderjahr entrichteten Beiträge.

**Aufgehoben**

**Geltende Fassung**

Berücksichtigung der Grundlage der Summe der Entgelte nach Abs. 1 im jeweils abgelaufenen Kalenderjahr anzusammeln.

(2a) Der Beschluss des Vorstandes über die Dotierung der allgemeinen Rücklage bedarf der Zustimmung der Kontrollversammlung.

(3) Auf die Beiträge nach Abs. 1 und 2 hebt die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau monatlich Vorschüsse ein. Diese Vorschüsse werden mit dem Ersten des Kalendermonates fällig. Mit dem Ende eines jeden Kalenderjahres sind die eingehobenen Vorschüsse abzurechnen.

(4) Der Beitrag gemäß Abs. 1 und 2 tritt an die Stelle der in den §§ 51 bis 54 vorgesehenen Beiträge zur Unfallversicherung. Im übrigen sind die Bestimmungen der §§ 49, 50, 59, 64 bis 68 entsprechend anzuwenden.

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

§ 73. (1) unverändert.

(2) Als Beitrag für die Pensionisten (Übergangsgeldbezieher), mit Ausnahme der im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, haben die Pensionsversicherungsanstalt und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hinsichtlich der gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d krankenversicherten Personen 178% der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu überweisen. Als Beitrag für die im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, mit Ausnahme jener in Abs. 2a genannten Personen hat die Pensionsversicherungsanstalt 171% der gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zu überweisen. Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau hat 308% der nach Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die von ihr durchgeführte Krankenversicherung zu überweisen.

(2a) und (3) unverändert.

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

(5) Die Beiträge gemäß Abs. 2 erster Satz sind vorschussweise in

**Vorgeschlagene Fassung**

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

§ 73. (1) 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, hat die Pensionsversicherungsanstalt 178% der nach Abs. 1 einbehaltenen Beträge an den Dachverband zu überweisen. Als Beitrag für die im § 1 Abs. 1 Z 18 B-KUVG oder § 19 Abs. 2 Z 2 B-KUVG genannten Personen, mit Ausnahme jener in Abs. 2a genannten Personen hat die Pensionsversicherungsanstalt 171% der nach Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau zu überweisen. Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau hat für die im § 1 Abs. 1 Z 29 B-KUVG genannten Personen 308% der nach Abs. 1 einbehaltenen Beträge an die von ihr durchgeführte Krankenversicherung zu überweisen.

(2a) und (3) unverändert.

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

(5) Die Beiträge gemäß Abs. 2 erster Satz sind vorschussweise in

**Geltende Fassung**

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. Die Beiträge sind zunächst unter Berücksichtigung des Verhältnisses, in welchem der Pensionsaufwand einschließlich des Aufwandes für Ausgleichszulagen aller nach Abs. 2 erster Satz beitragspflichtigen Träger der Pensionsversicherung auf die bei den einzelnen Trägern der Krankenversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. a oder d krankenversicherten Personen entfällt, aufzuteilen.
2. Für jede einzelne Gebiets- und Betriebskrankenkasse (ausgenommen die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe) ist das Beitragsaufkommen für pflichtversicherte Erwerbstätige, das einem Beitragssatz von 0,8 vH entspricht, zu ermitteln.
3. Die Summe des nach Z 2 ermittelten Beitragsaufkommens für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen (ausgenommen die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe) ist im gleichen

**Vorgeschlagene Fassung**

monatlichen Raten auf Grund der im vorangegangenen Kalendermonat gemäß Abs. 1 einbehaltenen Beträge dem Dachverband 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 Dachverband teilt die einlangenden Beiträge auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung nach einem Schlüssel auf, der von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz bis 31. Oktober des folgenden Kalenderjahres mit Verordnung festzusetzen ist. Der Schlüssel ist für jedes Geschäftsjahr so zu berechnen, dass die Beiträge unter Berücksichtigung des Verhältnisses, in dem der Pensionsaufwand einschließlich des Aufwandes für Ausgleichszulagen aller nach Abs. 2 erster Satz beitragspflichtigen Träger der Pensionsversicherung auf die bei den einzelnen Trägern der Krankenversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. a oder d krankenversicherten Personen entfällt, aufzuteilen sind. Der Dachverband hat die vorschussweise 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.

**Geltende Fassung**

Verhältnis wie die Beiträge gemäß Z 1 aufzuteilen.

4. Die Summe der Beträge gemäß Z 1 und 3 abzüglich der Beträge gemäß Z 2 für jede einzelne Gebiets- und Betriebskrankenkasse bildet die Grundlage für den Aufteilungsschlüssel.

Der Hauptverband hat die vorschußweise 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) bis (2a) 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. bis 6. unverändert.
- (4) bis (6) unverändert.

**Aufwandersatz des Bundes für die in die Krankenversicherung einbezogenen Bezieher/innen von Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung**

§ 75a. (1) Übersteigen in einem Geschäftsjahr die gesamten Leistungsaufwendungen der Krankenversicherungsträger für die mit Verordnung nach § 9 in die Krankenversicherung einbezogenen Bezieher/innen von Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung und für ihre anspruchsberechtigten Angehörigen die von den Ländern für diese Personen entrichteten Beiträge zur Krankenversicherung, so leistet der Bund den Unterschiedsbetrag zwischen den gesamten Leistungsaufwendungen und den für diese Personen durch die Länder geleisteten Beiträgen.

**Vorgeschlagene Fassung****Beiträge für Teilversicherte in der Unfallversicherung**

§ 74. (1) bis (2a) 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 **Dachverband**;
  4. bis 6. unverändert.
- (4) bis (6) unverändert.

**Aufwandersatz des Bundes für die in die Krankenversicherung einbezogenen Bezieher/innen von Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung**

§ 75a. (1) Übersteigen in einem Geschäftsjahr die gesamten Leistungsaufwendungen der Österreichischen Gesundheitskasse für die mit Verordnung nach § 9 in die Krankenversicherung einbezogenen Bezieher/innen von Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung und für ihre anspruchsberechtigten Angehörigen die von den Ländern für diese Personen entrichteten Beiträge zur Krankenversicherung, so leistet der Bund den Unterschiedsbetrag zwischen den gesamten Leistungsaufwendungen und den für diese Personen durch die Länder geleisteten Beiträgen.

**Geltende Fassung**

(2) Bei der Ermittlung der geleisteten Beiträge nach Abs. 1 sind auch Ersätze für Leistungsaufwendungen (geleistete Regresse), Rezeptgebühren, Kostenbeteiligungen und Beihilfen für nicht abziehbare Vorsteuer zu berücksichtigen.

(3) Der Bund überweist den Unterschiedsbetrag nach Abs. 1 an den Hauptverband; dieser hat den überwiesenen Betrag auf die in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger nach dem jeweiligen Leistungsaufwand unverzüglich aufzuteilen. Der den einzelnen Trägern der Krankenversicherung nach Abs. 1 gebührende Betrag des Bundes ist monatlich im erforderlichen Ausmaß zu bevorschussen. Die Endabrechnung erfolgt, sobald der Hauptverband das endgültige Gebarungsergebnis vorlegt; jedenfalls ist die Endabrechnung jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres vorzunehmen.

(4) Krankenversicherungsträger, deren Beitragseinnahmen die Leistungsaufwendungen nach Abs. 1 übersteigen, haben diese Mehreinnahmen soweit an den Hauptverband abzuführen, als es notwendig ist, bei anderen Krankenversicherungsträgern eine ausgeglichene Gebarung im Sinn des Abs. 1 herzustellen. Der Hauptverband hat diese Beträge auf die in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger, bei denen die Aufwendungen die Beitragseinnahmen überstiegen haben, aufzuteilen.

**Bericht über die Entwicklung der Versicherungsfälle der geminderten Arbeitsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit**

**§ 79c.** (1) Der Hauptverband hat bis zum 30. September eines jeden Kalenderjahres, erstmals im Kalenderjahr 2012, über das jeweils vorangegangene Kalenderjahr dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht über die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nach den §§ 253e und 270a dieses Bundesgesetzes, nach § 131 GSVG und nach § 122 BSVG sowie über die Fälle der Invalidität (Erwerbsunfähigkeit) nach § 255 Abs. 3a und 3b dieses Bundesgesetzes, nach § 133 Abs. 2a und 2b GSVG und nach § 124 Abs. 1a und 1b BSVG und einen Bericht zur Entwicklung der Invalidität sowie zur Struktur- und Ergebnisqualität sowie zur Wirksamkeit von medizinischen und beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation vorzulegen. Der Bericht hat insbesondere eine Evaluierung der zahlenmäßigen Entwicklung und der finanziellen Auswirkungen der genannten Maßnahmen unter Berücksichtigung des Zieles einer nachhaltigen Senkung des Neuzuganges bei

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Bei der Ermittlung der geleisteten Beiträge nach Abs. 1 sind auch Ersätze für Leistungsaufwendungen (geleistete Regresse), Rezeptgebühren, Kostenbeteiligungen und Beihilfen für nicht abziehbare Vorsteuer zu berücksichtigen.

(3) Der Bund überweist den Unterschiedsbetrag nach Abs. 1 an die Österreichische Gesundheitskasse. Der der Österreichische Gesundheitskasse nach Abs. 1 gebührende Betrag des Bundes ist monatlich im erforderlichen Ausmaß zu bevorschussen. Die Endabrechnung erfolgt, sobald die Österreichische Gesundheitskasse das endgültige Gebarungsergebnis vorlegt; jedenfalls ist die Endabrechnung jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres vorzunehmen.

**Aufgehoben**

**Geltende Fassung**

den Pensionen aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit um 10 % (Ausgangsjahr: 2010) zu enthalten.

(2) Der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz hat der Bundesregierung auf der Grundlage des Berichtes nach Abs. 1 bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres, erstmals im Kalenderjahr 2012, einen Rehabilitations- und Härtefallregelungsbericht vorzulegen.

§ 80a. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat am 16. Oktober 2000 an den beim **Hauptverband** eingerichteten Ausgleichsfonds der Träger der Pensionsversicherung (§ 447g) 1 000 Millionen Schilling zu überweisen.

(7) unverändert.

(8) Der Bund leistet am 1. Juli 2009 für das Geschäftsjahr 2009 dem **Hauptverband** einen Betrag von 45 Millionen Euro, den dieser auf die Gebietskrankenkassen entsprechend deren negativem Reinvermögen zum 31. Dezember 2008 unverzüglich aufzuteilen hat.

**Beitrag des Bundes zur Finanzierung von Kieferregulierungen**

§ 80c. (1) Der Bund hat bis zum 31. Jänner eines jeden Jahres, erstmals bis zum 31. Jänner 2016 für Kieferregulierungen 80 Mio. Euro an den beim **Hauptverband** eingerichteten Zahngesundheitsfonds (§ 447i) zu überweisen.

(2) Bis zum 31. Juli 2015 hat der Bund 20 Mio. Euro an den beim **Hauptverband** eingerichteten Zahngesundheitsfonds (§ 447i) zu überweisen. Dieser hat diese Mittel auf die Krankenversicherungsträger angemessen aufzuteilen.

(3) unverändert.

(4) Wird die Sachleistung nach den §§ 153a dieses Bundesgesetzes, 94a GSVG, 95a BSVG und 69a B-KUVG auf Grund von Verträgen nach § 343e Abs. 2 erbracht, so hat der Bund die Mittel für diese Leistungen in der Höhe des voraussichtlich anfallenden Aufwandes, höchstens jedoch in der Höhe nach Abs. 1, an den beim **Hauptverband** eingerichteten Zahngesundheitsfonds (§ 447i) zu überweisen.

**Verwendung der Mittel**

§ 81. (1) Die Mittel der Sozialversicherung dürfen nur für die gesetzlich

**Vorgeschlagene Fassung**

§ 80a. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat am 16. Oktober 2000 an den beim **Dachverband** eingerichteten Ausgleichsfonds der Träger der Pensionsversicherung (§ 447g) 1 000 Millionen Schilling zu überweisen.

(7) unverändert.

(8) Der Bund leistet am 1. Juli 2009 für das Geschäftsjahr 2009 dem **Dachverband** einen Betrag von 45 Millionen Euro, den dieser auf die Gebietskrankenkassen entsprechend deren negativem Reinvermögen zum 31. Dezember 2008 unverzüglich aufzuteilen hat.

**Beitrag des Bundes zur Finanzierung von Kieferregulierungen**

§ 80c. (1) Der Bund hat bis zum 31. Jänner eines jeden Jahres, erstmals bis zum 31. Jänner 2016 für Kieferregulierungen 80 Mio. Euro an den beim **Dachverband** eingerichteten Zahngesundheitsfonds (§ 447i) zu überweisen.

(2) Bis zum 31. Juli 2015 hat der Bund 20 Mio. Euro an den beim **Dachverband** eingerichteten Zahngesundheitsfonds (§ 447i) zu überweisen. Dieser hat diese Mittel auf die Krankenversicherungsträger angemessen aufzuteilen.

(3) unverändert.

(4) Wird die Sachleistung nach den §§ 153a dieses Bundesgesetzes, 94a GSVG, 95a BSVG und 69a B-KUVG auf Grund von Verträgen nach § 343e Abs. 2 erbracht, so hat der Bund die Mittel für diese Leistungen in der Höhe des voraussichtlich anfallenden Aufwandes, höchstens jedoch in der Höhe nach Abs. 1, an den beim **Dachverband** eingerichteten Zahngesundheitsfonds (§ 447i) zu überweisen.

**Verwendung der Mittel**

§ 81. (1) Die Mittel der Sozialversicherung dürfen nur für die gesetzlich

**Geltende Fassung**

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. Diese Information hat weiters für die Versicherten und ihre Angehörigen den Hinweis zu enthalten, dass ELGA-Teilnehmer/inne/n der jederzeitige generelle Widerspruch (§ 15 Abs. 2 des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 [GTelG 2012], BGBl. I Nr. 111/2012), das jederzeitige Einsichtsrecht (§ 16 Abs. 1 Z 1 GTelG 2012), das Recht auf Aufnahme von ELGA-Gesundheitsdaten (§ 16 Abs. 2 Z 1 GTelG 2012), der Widerspruch im Einzelfall (§ 16 Abs. 2 Z 2 GTelG 2012), die Bestimmung der individuellen Zugriffsberechtigungen für Gesundheitsdiensteanbieter und ELGA-Gesundheitsdaten (§ 16 Abs. 1 Z 2 GTelG 2012) sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme der ELGA-Ombudsstelle (§ 17 GTelG 2012) offensteht.

(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.

(2b) Zulässig ist auch die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung zum Zwecke der Finanzierung und Organisation der Dienstverhältnisse nach § 460 Abs. 1a durch den **Hauptverband**, wobei auch die Beteiligung anderer juristischer Personen, insbesondere Träger von Krankenanstalten, die Österreichische Ärztekammer sowie die Landesärztekammern, und natürlicher Personen an diesen möglich ist. Wird das Dienstverhältnis für die Ausbildung von

**Vorgeschlagene Fassung**

vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit der Versicherungsträger (des **Dachverbandes**) 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. Diese Information hat weiters für die Versicherten und ihre Angehörigen den Hinweis zu enthalten, dass ELGA-Teilnehmer/inne/n der jederzeitige generelle Widerspruch (§ 15 Abs. 2 des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 [GTelG 2012], BGBl. I Nr. 111/2012), das jederzeitige Einsichtsrecht (§ 16 Abs. 1 Z 1 GTelG 2012), das Recht auf Aufnahme von ELGA-Gesundheitsdaten (§ 16 Abs. 2 Z 1 GTelG 2012), der Widerspruch im Einzelfall (§ 16 Abs. 2 Z 2 GTelG 2012), die Bestimmung der individuellen Zugriffsberechtigungen für Gesundheitsdiensteanbieter und ELGA-Gesundheitsdaten (§ 16 Abs. 1 Z 2 GTelG 2012) sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme der ELGA-Ombudsstelle (§ 17 GTelG 2012) offensteht.

(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 **Dachverband**) errichtet (gegründet) wurden, zulässig.

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

(2b) Zulässig ist auch die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung zum Zwecke der Finanzierung und Organisation der Dienstverhältnisse nach § 460 Abs. 1a durch den **Dachverband**, wobei auch die Beteiligung anderer juristischer Personen, insbesondere Träger von Krankenanstalten, die Österreichische Ärztekammer sowie die Landesärztekammern, und natürlicher Personen an diesen möglich ist. Wird das Dienstverhältnis für die Ausbildung von

**Geltende Fassung**

Turnusärztinnen und -ärzten mit einer juristischen Person nach dieser Bestimmung begründet, so sind die entsprechenden Bestimmungen der Dienstordnung anzuwenden.

(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, LeistungsbezieherInnen) über ihre Rechte und Pflichten nach diesem Bundesgesetz zu informieren und aufzuklären.

**Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben**

**§ 82.** (1) Soweit die Versicherungsträger, **ausgenommen die Betriebskrankenkassen,** an der Durchführung der Unfall- und Pensionsversicherung und der Beitragseinhebung nach § 73a bei einem anderen Versicherungsträger nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz mitwirken, erhalten sie zur Abgeltung der ihnen daraus erwachsenden Kosten eine Vergütung aus den Beiträgen zu diesen Versicherungen in der Höhe eines Hundertsatzes der abgeführten Beiträge. Das Nähere wird durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz geregelt; in Angelegenheiten der Beitragseinhebung nach § 73a ist die Abgeltung durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit festzulegen. Die Höhe des Hundertsatzes ist unter Bedachtnahme auf die Ergebnisse der Kostenrechnung festzusetzen. Für die Einhebung der Zusatzbeiträge fällt keine Vergütung an.

(2) unverändert.

(3) Soweit der **Hauptverband** an der Durchführung der dem Arbeitsmarktservice bzw. der Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen

**Vorgeschlagene Fassung**

Turnusärztinnen und -ärzten mit einer juristischen Person nach dieser Bestimmung begründet, so sind die entsprechenden Bestimmungen der Dienstordnung anzuwenden.

(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 **Dachverbandes** durch Verordnung zu regeln.

**Informations- und Aufklärungspflicht**

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

**Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben**

**§ 82.** (1) Soweit die Versicherungsträger an der Durchführung der Unfall- und Pensionsversicherung und der Beitragseinhebung nach § 73a bei einem anderen Versicherungsträger nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz mitwirken, erhalten sie zur Abgeltung der ihnen daraus erwachsenden Kosten eine Vergütung aus den Beiträgen zu diesen Versicherungen in der Höhe eines Hundertsatzes der abgeführten Beiträge. Das Nähere wird durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz geregelt; in Angelegenheiten der Beitragseinhebung nach § 73a ist die Abgeltung durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit festzulegen. Die Höhe des Hundertsatzes ist unter Bedachtnahme auf die Ergebnisse der Kostenrechnung festzusetzen. Für die Einhebung der Zusatzbeiträge fällt keine Vergütung an.

(2) unverändert.

(3) Soweit der **Dachverband** an der Durchführung der dem Arbeitsmarktservice bzw. der Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen

**Geltende Fassung**

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 und Soziales unter Zugrundelegung der Ergebnisse der Kostenrechnung festzulegen.

(4) unverändert.

(5) Soweit der **Hauptverband** an der Vollziehung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, durch Pseudonymisierung von Daten auf automationsunterstütztem Weg durch die Pseudonymisierungsstelle (§ 31 Abs. 4 Z 10) mitwirkt, erhält er eine Vergütung in Form eines fixen Pauschalbetrages pro Jahr. Die Finanzierung dieses Pauschalbetrages erfolgt im Wege der Bundesgesundheitsagentur (§§ 56a ff KAKuG).

**Unterstützungsfonds**

§ 84. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Mittel des Unterstützungsfonds können in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Unterstützenden, für Unterstützungen nach Maßgabe der hierfür **vom Vorstand zu erlassenden Richtlinien** verwendet werden.

**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 im Sinne des 6. Abschnitts des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach dem Sechsten Teil haben die dabei abgestimmten Planungsergebnisse (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit, Regionale Strukturpläne Gesundheit) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes zu beachten.

(2) Der **Hauptverband** hat jeweils Vertreterinnen/Vertreter nach Maßgabe

**Vorgeschlagene Fassung**

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 und Soziales unter Zugrundelegung der Ergebnisse der Kostenrechnung festzulegen.

(4) unverändert.

(5) Soweit der **Dachverband** an der Vollziehung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, durch Pseudonymisierung von Daten auf automationsunterstütztem Weg durch die Pseudonymisierungsstelle (§ 31 Abs. 4 Z 10) mitwirkt, erhält er eine Vergütung in Form eines fixen Pauschalbetrages pro Jahr. Die Finanzierung dieses Pauschalbetrages erfolgt im Wege der Bundesgesundheitsagentur (§§ 56a ff KAKuG).

**Unterstützungsfonds**

§ 84. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Mittel des Unterstützungsfonds können in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Unterstützenden, für Unterstützungen nach Maßgabe der hierfür **vom Verwaltungsrat zu erlassenden bundesweit einheitlichen Richtlinien** verwendet werden.

**Grundsätze**

§ 84a. (1) Zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung der Versicherten haben sich der **Dachverband** und die Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung von wissenschaftlichen (insbesondere gesundheitsökonomischen) Erkenntnissen an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung im Sinne des 6. Abschnitts des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach dem Sechsten Teil haben die dabei abgestimmten Planungsergebnisse (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit, Regionale Strukturpläne Gesundheit) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes zu beachten.

(2) Der **Dachverband** hat jeweils Vertreterinnen/Vertreter nach Maßgabe

**Geltende Fassung**

1. bis 4. unverändert.  
zu entsenden.

(3) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben nach § 29 Abs. 2 und 3 G-ZG Vertreterinnen/Vertreter in die Gesundheitsplattform sowie in die Landes-Zielsteuerungskommission des jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu entsenden. Demzufolge haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger jeweils insgesamt fünf Vertreterinnen/Vertreter in die Gesundheitsplattformen und die Landes-Zielsteuerungskommissionen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden und zwar vier Vertreterinnen/Vertreter der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse, darunter jedenfalls die Obfrau/der Obmann und eine Vertreterin/ein Vertreter der bundesweiten Träger je Bundesland. Bei der Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten und auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen.

(4) unverändert.

(5) Für die Datenübermittlung gilt Folgendes:

1. unverändert.

2. Der **Hauptverband** und die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, die personenbezogenen Daten entsprechend den Bestimmungen des § 4 Abs. 6 des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006 und des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. I Nr. 745/1996, datenschutzrechtskonform auf elektronischem Weg bereitzustellen bzw. zu übermitteln.

Alle personenbezogenen Daten sind vor der Übermittlung an die Bundesgesundheitsagentur, die Landesgesundheitsfonds und die im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen genannten Stellen zur Sicherstellung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch die beim **Hauptverband** eingerichtete Pseudonymisierungsstelle (§ 31 Abs. 4 Z 10) zu pseudonymisieren.

**Beteiligung an der Zielsteuerung-Gesundheit**

§ 84c. Der **Hauptverband** und die Träger der Krankenversicherung haben sich an der Zielsteuerung-Gesundheit nach dem G-ZG zu beteiligen und sind zum Abschluss entsprechender Verträge, insbesondere im Sinne der Abschnitte 4 und 5 G-ZG berechtigt.

**Vorgeschlagene Fassung**

1. bis 4. unverändert.  
zu entsenden.

(3) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben nach § 29 Abs. 2 und 3 G-ZG Vertreter/innen in die Gesundheitsplattform sowie in die Landes-Zielsteuerungskommission des jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu entsenden. Demzufolge haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger jeweils insgesamt fünf Vertreter/innen in die Gesundheitsplattformen und die Landes-Zielsteuerungskommissionen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden und zwar ein/e Vertreter/in der Österreichischen Gesundheitskasse und drei Vertreter/innen der örtlich zuständigen Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse, darunter jedenfalls der/die Vorsitzende des Landesstellenausschusses, und ein/e Vertreter/in der Sondersicherungsträger je Bundesland. Bei der Entsendung von Vertretern/Vertreterinnen und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

(4) unverändert.

(5) Für die Datenübermittlung gilt Folgendes:

1. unverändert.

2. Der **Dachverband** und die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, die personenbezogenen Daten entsprechend den Bestimmungen des § 4 Abs. 6 des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006 und des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. I Nr. 745/1996, datenschutzrechtskonform auf elektronischem Weg bereitzustellen bzw. zu übermitteln.

Alle personenbezogenen Daten sind vor der Übermittlung an die Bundesgesundheitsagentur, die Landesgesundheitsfonds und die im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen genannten Stellen zur Sicherstellung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch die beim **Dachverband** eingerichtete Pseudonymisierungsstelle (§ 31 Abs. 4 Z 10) zu pseudonymisieren.

**Beteiligung an der Zielsteuerung-Gesundheit**

§ 84c. Der **Dachverband** und die Träger der Krankenversicherung haben sich an der Zielsteuerung-Gesundheit nach dem G-ZG zu beteiligen und sind zum Abschluss entsprechender Verträge, insbesondere im Sinne der Abschnitte 4 und 5 G-ZG berechtigt.

**Geltende Fassung****Entstehen der Leistungsansprüche**

§ 85. (1) unverändert.

(2) Bei Personen, die mit Dienstleistungsscheck entlohnt werden, entsteht ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung nur dann, wenn die für das Bestehen der Pflichtversicherung maßgeblichen Dienstleistungsschecks spätestens bis zum Ablauf des nächsten Kalendermonates an die **zuständige Gebietskrankenkasse** übermittelt wurden, es sei denn, dass der Dienstnehmer/die Dienstnehmerin schwer wiegende Gründe für die verspätete Übermittlung nachweist.

**Entziehung von Leistungsansprüchen**

§ 99. (1) bis (2) unverändert.

(3) Die Entziehung einer Leistung wird wirksam

1. mit dem Ablauf des Kalendermonates, der auf die Zustellung des Bescheides folgt,
  - a) unverändert;
  - b) wenn im Fall des Bezuges von Rehabilitationsgeld unter Inanspruchnahme des Kompetenzzentrums Begutachtung (§ 307g) oder der Begutachtungsstelle der **Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau** festgestellt wird, dass
    - aa) bis dd) unverändert;
2. unverändert.
- (4) 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

**Vorgeschlagene Fassung****Entstehen der Leistungsansprüche**

§ 85. (1) unverändert.

(2) Bei Personen, die mit Dienstleistungsscheck entlohnt werden, entsteht ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung nur dann, wenn die für das Bestehen der Pflichtversicherung maßgeblichen Dienstleistungsschecks spätestens bis zum Ablauf des nächsten Kalendermonates an die **Österreichische Gesundheitskasse** übermittelt wurden, es sei denn, dass der Dienstnehmer/die Dienstnehmerin schwer wiegende Gründe für die verspätete Übermittlung nachweist.

**Entziehung von Leistungsansprüchen**

§ 99. (1) bis (2) unverändert.

(3) Die Entziehung einer Leistung wird wirksam

1. mit dem Ablauf des Kalendermonates, der auf die Zustellung des Bescheides folgt,
  - a) unverändert;
  - b) wenn im Fall des Bezuges von Rehabilitationsgeld unter Inanspruchnahme des Kompetenzzentrums Begutachtung (§ 307g) oder der Begutachtungsstelle der **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau** festgestellt wird, dass
    - aa) bis dd) unverändert;
2. unverändert.
- (4) unverändert.

**Persönliche Abgabenfreiheit**

§ 109. Die Versicherungsträger und der **Dachverband** genießen die persönliche Gebührenfreiheit von den Stempel- und Rechtsgebühren. Inwieweit die Versicherungsträger (der **Dachverband**) 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

**Geltende Fassung**

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, Verwaltungsgerichten, 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,
    - 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.
  4. unverändert.
- (3) und (4) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung**

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 **Dachverband**) 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, Verwaltungsgerichten, 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 **Dachverband** 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 **Dachverband** 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 **Dachverbandes** notwendig sind.
  4. unverändert.
- (3) und (4) unverändert.

**Geltende Fassung****Leistungen außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers**

§ 129. (1) Nimmt eine/ein Anspruchsberechtigte/r eine Leistung außerhalb des Sprengels des für sie/ihn zuständigen Krankenversicherungsträgers in Anspruch, so ist jener Krankenversicherungsträger, in dessen Sprengel die Leistung in Anspruch genommen wird, verpflichtet, Sachleistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit (§ 117 Abs. 1 Z 2) und Mutterschaft (§ 117 Abs. 1 Z 4) sowie die Zahnbehandlung nach § 153 gegen Verrechnung der tatsächlich entstandenen Kosten ohne Verwaltungsauslagen zu gewähren. Davon abweichend erfolgen die Bewilligung und die Kostenübernahme von Anstaltspflege, Heilbehelfen, Hilfsmitteln und Kieferregulierungen nach den Bestimmungen des zuständigen Krankenversicherungsträgers. Die mit dem aushelfenden Krankenversicherungsträger in vertraglichen Beziehungen stehenden Personen und Einrichtungen (Ärzte/Ärztinnen, Apotheker/Apothekerinnen usw.) sind aber auch in diesen Fällen zur Leistung nach den für sie geltenden Verträgen verpflichtet. Alle übrigen Leistungen sowie Kostenerstattungen und Kostenzuschüsse sind beim zuständigen Krankenversicherungsträger nach seinen Regelungen in Anspruch zu nehmen.

(2) Der Hauptverband kann Richtlinien über die Verrechnung der Kostenersätze zwischen den Krankenversicherungsträgern aufstellen. Diese Richtlinien sind im Internet zu verlautbaren.

**Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung**

§ 131. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen oder nicht nach Fallpauschalen, wenn diese einer erbrachten Einzelleistung gleichkommen, bestimmt, so hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.

**Vorgeschlagene Fassung****Aufgehoben****Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung**

§ 131. (1) Nimmt der/die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338), die eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80% des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Abweichend davon ist zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen Kostenerstattung bei ärztlicher Hilfe in der Satzung die Höhe der Kostenerstattung unter Bedachtnahme auf die in den Honorarordnungen festgelegten Grundvergütungen und Zuschläge festzusetzen. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen oder nicht nach Fallpauschalen, wenn diese einer erbrachten Einzelleistung gleichkommen,

**Geltende Fassung**

(2) bis (6) unverändert.

**Jugendlichenuntersuchungen**

§ 132a. (1) bis (3) 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.

(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 Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz 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, Vertrags-Gruppenpraxen 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.

(4) § 132a Abs. 6 gilt mit der Maßgabe, daß die Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales

**Vorgeschlagene Fassung**

bestimmt, so hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.

(2) bis (6) unverändert.

**Jugendlichenuntersuchungen**

§ 132a. (1) bis (3) unverändert.

(6) Der Dachverband hat die nach seinen Richtlinien (§ 30a Abs. 1 Z 18) ausgewerteten Ergebnisse der Jugendlichenuntersuchungen unverzüglich nach deren Vorliegen dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und den Bundesministerien für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort sowie für Nachhaltigkeit und Tourismus bekanntzugeben.

**Vorsorge(Gesunden)untersuchungen**

§ 132b. (1) unverändert.

(2) Der Dachverband 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 Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz 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, Vertrags-Gruppenpraxen 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.

(4) § 132a Abs. 6 gilt mit der Maßgabe, dass die Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz bekanntzugeben sind.

**Geltende Fassung**

bekanntzugeben sind.

(5) unverändert.

(6) Die Träger der Krankenversicherung haben auch für Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und für die nicht bereits auf Grund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz ein Anspruch auf diese Leistung besteht und diese auch nicht durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG) gewährt wird, Vorsorge(Gesunden)untersuchungen vorzunehmen. Dies gilt nicht für Personen, für die aufgrund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und/oder eines zwischenstaatlichen Abkommens ein anderer Staat für die Durchführung der Krankenversicherung zuständig ist. Der Bund hat den tatsächlich entstandenen nachgewiesenen Aufwand der Krankenversicherung an derartigen Untersuchungskosten zu ersetzen und dem **Hauptverband** zu überweisen. Wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, so kann der Ersatz des Bundes durch einen Pauschbetrag abgegolten werden, der vom Bundesminister für Gesundheit 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. Hiebei ist auf die sonstigen Leistungen der

**Vorgeschlagene Fassung**

(5) unverändert.

(6) Die Träger der Krankenversicherung haben auch für Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und für die nicht bereits auf Grund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz ein Anspruch auf diese Leistung besteht und diese auch nicht durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG) gewährt wird, Vorsorge(Gesunden)untersuchungen vorzunehmen. Dies gilt nicht für Personen, für die aufgrund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und/oder eines zwischenstaatlichen Abkommens ein anderer Staat für die Durchführung der Krankenversicherung zuständig ist. Der Bund hat den tatsächlich entstandenen nachgewiesenen Aufwand der Krankenversicherung an derartigen Untersuchungskosten zu ersetzen und dem **Dachverband** zu überweisen. Wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, so kann der Ersatz des Bundes durch einen Pauschbetrag abgegolten werden, der vom Bundesminister für Gesundheit unter Bedachtnahme auf die Zahl der von den einzelnen Trägern der Krankenversicherung vorzunehmenden Untersuchungen und die durchschnittlichen Kosten der Untersuchungen festzusetzen ist. Der **Dachverband** 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 **Dachverbandes** durch Verordnung die Mitwirkung durch Leistung eines Kostenzuschusses zu übertragen. Hiebei ist auf die sonstigen Leistungen der Träger der

**Geltende Fassung**

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. § 132b 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.

**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.

**Kostensatz**

§ 143c. (1) unverändert.

(2) Die für den Kostensatz gegenüber den Trägern der Krankenversicherung erforderlichen Mittel sind von den Pensionsversicherungsträgern an den **Hauptverband** zu überweisen. Der **Hauptverband** hat den überwiesenen Betrag auf die Träger der Krankenversicherung im Verhältnis ihres Kostenaufwandes für diesen Personenkreis aufzuteilen. Zur Ermittlung des Kostensatzes hat der Krankenversicherungsträger eine eigene Kostenstelle zu führen. Der Aufwandsatz hat quartalsmäßig jeweils bis zum Ende des Folgemonats nach entsprechender Rechnungslegung zu erfolgen.

(3) und (4) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung**

Krankenversicherung Bedacht zu nehmen. Die Höhe des Kostenzuschusses ist in der Satzung des Trägers der Krankenversicherung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit zu regeln. § 132b 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.

**Heilmittel**

§ 136. (1) bis (4) unverändert.

(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der vom **Dachverband** 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 **Dachverbandes** gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

**Kostensatz**

§ 143c. (1) unverändert.

(2) Die für den Kostensatz gegenüber den Trägern der Krankenversicherung erforderlichen Mittel sind von den Pensionsversicherungsträgern an den **Dachverband** zu überweisen. Der **Dachverband** hat den überwiesenen Betrag auf die Träger der Krankenversicherung im Verhältnis ihres Kostenaufwandes für diesen Personenkreis aufzuteilen. Zur Ermittlung des Kostensatzes hat der Krankenversicherungsträger eine eigene Kostenstelle zu führen. Der Aufwandsatz hat quartalsmäßig jeweils bis zum Ende des Folgemonats nach entsprechender Rechnungslegung zu erfolgen.

(3) und (4) unverändert.

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

§ 144. (1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer Krankenanstalt, die über Landesgesundheitsfonds finanziert wird (landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt), ist, sofern im Sprengel des Versicherungsträgers eine solche Krankenanstalt besteht und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer anderen Krankenanstalt untergebracht wird, zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. § 134 gilt entsprechend. Wenn und solange es die Art der Krankheit zulässt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 151). Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.

(2) bis (6) unverändert.

**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.

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

§ 144. (1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer Krankenanstalt, die über Landesgesundheitsfonds finanziert wird (landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt), ist, sofern in dem Bundesland, in dem die erkrankte Person ihren Wohnsitz hat, eine solche geeignete Krankenanstalt besteht und die erkrankte Person nicht mit ihrer Zustimmung in einer anderen Krankenanstalt untergebracht wird, zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. § 134 gilt entsprechend. § 134 gilt entsprechend. Wenn und solange es die Art der Krankheit zulässt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 151). Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.

(2) bis (6) unverändert.

**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 **Dachverband** 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.

**Geltende Fassung**

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) Der Erkrankte kann auch in eine eigene Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder in eine andere als in § 148 genannte Krankenanstalt eingewiesen werden, mit der der leistungszuständige Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht, wenn im Sprengel des Versicherungsträgers keine Krankenanstalt im Sinne des § 148 besteht oder der Erkrankte zustimmt. In diesem Fall ist die Pflege in einer solchen Krankenanstalt der Pflege in einer Krankenanstalt im Sinne des § 148 bei der Anwendung der Bestimmungen des § 145 Abs. 2 gleichzuhalten. § 144 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) unverändert.

(3) Alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen **Hauptverband** und Fachverband der Gesundheitsbetriebe erfasst sind, im stationären und tagesklinischen Bereich

**Vorgeschlagene Fassung**

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 **Dachverband** 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 **Dachverband** 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) Die erkrankte Person kann auch in eine eigene Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder in eine andere als in § 148 genannten Krankenanstalt eingewiesen werden, mit der der leistungszuständige Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht, wenn in dem Bundesland, in dem die erkrankte Person ihren Wohnsitz hat, keine Krankenanstalt im Sinne des § 148 besteht oder die erkrankte Person zustimmt. In diesem Fall ist die Pflege in einer solchen Krankenanstalt der Pflege in einer Krankenanstalt im Sinne des § 148 bei der Anwendung der Bestimmungen des § 145 Abs. 2 gleichzuhalten. § 144 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) unverändert.

(3) Alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen **Dachverband** und Fachverband der Gesundheitsbetriebe erfasst sind, im stationären und tagesklinischen Bereich

**Geltende Fassung**

einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen sind mit einer Zahlung in der Höhe von 76 306 475,88 € abgegolten. Dies gilt auch für jene bettenführenden Krankenanstalten, die von einem zwischen **Hauptverband** und Fachverband der Gesundheitsbetriebe abzuschließenden Zusatzvertrag umfasst sind. Dieser Betrag ist an den nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des § 27b KAKuG abzurechnen. Auf den Fonds ist § 148 Z 8 sinngemäß anzuwenden.

(3a) Der Betrag nach Abs. 3 erster Satz erhöht sich im Jahr 2005 um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen sind. In den Jahren 2006 und 2007 errechnet sich dieser Betrag aus dem jeweiligen Betrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2008 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2008 gegenüber dem Jahr 2007 gestiegen sind, zuzüglich 380 000 Euro. Die Pauschalbeträge ab dem Jahr 2009 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. § 447f Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden. Der vorläufige Betrag ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbetrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die endgültige Abrechnung hat jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen.

(3b) 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

**Vorgeschlagene Fassung**

einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen sind mit einer Zahlung in der Höhe von 76 306 475,88 € abgegolten. Dies gilt auch für jene bettenführenden Krankenanstalten, die von einem zwischen **Dachverband** und Fachverband der Gesundheitsbetriebe abzuschließenden Zusatzvertrag umfasst sind. Dieser Betrag ist an den nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des § 27b KAKuG abzurechnen. Auf den Fonds ist § 148 Z 8 sinngemäß anzuwenden.

(3a) Der Betrag nach Abs. 3 erster Satz erhöht sich im Jahr 2005 um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen sind. In den Jahren 2006 und 2007 errechnet sich dieser Betrag aus dem jeweiligen Betrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2008 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2008 gegenüber dem Jahr 2007 gestiegen sind, zuzüglich 380 000 Euro. Die Pauschalbeträge ab dem Jahr 2009 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2019 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2019 gegenüber dem Jahr 2018 gestiegen sind, zuzüglich 14,7 Millionen Euro. Die Pauschalbeträge ab dem Jahr 2020 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. § 447f Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden. Der vorläufige Betrag ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbetrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die endgültige Abrechnung hat jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen.

(3b) 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

**Geltende Fassung**

**Hauptverband** 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) unverändert.

**Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche**

§ 153a. (1) und (2) unverändert.

(3) Der **Hauptverband** hat für die Leistungserbringung nach Abs. 1 ein Qualitätssicherungssystem vorzusehen. Die Krankenversicherungsträger haben die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, insbesondere die Struktur- und die Ergebnisqualität (Behandlungserfolg) zu überprüfen und darüber dem **Hauptverband** zu berichten.

(4) unverändert.

(5) Das Nicht-Zustande-Kommen und der Wegfall eines Gesamtvertrages nach § 343e ist vom **Hauptverband** im Internet kundzumachen. Die Kostenerstattung für Behandlungen nach Abs. 1, die zum Zeitpunkt der Kundmachung des **Hauptverbandes** bereits begonnen wurden, bleibt unberührt.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Dachverband** 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 **Dachverband** mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt abzuschließen.

(5) unverändert.

**Gleichstellung der betrieblichen Wohlfahrtseinrichtungen als Vertragspartner/innen**

§ 152. (1) Jene Betriebe, die ihre Betriebskrankenkasse in eine betriebliche Wohlfahrtseinrichtung übergeführt haben, sind berechtigt, am allgemeinen Versorgungssystem durch Krankenanstalten und am Verrechnungssystem der Landesgesundheitsfonds (§ 27b KAKuG) wie ein Krankenversicherungsträger teilzunehmen, wenn sie alle diesbezüglichen Verpflichtungen, insbesondere Beitragsleistungen, erfüllen und die zu Grunde liegenden Daten zur Verfügung stellen.

(2) Wird die Geltung eines Gesamtvertrages der Österreichischen Gesundheitskasse mit der zuständigen Ärztekammer oder einer sonstigen zuständigen Interessenvertretung für eine überbetriebliche Wohlfahrtseinrichtung vereinbart, so gelten für diese Betriebe die Bestimmungen des Sechsten Teiles.

**Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche**

§ 153a. (1) und (2) unverändert.

(3) Der **Dachverband** hat für die Leistungserbringung nach Abs. 1 ein Qualitätssicherungssystem vorzusehen. Die Krankenversicherungsträger haben die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, insbesondere die Struktur- und die Ergebnisqualität (Behandlungserfolg) zu überprüfen und darüber dem **Dachverband** zu berichten.

(4) unverändert.

(5) Das Nicht-Zustande-Kommen und der Wegfall eines Gesamtvertrages nach § 343e ist vom **Dachverband** im Internet kundzumachen. Die Kostenerstattung für Behandlungen nach Abs. 1, die zum Zeitpunkt der Kundmachung des **Dachverbandes** bereits begonnen wurden, bleibt unberührt.

**Geltende Fassung**

Fällt ein Gesamtvertrag nach § 343e weg, so ist § 131a nicht anzuwenden.

(6) unverändert.

**Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung**

§ 154a. (1) bis (6) unverändert.

(7) Werden Versicherte (PensionsbezieherInnen, Angehörige) für Rechnung des Krankenversicherungsträgers in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung zu leisten. Die Zuzahlung beträgt pro Verpflegstag

1. bis 3. unverändert.

An die Stelle dieser Zuzahlungsbeträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2012, die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachten Beträge. Der Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der versicherten (pensionsbeziehenden) Person von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen oder diese herabzusetzen, 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 leisten und darf für jede versicherte (pensionsbeziehende, angehörige) Person für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr eingehoben werden.

**Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit**

§ 155. (1) bis (3) unverändert.

(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.

**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

**Vorgeschlagene Fassung**

Fällt ein Gesamtvertrag nach § 343e weg, so ist § 131a nicht anzuwenden.

(6) unverändert.

**Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung**

§ 154a. (1) bis (6) unverändert.

(7) Werden Versicherte (PensionsbezieherInnen, Angehörige) für Rechnung des Krankenversicherungsträgers in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung zu leisten. Die Zuzahlung beträgt pro Verpflegstag

1. bis 3. unverändert.

An die Stelle dieser Zuzahlungsbeträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2012, die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachten Beträge. Der Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der versicherten (pensionsbeziehenden) Person von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen oder diese herabzusetzen, und zwar nach Maßgabe der vom **Dachverband** hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im Voraus an den Krankenversicherungsträger zu leisten und darf für jede versicherte (pensionsbeziehende, angehörige) Person für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr eingehoben werden.

**Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit**

§ 155. (1) bis (3) unverändert.

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

**Richtlinien für die Unfallheilbehandlung**

§ 194. In den vom **Dachverband** 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

**Geltende Fassung**

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.

**Versicherungsmonate, Begriff**

§ 231. Zur Feststellung der Leistungen aus der Pensionsversicherung und der Überweisungsbeträge nach den §§ 308 und 311 sind Versicherungszeiten in Versicherungsmonate zusammenzufassen, wobei in folgender Weise vorzugehen ist:

1. Für alle Versicherungszeiten mit Ausnahme von Ersatzzeiten gemäß den §§ 227 Abs. 1 Z 1 und 228 Abs. 1 Z 3, für die kein Beitrag gemäß § 227 Abs. 3 und 4 entrichtet wurde, sowie mit Ausnahme von Zeiten der Kindererziehung gemäß den §§ 227a und 228a:

a) unverändert.

b) Liegen in einem Kalendermonat nicht Versicherungszeiten in dem in lit. a angegebenen Mindestausmaß vor, so sind diese Versicherungszeiten solchen in den nachfolgenden Kalendermonaten desselben Kalenderjahres, die nicht schon nach lit. a Versicherungsmonate sind, so lange zuzuschlagen, bis in einem Kalendermonat Versicherungszeiten in dem in lit. a angegebenen Mindestausmaß vorliegen; dieser Kalendermonat ist sodann ein Versicherungsmonat. Der letzte im Kalenderjahr liegende Kalendermonat, in dem - auch nach dem Zuzählen von Versicherungszeiten aus vorangegangenen Kalendermonaten - Zeiten vorliegen, die das Mindestausmaß nach lit. a nicht erreichen, gilt jedenfalls als Versicherungsmonat.

Bei Anwendung der lit. a und b sind Versicherungszeiten, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei folgende Reihenfolge gilt:

Beitragszeit der Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit,  
Ersatzzeit und Zeit der Pflichtversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g und nach § 225 Abs. 1 Z 8,

Beitragszeit der freiwilligen Versicherung.

Bei Versicherungszeiten gleicher Art gilt nachstehende Reihenfolge:

– knappschaftliche Pensionsversicherung;

**Vorgeschlagene Fassung**

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.

**Versicherungsmonate, Begriff**

§ 231. Zur Feststellung der Leistungen aus der Pensionsversicherung und der Überweisungsbeträge nach den §§ 308 und 311 sind Versicherungszeiten in Versicherungsmonate zusammenzufassen, wobei in folgender Weise vorzugehen ist:

1. Für alle Versicherungszeiten mit Ausnahme von Ersatzzeiten gemäß den §§ 227 Abs. 1 Z 1 und 228 Abs. 1 Z 3, für die kein Beitrag gemäß § 227 Abs. 3 und 4 entrichtet wurde, sowie mit Ausnahme von Zeiten der Kindererziehung gemäß den §§ 227a und 228a:

a) unverändert.

b) Liegen in einem Kalendermonat nicht Versicherungszeiten in dem in lit. a angegebenen Mindestausmaß vor, so sind diese Versicherungszeiten solchen in den nachfolgenden Kalendermonaten desselben Kalenderjahres, die nicht schon nach lit. a Versicherungsmonate sind, so lange zuzuschlagen, bis in einem Kalendermonat Versicherungszeiten in dem in lit. a angegebenen Mindestausmaß vorliegen; dieser Kalendermonat ist sodann ein Versicherungsmonat. Der letzte im Kalenderjahr liegende Kalendermonat, in dem - auch nach dem Zuzählen von Versicherungszeiten aus vorangegangenen Kalendermonaten - Zeiten vorliegen, die das Mindestausmaß nach lit. a nicht erreichen, gilt jedenfalls als Versicherungsmonat.

Bei Anwendung der lit. a und b sind Versicherungszeiten, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei folgende Reihenfolge gilt:

Beitragszeit der Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit,  
Ersatzzeit und Zeit der Pflichtversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g und nach § 225 Abs. 1 Z 8,

Beitragszeit der freiwilligen Versicherung.

Bei Versicherungszeiten gleicher Art gilt nachstehende Reihenfolge:

– knappschaftliche Pensionsversicherung;

**Geltende Fassung**

- Pensionsversicherung der Angestellten;  
innerhalb der Pensionsversicherung der Angestellten:  
Pensionsversicherungsanstalt,  
**Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau;**
- Pensionsversicherung der Arbeiter;  
innerhalb der Pensionsversicherung der Arbeiter:  
Pensionsversicherungsanstalt,  
**Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau.**

Die Bestimmungen des § 244 Abs. 2 und des § 249 Abs. 1 bleiben hievon unberührt.

2. bis 4. unverändert.

**Versicherungsmonate, Arten**

§ 232. (1) und (2) unverändert.

(3) Abs. 1 erster Satz ist auch entsprechend anzuwenden, wenn festzustellen ist, bei welchem der mehreren Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter oder der Angestellten ein Versicherungsmonat erworben ist. Hiebei gelten als erworben

a) bis d) unverändert.

Haben die bei keinem der beteiligten Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter oder der Angestellten erworbenen Versicherungszeiten das zeitliche Übergewicht, so ist der Monat in folgender Reihenfolge zuzuweisen: Pensionsversicherungsanstalt, **Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau.**

**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.

**Vorgeschlagene Fassung**

- Pensionsversicherung der Angestellten;  
innerhalb der Pensionsversicherung der Angestellten:  
Pensionsversicherungsanstalt,  
**Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau;**
- Pensionsversicherung der Arbeiter;  
innerhalb der Pensionsversicherung der Arbeiter:  
Pensionsversicherungsanstalt,  
**Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau.**

Die Bestimmungen des § 244 Abs. 2 und des § 249 Abs. 1 bleiben hievon unberührt.

2. bis 4. unverändert.

**Versicherungsmonate, Arten**

§ 232. (1) und (2) unverändert.

(3) Abs. 1 erster Satz ist auch entsprechend anzuwenden, wenn festzustellen ist, bei welchem der mehreren Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter oder der Angestellten ein Versicherungsmonat erworben ist. Hiebei gelten als erworben

a) bis d) unverändert.

Haben die bei keinem der beteiligten Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter oder der Angestellten erworbenen Versicherungszeiten das zeitliche Übergewicht, so ist der Monat in folgender Reihenfolge zuzuweisen: Pensionsversicherungsanstalt, **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau.**

**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 **Dachverband** entsprechende Vereinbarungen herbeizuführen sowie in den gemäß § 31 Abs. 5 Z 20 zu erlassenden Richtlinien insbesondere folgendes zu regeln:

1. bis 8. unverändert.

**Geltende Fassung****Gesundheitsvorsorge der Pensionsversicherungsträger**

§ 307d. (1) unverändert.

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

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

2. und 3. unverändert.

§ 155 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (6) unverändert.

**Kompetenzzentrum Begutachtung**

§ 307g. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Rehabilitation sind unter Beachtung der Grundsätze nach den Richtlinien des **Hauptverbandes** (§ 31 Abs. 5 Z 36) zu erstellen.

(4) Für die Ausbildung von Personen, die zur Erstellung von Gutachten in Angelegenheiten der Versicherungsfälle der geminderten Arbeitsfähigkeit und des Pflegegeldes im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes herangezogen werden dürfen, haben die Pensionsversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz – gemeinsam mit den Trägern der Pensionsversicherung nach dem GSVG und dem BSVG und der **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter** – im Rahmen eines gemeinnützigen Vereines eine Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung aufzubauen und zu betreiben.

(5) unverändert.

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

§ 318. (1) Das Bundesministerium für Arbeit 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.

**Vorgeschlagene Fassung****Gesundheitsvorsorge der Pensionsversicherungsträger**

§ 307d. (1) unverändert.

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

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

2. und 3. unverändert.

§ 155 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (6) unverändert.

**Kompetenzzentrum Begutachtung**

§ 307g. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Rehabilitation sind unter Beachtung der Grundsätze nach den Richtlinien des **Dachverbandes** (§ 31 Abs. 5 Z 36) zu erstellen.

(4) Für die Ausbildung von Personen, die zur Erstellung von Gutachten in Angelegenheiten der Versicherungsfälle der geminderten Arbeitsfähigkeit und des Pflegegeldes im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes herangezogen werden dürfen, haben die Pensionsversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz – gemeinsam mit den Trägern der Pensionsversicherung nach dem GSVG und dem BSVG und der **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau** – im Rahmen eines gemeinnützigen Vereines eine Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung aufzubauen und zu betreiben.

(5) unverändert.

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

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

1. und 2. unverändert.

(2) unverändert.

## Geltende Fassung

## Vorgeschlagene Fassung

## FÜNFTER TEIL

## FÜNFTER TEIL

**Beziehungen der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) zueinander und Ersatzleistungen. Haftung des Dienstgebers bei Arbeitsunfällen**

**Beziehungen der Versicherungsträger (des Dachverbandes) zueinander und Ersatzleistungen, Haftung des Dienstgebers bei Arbeitsunfällen**

## Besonderer Pauschbetrag

## Besonderer Pauschbetrag

§ 319a. (1) Die Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen den Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen - ausgenommen die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe - sowie der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, soweit nicht Abs. 6 anzuwenden ist, zu der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt werden durch die Zahlung eines jährlichen Pauschbetrages abgegolten; zwischen diesen Versicherungsträgern sind die Bestimmungen der §§ 315 bis 319 nicht anzuwenden.

§ 319a. (1) Die Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse zu der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt werden durch die Zahlung eines jährlichen Pauschbetrages abgegolten; zwischen diesen Versicherungsträgern sind die Bestimmungen der §§ 315 bis 319 nicht anzuwenden.

(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 § 447f zu vermindern. Desgleichen ist auf die Aufwendungen für die Unfallversicherung der Teilversicherten nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l 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 verlaublichen.

(2) Für die Jahre 2018 bis einschließlich 2022 beträgt der Pauschbetrag 209 Mio. Euro.

(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.

(5) Der Pauschbetrag ist monatlich im vorhinein mit einem Zwölftel dem Dachverband 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.

**Geltende Fassung**

(6) Die Bestimmungen der Abs. 1 und 2 sind auf die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, soweit diese Anstalt sowohl Träger der Krankenversicherung als auch Träger der Unfallversicherung für Personen nach § 28 Z 3 lit. a bis c ist, mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, daß der aus Mitteln der Unfallversicherung für Personen nach § 28 Z 3 lit. a bis c zu leistende jährliche Pauschbetrag für das Kalenderjahr 1975 10,7 Millionen Schilling zu betragen hat. Bei der Festsetzung des Pauschbetrages für die folgenden Kalenderjahre sind die Aufwendungen der von der Versicherungsanstalt durchgeführten Krankenversicherung zu berücksichtigen.

**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) 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 Anstaltspflege**

§ 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

**Vorgeschlagene Fassung**

(6) **Aufgehoben.**

**4. UNTERABSCHNITT****Zusammenarbeit der Versicherungsträger (des Dachverbandes)****Gegenseitige Verwaltungshilfe**

§ 321. (1) unverändert.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 sind entsprechend auf die Beziehungen der Versicherungsträger zum Dachverband und zur Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen 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 **Dachverband** die Verpflegskosten mit verbindlicher Wirkung fest.

**Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstaltspflege**

§ 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 **Dachverband** zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.

(2) Der **Dachverband** hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende

**Geltende Fassung**

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 ab dem Jahr 1998 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.

(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

**Vorgeschlagene Fassung**

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 ab dem Jahr 1998 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 **Dachverband** bis 15. November eines jeden Folgejahres zu melden.

(7) Übersteigen die Ansprüche nach Abs. 5 die Summe der Differenzbeträge nach Abs. 6, hat der **Dachverband** 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.

(8) Übersteigen die Differenzbeträge nach Abs. 6 die Summe der Ansprüche nach Abs. 5, hat der **Dachverband** 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 **Dachverband** 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

**Geltende Fassung**

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.

**SECHSTER TEIL****Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe und anderen Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern****Regelung durch Verträge**

**§ 338.** (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des **Hauptverbandes**) zu den freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten, Dentistinnen/Dentisten, Primärvorsorgungseinheiten, Gruppenpraxen, Hebammen, Apothekerinnen/Apothekern, den Erbringerinnen/Erbringern von nach § 135 der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnerinnen/Vertragspartnern werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form. Die Verträge sowie allfällige Änderungen und Zusatzvereinbarungen sind vom **Hauptverband** im Internet zu veröffentlichen. Nach jeder fünften Änderung ist vom **Hauptverband** eine konsolidierte Fassung zu veröffentlichen.

**Vorgeschlagene Fassung**

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 **Dachverband** zu überweisen. Der **Dachverband** 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 Dachverbandes) zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe und anderen Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern****Regelung durch Verträge**

**§ 338.** (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des **Dachverbandes**) zu den freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten, Dentistinnen/Dentisten, Primärvorsorgungseinheiten, Gruppenpraxen, Hebammen, Apothekerinnen/Apothekern, den Erbringerinnen/Erbringern von nach § 135 der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnerinnen/Vertragspartnern werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form. Die Verträge sowie allfällige Änderungen und Zusatzvereinbarungen sind vom **Dachverband** im Internet zu veröffentlichen. Nach jeder fünften Änderung ist vom **Dachverband** eine konsolidierte Fassung zu veröffentlichen.

**Geltende Fassung**

(2) bis (5) 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 Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten) 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. Die beiden Fristen verkürzen sich um die Dauer eines Auswahlverfahrens nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG), BGBl. I Nr. 131/2017.

(2) unverändert.

**ABSCHNITT II****Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (Hauptverband) zu den Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten****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.

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) bis (5) 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 5 KAKuG) 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 Dachverband und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen. Die beiden Fristen verkürzen sich um die Dauer eines Auswahlverfahrens nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG), BGBl. I Nr. 131/2017.

(2) unverändert.

**ABSCHNITT II****Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Dachverbandes) zu den Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten****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 Dachverbandes 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 Dachverband vereinbart werden.

**Geltende Fassung****Elektronische Abrechnung**

§ 340a. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, spätestens ab 1. Jänner 2003 die für die Versicherten (Angehörigen) erbrachten Leistungen mit den Versicherungsträgern nach einheitlichen Grundsätzen elektronisch abzurechnen. Der **Hauptverband** hat diese Grundsätze im übertragenen Wirkungsbereich festzusetzen und im Internet kundzumachen. Bei der Festsetzung der Grundsätze unterliegt er den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit.

**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.

(3) und (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 2. unverändert;
3. die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und Vertrags-Gruppenpraxen, insbesondere auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung sowie die Überprüfung der Identität des Patienten/der Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card; die Überprüfung ist für Patienten/Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen; weiters sind Regelungen über die Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card, bei negativer Anspruchsprüfung und bei Undurchführbarkeit der Überprüfung der Identität zu treffen;
4. und 5. unverändert;
6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte (Vertragsärztinnen), Vertragszahnärzte (Vertragszahnärztinnen) und Vertrags-Gruppenpraxen

**Vorgeschlagene Fassung****Elektronische Abrechnung**

§ 340a. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, spätestens ab 1. Jänner 2003 die für die Versicherten (Angehörigen) erbrachten Leistungen mit den Versicherungsträgern nach einheitlichen Grundsätzen elektronisch abzurechnen. Der **Dachverband** hat diese Grundsätze im übertragenen Wirkungsbereich festzusetzen und im Internet kundzumachen. Bei der Festsetzung der Grundsätze unterliegt er den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit.

**Gesamtverträge**

§ 341. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten und Ärztinnen sowie den Gruppenpraxen werden jeweils durch Gesamtverträge geregelt. Diese sind von den Trägern der Krankenversicherung mit der Österreichischen Ärztekammer jeweils bundeseinheitlich abzuschließen. Die Konferenz kann beschließen, dass ein für alle Träger der Krankenversicherung verbindlicher bundeseinheitlicher Gesamtvertrag durch den Dachverband abzuschließen ist.

(3) und (4) unverändert.

**Inhalt der Gesamtverträge**

§ 342. (1) Die Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln.:

1. bis 2. unverändert;
3. die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und Vertrags-Gruppenpraxen, insbesondere auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung (**Abs. 2 bis 2b**) sowie die Überprüfung der Identität des Patienten/der Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card; die Überprüfung ist für Patienten/Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen; weiters sind Regelungen über die Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card, bei negativer Anspruchsprüfung und bei Undurchführbarkeit der Überprüfung der Identität zu treffen;
4. und 5. unverändert;
6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte (Vertragsärztinnen), Vertragszahnärzte (Vertragszahnärztinnen) und Vertrags-Gruppenpraxen

**Geltende Fassung**

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; 7. bis 10. unverändert.  
(1a) bis (2a) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung**

mit dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unter Zugrundelegung des Erstattungskodex (§ 30b Abs. 1 Z 4) und der Richtlinien nach § 30a Abs. 1 Z 11 und 12; 7. bis 10. unverändert.  
(1a) bis (2a) unverändert.

(2b) Hinsichtlich der Honorierung können die Beziehungen der Österreichischen Gesundheitskasse auf regionaler Ebene durch gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen geregelt werden. Diese sind zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und der örtlich zuständigen Ärztekammer innerhalb der Vorgaben nach Abs. 2 und 2a für das jeweilige Bundesland abzuschließen.

(2c) Die Kündigung einer gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung für ein Bundesland ist nur durch die Österreichische Gesundheitskasse bzw. die jeweilige Landesärztekammer möglich. Eine solche Kündigung bewirkt die Kündigung der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung lediglich für dieses Bundesland. Die Kündigung des bundeseinheitlichen Gesamtvertrags wird hierdurch nicht bewirkt, dieser ist jedoch für die Vertragspartner/innen in diesem Bundesland nicht anwendbar.

**Sonderregelungen für Gruppenpraxen, die keine Primärversorgungseinheiten sind**

§ 342a. (1) bis (3) unverändert.

(4) Schließen sich Vertragsärztinnen/Vertragsärzte zu einer Gruppenpraxis auf Grund des § 52b Abs. 1 Z 2 lit. a des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, oder des § 26a Abs. 1 Z 2 lit. a des Zahnärztegesetzes (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, zusammen, so erlöschen ihre bisherigen Einzelverträge. An die Stelle der Einzelverträge tritt ein Gruppenpraxis-Einzelvertrag oder ein Sonder-Einzelvertrag nach Abs. 5. Dieser hat der zwischen den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen und der jeweiligen Gebietskrankenkasse abgegebenen wechselseitigen schriftlichen Zusage zu entsprechen. Im Falle des Ausscheidens eines Gesellschafters/einer Gesellschafterin unter Mitnahme der Planstelle aus der Gesellschaft (Abs. 3 Z 1 lit. b) lebt der erloschene Einzelvertrag wieder auf.

(5) Ist für eine Gruppenpraxis kein Gruppenpraxis-Gesamtvertrag anwendbar, so können zur Sicherstellung oder Verbesserung des

**Sonderregelungen für Gruppenpraxen, die keine Primärversorgungseinheiten sind**

§ 342a. (1) bis (3) unverändert.

(4) Schließen sich Vertragsärztinnen/Vertragsärzte zu einer Gruppenpraxis auf Grund des § 52b Abs. 1 Z 2 lit. a des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, oder des § 26a Abs. 1 Z 2 lit. a des Zahnärztegesetzes (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, zusammen, so erlöschen ihre bisherigen Einzelverträge. An die Stelle der Einzelverträge tritt ein Gruppenpraxis-Einzelvertrag oder ein Sonder-Einzelvertrag nach Abs. 5. Dieser hat der zwischen den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen und dem jeweiligen Träger der Krankenversicherung abgegebenen wechselseitigen schriftlichen Zusage zu entsprechen. Im Falle des Ausscheidens eines Gesellschafters/einer Gesellschafterin unter Mitnahme der Planstelle aus der Gesellschaft (Abs. 3 Z 1 lit. b) lebt der erloschene Einzelvertrag wieder auf.

(5) Ist für eine Gruppenpraxis kein Gruppenpraxis-Gesamtvertrag anwendbar, so können zur Sicherstellung oder Verbesserung des

**Geltende Fassung**

Sachleistungsangebotes vom **Hauptverband** unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung Sonder-Einzelverträge mit Gruppenpraxen nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Ein solcher Sonder-Einzelvertrag bedarf der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den er abgeschlossen wird, und der zuständigen Ärztekammer. Der Sonder-Einzelvertrag hat insbesondere die Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten sowie das Leistungsspektrum festzulegen.

**Primärversorgungs-Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten betreffend ärztliche Hilfe und dessen Inhalt**

**§ 342b.** (1) Die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz zu Primärversorgungseinheiten im Sinne des Primärversorgungsgesetzes, sofern diese nicht in der Organisationsform von selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) betrieben werden, werden betreffend die ärztliche Hilfe, unbeschadet des Abs. 4, durch einen bundesweit einheitlichen Gesamtvertrag geregelt. Dieser Gesamtvertrag ist für die Träger der Krankenversicherung durch den **Hauptverband** mit der Österreichischen Ärztekammer für die Landesärztekammern auf unbestimmte Zeit abzuschließen. Er kann vom **Hauptverband** und der Österreichischen Ärztekammer zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist schriftlich gekündigt werden.

(2) und (3) unverändert.

(4) Ergänzend zu Abs.1 werden bezüglich der Honorierung die Beziehungen auf regionaler Ebene durch gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen geregelt. **Diese sind für die örtlich zuständigen Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz durch den Hauptverband mit der örtlich zuständigen Ärztekammer innerhalb der nach Abs. 3 vorgesehenen Bestimmungen für das jeweilige Bundesland abzuschließen, wobei Sonderregelungen in Bezug auf eine jeweilige Region zulässig sind.** Diese gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen bedürfen der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers für den sie abgeschlossen werden. Die gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen sind Teil des Gesamtvertrags nach Abs. 1. **Eine Kündigung der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung durch die**

**Vorgeschlagene Fassung**

Sachleistungsangebotes vom **Dachverband** unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung Sonder-Einzelverträge mit Gruppenpraxen nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Ein solcher Sonder-Einzelvertrag bedarf der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den er abgeschlossen wird, und der zuständigen Ärztekammer. Der Sonder-Einzelvertrag hat insbesondere die Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten sowie das Leistungsspektrum festzulegen.

**Primärversorgungs-Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten betreffend ärztliche Hilfe und dessen Inhalt**

**§ 342b.** (1) Die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz zu Primärversorgungseinheiten im Sinne des Primärversorgungsgesetzes, sofern diese nicht in der Organisationsform von selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) betrieben werden, werden betreffend die ärztliche Hilfe, unbeschadet des Abs. 4, durch einen bundesweit einheitlichen Gesamtvertrag geregelt. Dieser Gesamtvertrag ist für die Träger der Krankenversicherung durch den **Dachverband** mit der Österreichischen Ärztekammer für die Landesärztekammern auf unbestimmte Zeit abzuschließen. Er kann vom **Dachverband** und der Österreichischen Ärztekammer zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist schriftlich gekündigt werden.

(2) und (3) unverändert.

(4) Ergänzend zu Abs.1 werden bezüglich der Honorierung die Beziehungen auf regionaler Ebene durch gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen geregelt. **Diese sind für die Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz durch den Dachverband mit der örtlich zuständigen Ärztekammer innerhalb der nach Abs. 3 vorgesehenen Bestimmungen für das jeweilige Bundesland abzuschließen, wobei Sonderregelungen in Bezug auf eine jeweilige Region zulässig sind.** Diese gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen bedürfen der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers für den sie abgeschlossen werden. Die gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen sind Teil des Gesamtvertrags nach Abs. 1. **Die Kündigung einer gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung für ein**

**Geltende Fassung**

jeweilige Gebietskrankenkasse bzw. die jeweilige Landesärztekammer bewirkt die Kündigung der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen lediglich dieser Gebietskrankenkasse sowie der übrigen Krankenversicherungsträger im jeweiligen Bundesland. Die Kündigung des bundesweiten Gesamtvertrags wird hierdurch nicht bewirkt, dieser ist jedoch für die Vertragspartner/innen dieses Bundeslandes nicht anwendbar. Die Kündigung der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung eines Sondersicherungsträgers (bundesweiter Krankenversicherungsträger und Betriebskrankenkassen) bewirkt nur die Kündigung dessen gesamtvertraglicher Honorarvereinbarung, sodass der bundesweite Gesamtvertrag im jeweiligen Bundesland lediglich für die Vertragspartner/innen des jeweiligen Sondersicherungsträgers nicht anwendbar ist.

(5) und (6) unverändert.

**Vertragliche Beziehungen zu Primärversorgungseinheiten nach § 8 Abs. 1 Z 1 und 3 des Primärversorgungsgesetzes**

§ 342c. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Auswahl einer Primärversorgungseinheit erfolgt nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes. Der Abschluss des Primärversorgungsvertrags und der Primärversorgungs-Einzelverträge obliegt der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse und ist sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam.

(4) bis (6) unverändert.

(7) Der Primärversorgungsvertrag kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 4 bis 6 von beiden Teilen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist, mit Ausnahme im Falle des Abs. 8 Z 4, zum Ende eines Kalendervierteljahres unter Angabe der Gründe schriftlich gekündigt werden. Steht eine Primärversorgungseinheit in einem Vertragsverhältnis zu mehreren Krankenversicherungsträgern, so bewirkt die Kündigung des Vertrags mit der Gebietskrankenkasse auch die Vertragsauflösung mit den übrigen Krankenversicherungsträgern nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz. Der Kündigung hat ein Schlichtungsversuch unter Beiziehung der zuständigen Ärztekammer voranzugehen. Dasselbe gilt bezüglich eines Primärversorgungs-Einzelvertrags einer/eines an einer Primärversorgungseinheit teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztin oder Arztes, ohne dass der Primärversorgungsvertrag als gekündigt gilt.

**Vorgeschlagene Fassung**

Bundesland ist nur durch die Österreichische Gesundheitskasse bzw. die jeweilige Landesärztekammer möglich. Eine solche Kündigung bewirkt die Kündigung der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung lediglich für dieses Bundesland. Die Kündigung des bundesweiten Gesamtvertrags wird hierdurch nicht bewirkt, dieser ist jedoch für die Vertragspartner/innen dieses Bundeslandes nicht anwendbar. Die Kündigung der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung eines Sondersicherungsträgers (bundesweiter Krankenversicherungsträger und Betriebskrankenkassen) bewirkt nur die Kündigung dessen gesamtvertraglicher Honorarvereinbarung, sodass der bundesweite Gesamtvertrag im jeweiligen Bundesland lediglich für die Vertragspartner/innen des jeweiligen Sondersicherungsträgers nicht anwendbar ist.

(5) und (6) unverändert.

**Vertragliche Beziehungen zu Primärversorgungseinheiten nach § 8 Abs. 1 Z 1 und 3 des Primärversorgungsgesetzes**

§ 342c. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Auswahl einer Primärversorgungseinheit erfolgt nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes. Der Abschluss des Primärversorgungsvertrags und der Primärversorgungs-Einzelverträge obliegt der Österreichischen Gesundheitskasse.

(4) bis (6) unverändert.

(7) Der Primärversorgungsvertrag kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 4 bis 6 von beiden Teilen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist, mit Ausnahme im Falle des Abs. 8 Z 4, zum Ende eines Kalendervierteljahres unter Angabe der Gründe schriftlich gekündigt werden. Steht eine Primärversorgungseinheit in einem Vertragsverhältnis zu mehreren Krankenversicherungsträgern, so bewirkt die Kündigung des Vertrags mit der Österreichischen Gesundheitskasse auch die Vertragsauflösung mit den übrigen Krankenversicherungsträgern nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz. Der Kündigung hat ein Schlichtungsversuch unter Beiziehung der zuständigen Ärztekammer voranzugehen. Dasselbe gilt bezüglich eines Primärversorgungs-Einzelvertrags einer/eines an einer Primärversorgungseinheit teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztin oder Arztes, ohne dass der Primärversorgungsvertrag als gekündigt gilt.

**Geltende Fassung**

(8) bis (11) unverändert.

(12) Schließen sich Vertragsärztinnen oder -ärzte (Vertrags-Gruppenpraxen) zu einer Primärversorgungseinheit nach dem Primärversorgungsgesetz zusammen, so erlöschen ihre bisherigen (Gruppenpraxis-)Einzelverträge. Im Falle einer Kündigung nach Abs. 8 Z 4 leben die bisherigen (Gruppenpraxis-)Einzelverträge wieder auf. Dies gilt auch im Falle der Auflösung der Primärversorgungseinheit oder des Ausscheidens einer/eines freiberuflich tätigen Ärztin oder Arztes innerhalb von drei Jahren ab Invertragnahme. Nach Ablauf von drei Jahren gilt § 342a Abs. 3 Z 1 lit. b mit der Maßgabe, dass für die Mitnahme der Planstelle aus der Primärversorgungseinheit die vorherige Zustimmung der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der jeweiligen Landesärztekammer erforderlich ist. Im Falle der Nachbesetzung in der Primärversorgungseinheit ist zwischen den Gesamtvertragspartnern Einvernehmen über die Anrechnung im Stellenplan herzustellen. Die nach § 342 Abs. 1 Z 10 in den jeweiligen Gesamtverträgen festgelegte Altersgrenze für die Beendigung der Einzelverträge von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (Gesellschafterinnen/Gesellschaftern einer Vertrags-Gruppenpraxis) ist anzuwenden.

(13) Kommt bis 31. Dezember 2018 für die ärztlichen Leistungen ein Gesamtvertrag nach § 342b mit Wirksamkeit 1. Juli 2019 nicht zustande oder tritt danach ein vertragsloser Zustand ein, so kann der Hauptverband unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz Primärversorgungs-Sonderverträge mit Primärversorgungseinheiten nach § 8 Abs. 3 und 5 des Primärversorgungsgesetzes nach einheitlichen Grundsätzen abschließen. Ein solcher Primärversorgungs-Sondervertrag bedarf der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den er abgeschlossen wird, und der zuständigen Ärztekammer. Der Primärversorgungs-Sondervertrag hat insbesondere die in den §§ 4 bis 6 des Primärversorgungsgesetzes vorgesehenen Anforderungen und den Leistungsumfang zu konkretisieren, im Übrigen sind die Bestimmungen der Abs. 1 bis 12 sinngemäß anzuwenden.

**Gesamtvertragliche Regelung betreffend Turnusärztinnen und -ärzte in  
Ausbildung bei Vertragsärztinnen und -ärzten und in  
Vertragsgruppenpraxen**

§ 342d. (1) Zwischen dem Hauptverband für alle

**Vorgeschlagene Fassung**

(8) bis (11) unverändert.

(12) Schließen sich Vertragsärztinnen oder -ärzte (Vertrags-Gruppenpraxen) zu einer Primärversorgungseinheit nach dem Primärversorgungsgesetz zusammen, so erlöschen ihre bisherigen (Gruppenpraxis-)Einzelverträge. Im Falle einer Kündigung nach Abs. 8 Z 4 leben die bisherigen (Gruppenpraxis-)Einzelverträge wieder auf. Dies gilt auch im Falle der Auflösung der Primärversorgungseinheit oder des Ausscheidens einer/eines freiberuflich tätigen Ärztin oder Arztes innerhalb von drei Jahren ab Invertragnahme. Nach Ablauf von drei Jahren gilt § 342a Abs. 3 Z 1 lit. b mit der Maßgabe, dass für die Mitnahme der Planstelle aus der Primärversorgungseinheit die vorherige Zustimmung der Österreichischen Gesundheitskasse und der jeweiligen Landesärztekammer erforderlich ist. Im Falle der Nachbesetzung in der Primärversorgungseinheit ist zwischen den Gesamtvertragspartnern Einvernehmen über die Anrechnung im Stellenplan herzustellen. Die nach § 342 Abs. 1 Z 10 in den jeweiligen Gesamtverträgen festgelegte Altersgrenze für die Beendigung der Einzelverträge von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (Gesellschafterinnen/Gesellschaftern einer Vertrags-Gruppenpraxis) ist anzuwenden.

(13) Kommt bis 31. Dezember 2018 für die ärztlichen Leistungen ein Gesamtvertrag nach § 342b mit Wirksamkeit 1. Juli 2019 nicht zustande oder tritt danach ein vertragsloser Zustand ein, so kann der Dachverband unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz Primärversorgungs-Sonderverträge mit Primärversorgungseinheiten nach § 8 Abs. 3 und 5 des Primärversorgungsgesetzes nach einheitlichen Grundsätzen abschließen. Ein solcher Primärversorgungs-Sondervertrag bedarf der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den er abgeschlossen wird, und der zuständigen Ärztekammer. Der Primärversorgungs-Sondervertrag hat insbesondere die in den §§ 4 bis 6 des Primärversorgungsgesetzes vorgesehenen Anforderungen und den Leistungsumfang zu konkretisieren, im Übrigen sind die Bestimmungen der Abs. 1 bis 12 sinngemäß anzuwenden.

**Gesamtvertragliche Regelung betreffend Turnusärztinnen und -ärzte in  
Ausbildung bei Vertragsärztinnen und -ärzten und in  
Vertragsgruppenpraxen**

§ 342d. (1) Zwischen dem Dachverband für alle Krankenversicherungsträger

**Geltende Fassung**

Krankenversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer für sich und die Landesärztekammern ist eine für die Vertragsparteien verbindliche gesamtvertragliche Regelung über den Einsatz von Turnusärztinnen und -ärzten bei Vertragsärztinnen und -ärzten und in Vertragsgruppenpraxen abzuschließen.

(2) Dieser Gesamtvertrag hat insbesondere Art, Umfang und Grundsätze der Verrechenbarkeit jener Leistungen zu regeln, welche von Turnusärztinnen und -ärzten für Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragsgruppenpraxen auf Kosten der Krankenversicherungsträger erbracht werden können. **Bis zum 30. Juni 2016 ist ein Gesamtvertrag abzuschließen.**

**Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses**

**§ 343.** (1) Die Auswahl der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluss der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt/der Ärztin oder der Gruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Diese Einzelverträge sind sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam. Die Einzelvertragsparteien können abweichend von § 341 Abs. 3 mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Art, Umfang und Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit insbesondere im Zusammenhang mit der Festlegung der Öffnungszeiten, für Spitalsambulanzen entlastende Leistungen, oder für dislozierte Standorte treffen. Wurden in einem Zulassungsverfahren nach § 52c ÄrzteG 1998 oder § 26b Abs. 1 ZÄG Auflagen erteilt, so sind diese Inhalt des jeweiligen Einzelvertrages. **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 Ärztinnen/Ärzten (§ 44 Abs. 1 ÄrzteG 1998) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt/die Ärztin hat gemäß Artikel 29 der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

(1a) Zur Auswahl nach Abs. 1 sind auf Vorschlag der Österreichischen

**Vorgeschlagene Fassung**

und der Österreichischen Ärztekammer für sich und die Landesärztekammern ist eine für die Vertragsparteien verbindliche gesamtvertragliche Regelung über den Einsatz von Turnusärztinnen und -ärzten bei Vertragsärztinnen und -ärzten und in Vertragsgruppenpraxen abzuschließen.

(2) Dieser Gesamtvertrag hat insbesondere Art, Umfang und Grundsätze der Verrechenbarkeit jener Leistungen zu regeln, welche von Turnusärztinnen und -ärzten für Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragsgruppenpraxen auf Kosten der Krankenversicherungsträger erbracht werden können.

**Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses**

**§ 343.** (1) Die Auswahl der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluss der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt/der Ärztin oder der Gruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Diese Einzelverträge sind sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam. Die Einzelvertragsparteien können abweichend von § 341 Abs. 3 mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Art, Umfang und Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit insbesondere im Zusammenhang mit der Festlegung der Öffnungszeiten, für Spitalsambulanzen entlastende Leistungen, oder für dislozierte Standorte treffen. Wurden in einem Zulassungsverfahren nach § 52c ÄrzteG 1998 oder § 26b Abs. 1 ZÄG Auflagen erteilt, so sind diese Inhalt des jeweiligen Einzelvertrages. **Einzelverträge, die nicht im Rahmen der jeweils nach § 342 Abs. 1 Z 1 vereinbarten Zahl und örtlichen Verteilung abgeschlossen werden, bedürfen einer Vereinbarung zwischen dem Träger der Krankenversicherung und der Österreichischen Ärztekammer.** Mit approbierten Ärztinnen/Ärzten (§ 44 Abs. 1 ÄrzteG 1998) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt/die Ärztin hat gemäß Artikel 29 der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

(1a) Zur Auswahl nach Abs. 1 sind auf Vorschlag der Österreichischen

**Geltende Fassung**

Ärzttekammer durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit verbindliche Kriterien für die Reihung der Bewerberinnen und Bewerber um Einzelverträge festzulegen (Reihungskriterien). Dabei sind auch die fachliche Eignung der Bewerberinnen und Bewerber und die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen um Einzelverträge zu berücksichtigen. Für den Fall der Vergabe eines Gruppenpraxen-Einzelvertrages ist die Bewertung der sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärztinnen/Ärzte als Gesamtes vorzusehen. Für die Besetzung einer in einer Gruppenpraxis gebundenen Planstelle ist prozentmäßig eine Bandbreite festzulegen, innerhalb derer die Bewerbungen, aus denen die Gruppenpraxis auswählen kann, liegen müssen. 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.

(1b) bis (4) unverändert.

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

**Vorgeschlagene Fassung**

Ärzttekammer durch Verordnung des Bundesministers/der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz bundeseinheitlich verbindliche Kriterien für die Reihung der Bewerberinnen und Bewerber um Einzelverträge festzulegen (Reihungskriterien). Dabei sind auch die fachliche Eignung der Bewerberinnen und Bewerber und die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen um Einzelverträge zu berücksichtigen. Für den Fall der Vergabe eines Gruppenpraxen-Einzelvertrages ist die Bewertung der sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärztinnen/Ärzte als Gesamtes vorzusehen. Für die Besetzung einer in einer Gruppenpraxis gebundenen Planstelle ist prozentmäßig eine Bandbreite festzulegen, innerhalb derer die Bewerbungen, aus denen die Gruppenpraxis auswählen kann, liegen müssen. 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 Dachverband anzuhören.

(1b) bis (4) unverändert.

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

**§ 343a.** (1) Zwischen dem Dachverband und der Österreichischen Ärztekammer ist ein für die Vertragsparteien verbindlicher Gesamtvertrag abzuschließen, der die Durchführung der Untersuchungen nach den §§ 132a und 132b sowie der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit nach § 132c 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 Dachverband 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 öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau.

**Geltende Fassung**

(2) und (3) unverändert.

**Gesamtvertrag über Richttarife für den festsitzenden Zahnersatz**

§ 343c. (1) Zwischen dem **Hauptverband** und der Österreichischen Zahnärztekammer ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der Richttarife festsetzt, die dem/der Versicherten von Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen (Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Vertrags-Gruppenpraxen) für Kieferregulierungen nach § 153a und Leistungen des festsitzenden Zahnersatzes in Rechnung gestellt werden dürfen.

(2) unverändert.

**Zahnärzte/Zahnärztinnen**

§ 343d. (1) unverändert.

(2) Die Bestimmungen des 3. Unterabschnittes des Abschnittes II des Sechsten Teiles sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass

1. unverändert,
2. die Kanzleigeschäfte der in den §§ 344 und 345 vorgesehenen Kommissionen kalenderjährlich abwechselnd von den Landes Zahnärztekammern und den Gebietskrankenkassen jener Länder zu führen sind, in denen die betreffende Kommission eingerichtet ist oder im Einzelfall einzurichten ist.

**Vertragliche Regelung für die Durchführung von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche**

§ 343e. (1) Zwischen dem **Hauptverband** und der Österreichischen Zahnärztekammer ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der die Erbringung der Leistung nach § 153a regelt. Dieser Gesamtvertrag wird nur dann wirksam, wenn eine in ihm unter Bedachtnahme auf eine regional ausgewogene Versorgung festzusetzende Anzahl von Zahnärzten/Zahnärztinnen Einzelverträge nach diesem Gesamtvertrag abgeschlossen hat und damit eine flächendeckende Sachleistungsversorgung nach § 153a gewährleistet werden kann.

(2) Kommt bis zum 31. Dezember 2014 ein Gesamtvertrag nach Abs. 1 mit Wirksamkeitsbeginn 1. Juli 2015 nicht zustande oder tritt danach ein vertragsloser Zustand ein, so haben – unter Zugrundelegung eines vom **Hauptverband** zu erstellenden Versorgungsplanes – die Krankenversicherungsträger die Leistung nach § 153a, durch Sonder-

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) und (3) unverändert.

**Gesamtvertrag über Richttarife für den festsitzenden Zahnersatz**

§ 343c. (1) Zwischen dem **Dachverband** und der Österreichischen Zahnärztekammer ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der Richttarife festsetzt, die dem/der Versicherten von Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen (Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen, Vertrags-Gruppenpraxen) für Kieferregulierungen nach § 153a und Leistungen des festsitzenden Zahnersatzes in Rechnung gestellt werden dürfen.

(2) unverändert.

**Zahnärzte/Zahnärztinnen**

§ 343d. (1) unverändert.

(2) Die Bestimmungen des 3. Unterabschnittes des Abschnittes II des Sechsten Teiles sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass

1. unverändert,
2. die Kanzleigeschäfte der in den §§ 344 und 345 vorgesehenen Kommissionen kalenderjährlich abwechselnd von der Österreichischen Gesundheitskasse und den Landes Zahnärztekammern jener Länder zu führen sind, in denen die betreffende Kommission eingerichtet ist oder im Einzelfall einzurichten ist.

**Vertragliche Regelung für die Durchführung von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche**

§ 343e. (1) Zwischen dem **Dachverband** und der Österreichischen Zahnärztekammer ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der die Erbringung der Leistung nach § 153a regelt. Dieser Gesamtvertrag wird nur dann wirksam, wenn eine in ihm unter Bedachtnahme auf eine regional ausgewogene Versorgung festzusetzende Anzahl von Zahnärzten/Zahnärztinnen Einzelverträge nach diesem Gesamtvertrag abgeschlossen hat und damit eine flächendeckende Sachleistungsversorgung nach § 153a gewährleistet werden kann.

(2) Kommt bis zum 31. Dezember 2014 ein Gesamtvertrag nach Abs. 1 mit Wirksamkeitsbeginn 1. Juli 2015 nicht zustande oder tritt danach ein vertragsloser Zustand ein, so haben – unter Zugrundelegung eines vom **Dachverband** zu erstellenden Versorgungsplanes – die Krankenversicherungsträger die Leistung nach § 153a, durch Sonder-

**Geltende Fassung**

Einzelverträge gleichen Leistungsinhalts mit Leistungsanbietern, insbesondere Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien sowie in eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger zu erbringen. Auf Grund von bestehenden Sonder-Einzelverträgen besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 131 und § 60 B-KUVG.

(3) unverändert.

(4) Ist die flächendeckende ausgewogene Sachleistungsversorgung nach Abs. 1 oder 3 insbesondere auf Grund der Auflösung von Vertragsverhältnissen nicht mehr gegeben, so gilt der Gesamtvertrag als gekündigt. Dies ist dann anzunehmen, wenn die Sachleistungsversorgung durch Einzelverträge auf Grund des Gesamtvertrages weniger als zwei Drittel des Leistungsbedarfes der Kinder und Jugendlichen abdeckt. Der **Hauptverband** hat diese Tatsache im Internet kundzumachen. § 348 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass Umfang, Höhe und Ausmaß des Leistungsbedarfes nicht Gegenstand des Verfahrens ist, keine Vertragsänderung festgesetzt werden kann und die Antragstellung innerhalb von vier Wochen nach der Kundmachung durch den **Hauptverband** zu erfolgen hat.

**Preistransparenz**

§ 343f. Die Anbieter/Anbieterinnen von Kieferregulierungen sollen die Preise für die von ihnen angebotenen Leistungen der Kieferregulierung nach § 153a, 94a GSVG, 95a BSVG und 69a B-KUVG jährlich dem **Hauptverband** oder der Österreichischen Zahnärztekammer bekanntgeben. Die Österreichische Zahnärztekammer hat die bei ihr eingelangten Meldungen dem **Hauptverband** zur Verfügung zu stellen. Der **Hauptverband** hat alle ihm diesbezüglich gemeldeten Angaben im Internet zu veröffentlichen.

**Landesschiedskommission**

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

(2) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung**

Einzelverträge gleichen Leistungsinhalts mit Leistungsanbietern, insbesondere Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien sowie in eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger zu erbringen. Auf Grund von bestehenden Sonder-Einzelverträgen besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 131 und § 60 B-KUVG.

(3) unverändert.

(4) Ist die flächendeckende ausgewogene Sachleistungsversorgung nach Abs. 1 oder 3 insbesondere auf Grund der Auflösung von Vertragsverhältnissen nicht mehr gegeben, so gilt der Gesamtvertrag als gekündigt. Dies ist dann anzunehmen, wenn die Sachleistungsversorgung durch Einzelverträge auf Grund des Gesamtvertrages weniger als zwei Drittel des Leistungsbedarfes der Kinder und Jugendlichen abdeckt. Der **Dachverband** hat diese Tatsache im Internet kundzumachen. § 348 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass Umfang, Höhe und Ausmaß des Leistungsbedarfes nicht Gegenstand des Verfahrens ist, keine Vertragsänderung festgesetzt werden kann und die Antragstellung innerhalb von vier Wochen nach der Kundmachung durch den **Dachverband** zu erfolgen hat.

**Preistransparenz**

§ 343f. Die Anbieter/Anbieterinnen von Kieferregulierungen sollen die Preise für die von ihnen angebotenen Leistungen der Kieferregulierung nach § 153a, 94a GSVG, 95a BSVG und 69a B-KUVG jährlich dem **Dachverband** oder der Österreichischen Zahnärztekammer bekanntgeben. Die Österreichische Zahnärztekammer hat die bei ihr eingelangten Meldungen dem **Dachverband** zur Verfügung zu stellen. Der **Dachverband** hat alle ihm diesbezüglich gemeldeten Angaben im Internet zu veröffentlichen.

**Landesschiedskommission**

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

(2) unverändert.

**Geltende Fassung**  
**Bundesschiedskommission**

§ 346. (1) unverändert.

(2) Die Bundesschiedskommission besteht aus einem/einer aktiven Richter/Richterin des Obersten Gerichtshofes als Vorsitzenden/Vorsitzende und aus vier Beisitzern/Beisitzerinnen. Der/Die Vorsitzende wird vom Bundesminister für Justiz bestellt. Je zwei Beisitzer/Beisitzerinnen werden von der Österreichischen Ärztekammer und dem **Hauptverband** entsendet.

(3) unverändert.

(4) Der Bundesminister für Justiz hat ein Mitglied der Bundesschiedskommission oder einen Stellvertreter/eine Stellvertreterin seines/ihrer Amtes zu entheben, wenn sich ergibt, dass

1. und 2. unverändert.

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

4. unverändert.

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

(5) Wird ein Mitglied (Stellvertreter/Stellvertreterin) seines/ihrer Amtes enthoben, so hat die dazu befugte Stelle innerhalb von drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter/Stellvertreterin) zu bestellen (entsenden). Die Amtsdauer solcher Mitglieder (Stellvertreter/Stellvertreterinnen) endet mit dem Ablauf der jeweils laufenden fünfjährigen Amtsdauer. Für die weitere Ausübung des Amtes durch solche Mitglieder (Stellvertreter/Stellvertreterinnen) oder ihre Wiederbestellung gilt Abs. 3 sinngemäß. **Verabsäumt es die Österreichische Ärztekammer binnen drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter/Stellvertreterin) zu entsenden, so hat über Antrag des Hauptverbandes der Bundesminister für Justiz einen Richter/eine Richterin (Abs. 2) als Ersatz für das seines Amtes enthobene Mitglied zu bestellen. Verabsäumt es der Hauptverband binnen drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter/Stellvertreterin) zu entsenden, so ist die Österreichische**

**Vorgeschlagene Fassung**  
**Bundesschiedskommission**

§ 346. (1) unverändert.

(2) Die Bundesschiedskommission besteht aus einem/einer aktiven Richter/Richterin des Obersten Gerichtshofes als Vorsitzenden/Vorsitzende und aus vier Beisitzern/Beisitzerinnen. Der/Die Vorsitzende wird vom Bundesminister für Justiz bestellt. Je zwei Beisitzer/Beisitzerinnen werden von der Österreichischen Ärztekammer und dem **Dachverband** entsendet.

(3) unverändert.

(4) Der Bundesminister für Justiz hat ein Mitglied der Bundesschiedskommission oder einen Stellvertreter/eine Stellvertreterin seines/ihrer Amtes zu entheben, wenn sich ergibt, dass

1. und 2. unverändert.

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

4. unverändert.

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

(5) Wird ein Mitglied (Stellvertreter/Stellvertreterin) seines/ihrer Amtes enthoben, so hat die dazu befugte Stelle innerhalb von drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter/Stellvertreterin) zu bestellen (entsenden). Die Amtsdauer solcher Mitglieder (Stellvertreter/Stellvertreterinnen) endet mit dem Ablauf der jeweils laufenden fünfjährigen Amtsdauer. Für die weitere Ausübung des Amtes durch solche Mitglieder (Stellvertreter/Stellvertreterinnen) oder ihre Wiederbestellung gilt Abs. 3 sinngemäß. **Verabsäumt es die Österreichische Ärztekammer binnen drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter/Stellvertreterin) zu entsenden, so hat auf Antrag des Dachverbandes der Bundesminister für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz eine/n Richter/in (Abs. 2) als Ersatz für das seines Amtes enthobene Mitglied zu bestellen. Verabsäumt es der Dachverband binnen drei Monaten ein neues Mitglied (Stellvertreter/Stellvertreterin) zu entsenden, so ist die**

**Geltende Fassung**

Ärztammer berechtigt, einen derartigen Antrag zu stellen. Die Amtsdauer eines solcherart bestellten Mitgliedes (Stellvertreters/Stellvertreterin) endet, sobald die dazu befugte Stelle die Entsendung nachholt.

(6) unverändert.

**Allgemeine Bestimmungen über die Kommissionen**

§ 347. (1) unverändert.

(2) Die in den Kommissionen nach den §§ 344 bis 346 tätigen Richter/Richterinnen des Dienststandes und des Ruhestandes erhalten eine Entschädigung, deren Höhe vom Bundesminister für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes festgesetzt wird. Die übrigen Mitglieder dieser Kommissionen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Diese Regelung gilt sinngemäß auch für die Stellvertreter/Stellvertreterinnen der Mitglieder der Kommissionen nach den §§ 344 bis 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 bis 346 vorgesehenen Kommissionen gebunden.

(3a) Die Kommissionen haben bei ihren Entscheidungen zu prüfen, ob der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger die Rahmenbedingungen nach § 84a Abs. 1 (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) oder nach § 342 Abs. 1 Z 1 (Regionale Strukturpläne Gesundheit) eingehalten haben und ihrerseits die Ergebnisse dieser Strukturpläne ihren Entscheidungen in einschlägigen Angelegenheiten zu Grunde zu legen.

(4) Die in den §§ 344 bis 346 vorgesehenen Kommissionen fassen ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit; eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Im Übrigen sind die Geschäftsordnungen dieser Kommissionen vom Bundesminister für Gesundheit nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes durch Verordnung zu regeln.

(5) Die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband legen gemeinsam fest, nach welchen Methoden der medizinischen und statistischen

**Vorgeschlagene Fassung**

Österreichische Ärztekammer berechtigt, einen derartigen Antrag zu stellen. Die Amtsdauer eines solcherart bestellten Mitgliedes (Stellvertreters/Stellvertreterin) endet, sobald die dazu befugte Stelle die Entsendung nachholt.

(6) unverändert.

**Allgemeine Bestimmungen über die Kommissionen**

§ 347. (1) unverändert.

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

(3) Die Gerichte, Verwaltungsbehörden, Versicherungsträger (der Dachverband), 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 bis 346 vorgesehenen Kommissionen gebunden.

(3a) Die Kommissionen haben bei ihren Entscheidungen zu prüfen, ob der Dachverband und die Sozialversicherungsträger die Rahmenbedingungen nach § 84a Abs. 1 (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) oder nach § 342 Abs. 1 Z 1 (Regionale Strukturpläne Gesundheit) eingehalten haben und ihrerseits die Ergebnisse dieser Strukturpläne ihren Entscheidungen in einschlägigen Angelegenheiten zu Grunde zu legen.

(4) Die in den §§ 344 bis 346 vorgesehenen Kommissionen fassen ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit; eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Im Übrigen sind die Geschäftsordnungen dieser Kommissionen von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und des Dachverbandes durch Verordnung zu regeln.

(5) Aufgehoben.

**Geltende Fassung**

Wissenschaften Parameter ermittelt werden, welche vor den Kommissionen nach den §§ 344 bis 346 zur Beurteilung der Einhaltung von Vertragspflichten, insbesondere jene des § 133 Abs. 2, zu berücksichtigen sind. Ebenso sind die Parameter festzulegen. Die Richtlinie ist im übertragenen Wirkungsbereich im Einvernehmen zu erlassen; bei der Erlassung unterliegen die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit. Die Richtlinie ist im Internet zu verlautbaren.

(6) Die Verhandlungen der Landesschiedskommission (§ 345) sind am Sitz des Landesgerichts der jeweiligen Landeshauptstadt, im Land Vorarlberg am Sitz des Landesgerichts Feldkirch, und die Verhandlungen der Bundesschiedskommission (§ 346) am Sitz des Obersten Gerichtshofes durchzuführen. Im Übrigen bleibt § 40 Abs. 1 AVG unberührt. Die Kanzleigeschäfte der in den §§ 344 und 345 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 bis 346 vorgesehenen Kommissionen tragen je zur Hälfte die in Betracht kommende gesetzliche Interessenvertretung und der beteiligte Versicherungsträger (**Hauptverband**).

**Bundesverwaltungsgericht, Mitwirkung fachkundiger  
Laienrichter/Laienrichterin**

**§ 347b.** (1) unverändert.

(2) Die fachkundigen Laienrichter/Laienrichterin werden vom Bundeskanzler auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer und des **Hauptverbandes** bestellt. Die Österreichische Ärztekammer und der **Hauptverband** haben jeweils in ihren Vorschlägen Ärzte/Ärztinnen und Experten/Expertinnen mit spezifischen Kenntnissen im Gesundheits- und Sozialversicherungswesen namhaft zu machen. Für die fachkundigen Laienrichter/Laienrichterin sind Stellvertreter/Stellvertreterinnen in gleicher Anzahl und auf dieselbe Weise zu bestellen. Im Falle von Beschwerden gegen Bescheide der Paritätischen Schiedskommissionen dürfen Versicherungsvertreter/Versicherungsvertreterinnen und

**Vorgeschlagene Fassung**

(6) Die Verhandlungen der Landesschiedskommission (§ 345) sind am Sitz des Landesgerichts der jeweiligen Landeshauptstadt, im Land Vorarlberg am Sitz des Landesgerichts Feldkirch, und die Verhandlungen der Bundesschiedskommission (§ 346) am Sitz des Obersten Gerichtshofes durchzuführen. Im Übrigen bleibt § 40 Abs. 1 AVG unberührt. Die Kanzleigeschäfte der in den §§ 344 und 345 vorgesehenen Kommissionen sind kalenderjährlich abwechselnd von den Ärztekammern und der Österreichischen Gesundheitskasse zu führen. Die Kanzleigeschäfte der Bundesschiedskommission (§ 346) sind kalenderjährlich abwechselnd von der Österreichischen Ärztekammer und vom Dachverband zu führen.

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

**Bundesverwaltungsgericht, Mitwirkung fachkundiger  
Laienrichter/Laienrichterin**

**§ 347b.** (1) unverändert.

(2) Die fachkundigen Laienrichter/Laienrichterin werden vom Bundeskanzler auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer und des **Dachverbandes** bestellt. Die Österreichische Ärztekammer und der **Dachverband** haben jeweils in ihren Vorschlägen Ärzte/Ärztinnen und Experten/Expertinnen mit spezifischen Kenntnissen im Gesundheits- und Sozialversicherungswesen namhaft zu machen. Für die fachkundigen Laienrichter/Laienrichterin sind Stellvertreter/Stellvertreterinnen in gleicher Anzahl und auf dieselbe Weise zu bestellen. Im Falle von Beschwerden gegen Bescheide der Paritätischen Schiedskommissionen dürfen Versicherungsvertreter/Versicherungsvertreterinnen und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen jenes Versicherungsträgers sowie

**Geltende Fassung**

Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen jenes Versicherungsträgers sowie Angehörige und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen jener Ärztekammer, die Vertragsparteien des Gesamtvertrages sind, auf dem ein Streitgegenständlicher Einzelvertrag beruht, im jeweiligen Verfahren nicht Laienrichter/Laienrichterin sein; das Gleiche gilt für Personen, die bei der Erarbeitung der Richtlinie nach § 347 Abs. 5 mitgewirkt haben, wenn in einem Verfahren die Richtlinie anzuwenden ist.

(3) Die Kosten des Verfahrens tragen je zur Hälfte die in Betracht kommende gesetzliche Interessenvertretung und der beteiligte Versicherungsträger (**Hauptverband**).

**Festsetzung des Inhaltes eines Gesamtvertrags oder einer  
gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs. 4 durch die  
Bundesschiedskommission**

**§ 348.** (1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer oder des Hauptverbandes setzt die Bundesschiedskommission den Inhalt eines aufgekündigten Gesamtvertrags oder einer gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs. 4 für höchstens drei Monate – gerechnet vom Tage der Entscheidung – fest. Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrags oder der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung ein neuer Gesamtvertrag oder eine neue gesamtvertragliche Honorarvereinbarung nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrags oder der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung noch nicht abgelaufen ist. Der Inhalt des festgesetzten Gesamtvertrags oder der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung ist vom **Hauptverband** im Internet zu veröffentlichen.

(2) Wenn ein Antrag nach Abs. 1 fristgerecht gestellt wird, dann bleibt der aufgekündigte Gesamtvertrag oder die gesamtvertragliche Honorarvereinbarung bis zur Entscheidung der Bundesschiedskommission vorläufig in Kraft. Im Falle einer Beschwerde gegen die Entscheidung der Bundesschiedskommission, welche von der Österreichischen Ärztekammer oder vom Hauptverband erhoben werden kann, bleibt der Gesamtvertrag oder die gesamtvertragliche Honorarvereinbarung für die allenfalls nach Abs. 1 festgesetzte Dauer, jedenfalls aber bis zum Ablauf des letzten Tages des zweiten Kalendermonats, das dem Kalendermonat folgt, in dem die Zustellung der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts an die

**Vorgeschlagene Fassung**

Angehörige und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen jener Ärztekammer, die Vertragsparteien des Gesamtvertrages sind, auf dem ein Streitgegenständlicher Einzelvertrag beruht, im jeweiligen Verfahren nicht Laienrichter/Laienrichterin sein; das Gleiche gilt für Personen, die bei der Erarbeitung der Richtlinie nach § 347 Abs. 5 mitgewirkt haben, wenn in einem Verfahren die Richtlinie anzuwenden ist.

(3) Die Kosten des Verfahrens tragen je zur Hälfte die in Betracht kommende gesetzliche Interessenvertretung und der beteiligte Versicherungsträger (**Dachverband**).

**Festsetzung des Inhaltes eines Gesamtvertrags oder einer  
gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs. 4 durch die  
Bundesschiedskommission**

**§ 348.** (1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer, des Dachverbandes oder des zuständigen Trägers der Krankenversicherung setzt die Bundesschiedskommission den Inhalt eines aufgekündigten Gesamtvertrags oder einer gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach den §§ 342 Abs. 2b und 342b Abs. 4 für höchstens drei Monate – gerechnet vom Tage der Entscheidung – fest. Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrags oder der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung ein neuer Gesamtvertrag oder eine neue gesamtvertragliche Honorarvereinbarung nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrags oder der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung noch nicht abgelaufen ist. Der Inhalt des festgesetzten Gesamtvertrags oder der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung ist vom **Dachverband** im Internet zu veröffentlichen.

(2) Wenn ein Antrag nach Abs. 1 fristgerecht gestellt wird, dann bleibt der aufgekündigte Gesamtvertrag oder die gesamtvertragliche Honorarvereinbarung bis zur Entscheidung der Bundesschiedskommission vorläufig in Kraft. Im Fall einer Beschwerde gegen die Entscheidung der Bundesschiedskommission, die von der Österreichischen Ärztekammer, vom Dachverband oder vom zuständigen Träger der Krankenversicherung erhoben werden kann, bleibt der Gesamtvertrag oder die gesamtvertragliche Honorarvereinbarung für die allenfalls nach Abs. 1 festgesetzte Dauer, jedenfalls aber bis zum Ablauf des letzten Tages des zweiten Kalendermonats, das dem Kalendermonat folgt, in dem die Zustellung der

**Geltende Fassung**

antragstellende Partei erfolgte, in Kraft.

(3) unverändert.

(4) Die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband sind Parteien des Verfahrens vor dem Bundesverwaltungsgericht. Ihnen kommt auch die Berechtigung zu, gegen das Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichts Revision an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben.

**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 Beitrittserklärung 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.

§ 342 Abs. 2 letzter Satz ist anzuwenden.

(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.

**Vorgeschlagene Fassung**

Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts an die antragstellende Partei erfolgte, in Kraft.

(3) unverändert.

(4) Die Österreichische Ärztekammer, der Dachverband und der jeweils zuständige Träger der Krankenversicherung sind Parteien des Verfahrens vor dem Bundesverwaltungsgericht. Ihnen kommt auch die Berechtigung zu, gegen das Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichts Revision an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben.

**ABSCHNITT III****Beziehungen der Krankenversicherungsträger (des Dachverbandes) 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 Dachverband 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 Beitrittserklärung wirksam.

(2) unverändert.

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

1. bis 5. unverändert.

§ 342 Abs. 2 letzter Satz ist anzuwenden.

(4) Im Gesamtvertrag können auch Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und dem Dachverband 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.

**Geltende Fassung****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.

**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 § 348d Abs. 2 gemäß Abs. 1 teilkündigen.

(3) Der/Die gekündigte Apotheker/Apothekerin kann die Teilkündigung innerhalb von zwei Wochen beim Schlichtungsausschuss mit Einspruch anfechten. Der Schlichtungsausschuss hat die Kündigung für unwirksam zu erklären, wenn die in Abs. 1 genannten Kündigungsgründe nicht vorliegen. Der Einspruch hat bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses aufschiebende Wirkung. 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 innerhalb von sechs Monaten keine Entscheidung, so kann die Bundesschiedskommission auch von den Verfahrensparteien angerufen werden.

§ 348d. (1) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung****Auflösung des Gesamtvertrages**

§ 348b. (1) Der Gesamtvertrag kann vom **Dachverband** 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 **Dachverband** 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 **Dachverband** 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 **Dachverband** kann den Gesamtvertrag auch noch nach Abschluß eines Verfahrens im Sinne des § 348d Abs. 2 gemäß Abs. 1 teilkündigen.

(3) Der/Die gekündigte Apotheker/Apothekerin kann die Teilkündigung innerhalb von zwei Wochen beim Schlichtungsausschuss mit Einspruch anfechten. Der Schlichtungsausschuss hat die Kündigung für unwirksam zu erklären, wenn die in Abs. 1 genannten Kündigungsgründe nicht vorliegen. Der Einspruch hat bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses aufschiebende Wirkung. Die Bundesschiedskommission kann in solchen Fällen erst nach Entscheidung des Schlichtungsausschusses und nur durch den **Dachverband** oder die Österreichische Apothekerkammer innerhalb von sechs Wochen angerufen werden. Trifft der Schlichtungsausschuss innerhalb von sechs Monaten keine Entscheidung, so kann die Bundesschiedskommission auch von den Verfahrensparteien angerufen werden.

§ 348d. (1) unverändert.

**Geltende Fassung**

(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/die Apothekerin binnen zwei Wochen beim Schlichtungsausschuss die Aufhebung des Einspruches beantragt, bleiben seine/ihre Vertragsbeziehungen bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses vorläufig bestehen. Der **Hauptverband** kann das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss auch fortsetzen, nachdem der Apotheker/die Apothekerin wieder aus der Apothekenleitung ausgeschieden ist.

(4) Der Schlichtungsausschuss hat bei seiner Entscheidung über einen Antrag des Apothekers/der Apothekerin nach Abs. 3 die Zumutbarkeit vertraglicher Beziehungen mit diesem Apotheker/dieser Apothekerin für die Krankenversicherungsträger anhand der Umstände, die zu einer vorangegangenen Vertragsauflösung geführt haben, des Ausmaßes der Beteiligung dieses/dieser Apothekers/Apothekerin an Vertragsverstößen und der Gefahr weiterer Vertragsverstöße zu prüfen. Wenn der Schlichtungsausschuss den Einspruch des **Hauptverbandes** nicht aufhebt, hat er eine Frist festzusetzen, innerhalb der der Gesamtvertrag für den Apotheker/die Apothekerin nicht wirksam werden kann. Diese Frist darf fünf Jahre oder eine allenfalls längere Dauer einer Disziplinarstrafe nach § 23 Abs. 1 lit. e des Bundesgesetzes über die Österreichische Apothekerkammer (Apothekerkammergesetz 2001), BGBl. I Nr. 111/2001, nicht übersteigen. Die Bundesschiedskommission kann in solchen Fällen erst nach Entscheidung des Schlichtungsausschusses und nur durch den **Hauptverband** oder die Österreichische Apothekerkammer innerhalb von sechs

**Vorgeschlagene Fassung**

(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 **Dachverband** 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 **Dachverband** 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/die Apothekerin binnen zwei Wochen beim Schlichtungsausschuss die Aufhebung des Einspruches beantragt, bleiben seine/ihre Vertragsbeziehungen bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses vorläufig bestehen. Der **Dachverband** kann das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss auch fortsetzen, nachdem der Apotheker/die Apothekerin wieder aus der Apothekenleitung ausgeschieden ist.

(4) Der Schlichtungsausschuss hat bei seiner Entscheidung über einen Antrag des Apothekers/der Apothekerin nach Abs. 3 die Zumutbarkeit vertraglicher Beziehungen mit diesem Apotheker/dieser Apothekerin für die Krankenversicherungsträger anhand der Umstände, die zu einer vorangegangenen Vertragsauflösung geführt haben, des Ausmaßes der Beteiligung dieses/dieser Apothekers/Apothekerin an Vertragsverstößen und der Gefahr weiterer Vertragsverstöße zu prüfen. Wenn der Schlichtungsausschuss den Einspruch des **Dachverbandes** nicht aufhebt, hat er eine Frist festzusetzen, innerhalb der der Gesamtvertrag für den Apotheker/die Apothekerin nicht wirksam werden kann. Diese Frist darf fünf Jahre oder eine allenfalls längere Dauer einer Disziplinarstrafe nach § 23 Abs. 1 lit. e des Bundesgesetzes über die Österreichische Apothekerkammer (Apothekerkammergesetz 2001), BGBl. I Nr. 111/2001, nicht übersteigen. Die Bundesschiedskommission kann in solchen Fällen erst nach Entscheidung des Schlichtungsausschusses und nur durch den **Dachverband** oder die Österreichische Apothekerkammer innerhalb von sechs

**Geltende Fassung**

Wochen angerufen werden. Trifft der Schlichtungsausschuss innerhalb von sechs Monaten keine Entscheidung, so kann die Bundesschiedskommission auch von den Verfahrensparteien angerufen werden.

(5) Die nach dem Apothekengesetz zuständigen Behörden haben bei Veränderungen in der Leitung einer Apotheke Name und Anschrift jedes Apothekers (§ 348a 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 der Schlichtungsausschuss zuständig. Die Bundesschiedskommission kann in solchen Fällen erst nach Entscheidung des Schlichtungsausschusses oder wenn dieser innerhalb von sechs Monaten keine Entscheidung trifft und nur durch den **Hauptverband** oder die Österreichische Apothekerkammer innerhalb von sechs Wochen angerufen werden.

(2) Über Streitigkeiten, die sich aus den Vertragsbeziehungen zwischen einzelnen Apothekern/Apothekerinnen und den Krankenversicherungsträgern ergeben, hat der 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 innerhalb von sechs Monaten keine Entscheidung, so kann die Bundesschiedskommission auch von den Verfahrensparteien angerufen werden.

(3) unverändert.

**Elektronische Abrechnung**

**§ 348g.** Die Vertragspartner nach diesem Abschnitt sind verpflichtet, spätestens ab 1. Jänner 2004 die für die Versicherten (Angehörigen) erbrachten Leistungen mit den Versicherungsträgern nach einheitlichen Grundsätzen elektronisch abzurechnen. Der **Hauptverband** hat diese Grundsätze im übertragenen Wirkungsbereich festzusetzen und im Internet kundzumachen. Bei

**Vorgeschlagene Fassung**

Wochen angerufen werden. Trifft der Schlichtungsausschuss innerhalb von sechs Monaten keine Entscheidung, so kann die Bundesschiedskommission auch von den Verfahrensparteien angerufen werden.

(5) Die nach dem Apothekengesetz zuständigen Behörden haben bei Veränderungen in der Leitung einer Apotheke Name und Anschrift jedes Apothekers (§ 348a Abs. 2) sowie den Namen der Apotheke sofort nach Bekanntwerden an den **Dachverband** 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 **Dachverband** oder einem Krankenversicherungsträger einerseits, der Österreichischen Apothekerkammer oder der Pharmazeutischen Gehaltskasse andererseits, ist der Schlichtungsausschuss zuständig. Die Bundesschiedskommission kann in solchen Fällen erst nach Entscheidung des Schlichtungsausschusses oder wenn dieser innerhalb von sechs Monaten keine Entscheidung trifft und nur durch den **Dachverband** oder die Österreichische Apothekerkammer innerhalb von sechs Wochen angerufen werden.

(2) Über Streitigkeiten, die sich aus den Vertragsbeziehungen zwischen einzelnen Apothekern/Apothekerinnen und den Krankenversicherungsträgern ergeben, hat der Schlichtungsausschuss zu entscheiden. Die Bundesschiedskommission kann in solchen Fällen erst nach Entscheidung des Schlichtungsausschusses und nur durch den **Dachverband** oder die Österreichische Apothekerkammer innerhalb von sechs Wochen angerufen werden. Trifft der Schlichtungsausschuss innerhalb von sechs Monaten keine Entscheidung, so kann die Bundesschiedskommission auch von den Verfahrensparteien angerufen werden.

(3) unverändert.

**Elektronische Abrechnung**

**§ 348g.** Die Vertragspartner nach diesem Abschnitt sind verpflichtet, spätestens ab 1. Jänner 2004 die für die Versicherten (Angehörigen) erbrachten Leistungen mit den Versicherungsträgern nach einheitlichen Grundsätzen elektronisch abzurechnen. Der **Dachverband** hat diese Grundsätze im übertragenen Wirkungsbereich festzusetzen und im Internet kundzumachen. Bei

**Geltende Fassung**

der Festsetzung der Grundsätze unterliegt er den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit.

**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 (§ 42 Z 1 des Psychologengesetzes 2013), 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.

**Elektronische Abrechnung**

§ 349a. Die Vertragspartner nach diesem Abschnitt sind verpflichtet, spätestens ab 1. Jänner 2004 die für die Versicherten (Angehörigen) erbrachten Leistungen mit den Versicherungsträgern nach einheitlichen Grundsätzen elektronisch abzurechnen. Der **Hauptverband** hat diese Grundsätze im

**Vorgeschlagene Fassung**

der Festsetzung der Grundsätze unterliegt er den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit.

**ABSCHNITT IV****Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Dachverbandes) zu anderen Vertragspartnerinnen und 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 (§ 42 Z 1 des Psychologengesetzes 2013), 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 sind die §§ 341, 342 und 343 Abs. 1 bis 3 so anzuwenden, dass an die Stelle der Träger der Krankenversicherung der Dachverband und an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt.** Stehen keine Gesamtverträge in Geltung, können für die Träger der Krankenversicherung vom **Dachverband** 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.

**Elektronische Abrechnung**

§ 349a. Die Vertragspartner nach diesem Abschnitt sind verpflichtet, spätestens ab 1. Jänner 2004 die für die Versicherten (Angehörigen) erbrachten Leistungen mit den Versicherungsträgern nach einheitlichen Grundsätzen elektronisch abzurechnen. Der **Dachverband** hat diese Grundsätze im

**Geltende Fassung**

übertragenen Wirkungsbereich festzusetzen und im Internet kundzumachen. Bei der Festsetzung der Grundsätze unterliegt er den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit.

**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).

(1a) bis (4) unverändert.

**Verträge für die Durchführung der Untersuchungen nach § 132b 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 § 132b 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.

**Aufnahme von Arzneispezialitäten in den Erstattungskodex**

**§ 351c.** (1) Das vertriebsberechtigte Unternehmen beantragt beim **Hauptverband** 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 der **Hauptverband** 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. Der **Hauptverband** hat die Änderungen des Erstattungskodex monatlich im Internet kundzumachen.

**Vorgeschlagene Fassung**

übertragenen Wirkungsbereich festzusetzen und im Internet kundzumachen. Bei der Festsetzung der Grundsätze unterliegt er den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit.

**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 **Dachverband** herausgegebenen Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12) und nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise (§ 31 Abs. 5 Z 13).

(1a) bis (4) unverändert.

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

**§ 351a.** Zwischen dem **Dachverband** und den in Betracht kommenden Bundesländern und Gemeinden sowie sonstigen Rechtsträgern von Krankenanstalten sind Verträge abzuschließen, die die Durchführung der Untersuchungen nach § 132b 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.

**Aufnahme von Arzneispezialitäten in den Erstattungskodex**

**§ 351c.** (1) Das vertriebsberechtigte Unternehmen beantragt beim **Dachverband** 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 der **Dachverband** 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. Der **Dachverband** hat die Änderungen des Erstattungskodex monatlich im Internet kundzumachen.

**Geltende Fassung**

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

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

(3) und (4) unverändert.

(5) Der **Hauptverband** ist berechtigt, das Verfahren über die Aufnahme einer Arzneispezialität in den 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 davon 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 unter Berücksichtigung der in den jeweiligen Mitgliedstaaten gewährten gesetzlichen Rabatte den EU-Durchschnittspreis. Dieser Preis ist von der Preiskommission sechs Monate nach Antragstellung nach Abs. 1 auf Basis der Meldungen der vertriebsberechtigten Unternehmen unter Beiziehung der Gesundheit Österreich GmbH zu ermitteln. Nach der erstmaligen Preisfeststellung hat die Preiskommission nach 18 Monaten sowie nach weiteren 24 Monaten neuerlich einen EU-Durchschnittspreis festzustellen. Darüber hinaus kann die Preiskommission nach weiteren 18 Monaten neuerlich einen EU-Durchschnittspreis feststellen. 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) bis (9) unverändert.

(9a) Sonderbestimmungen für nicht im Erstattungskodex angeführte Arzneispezialitäten:

1. Der Preis der Arzneispezialität, sofern für diese in den vorangegangenen zwölf Monaten ein Umsatz über 750 000 € auf der Basis des Fabriksabgabepreises (maschinelle Heilmittelabrechnung) erzielt wurde, darf den EU-Durchschnittspreis nicht überschreiten. Bei der

**Vorgeschlagene Fassung**

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

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

(3) und (4) unverändert.

(5) Der **Dachverband** ist berechtigt, das Verfahren über die Aufnahme einer Arzneispezialität in den 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 davon 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 unter Berücksichtigung der in den jeweiligen Mitgliedstaaten gewährten gesetzlichen Rabatte den EU-Durchschnittspreis. Dieser Preis ist von der Preiskommission sechs Monate nach Antragstellung nach Abs. 1 auf Basis der Meldungen der vertriebsberechtigten Unternehmen unter Beiziehung der Gesundheit Österreich GmbH zu ermitteln. Nach der erstmaligen Preisfeststellung hat die Preiskommission nach 18 Monaten sowie nach weiteren 24 Monaten neuerlich einen EU-Durchschnittspreis festzustellen. Darüber hinaus kann die Preiskommission nach weiteren 18 Monaten neuerlich einen EU-Durchschnittspreis feststellen. Die Preiskommission hat den jeweils ermittelten Preis dem **Dachverband** mitzuteilen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat die Vorgehensweise der Preiskommission für die Preisermittlung im Internet zu veröffentlichen.

(7) bis (9) unverändert.

(9a) Sonderbestimmungen für nicht im Erstattungskodex angeführte Arzneispezialitäten:

1. Der Preis der Arzneispezialität, sofern für diese in den vorangegangenen zwölf Monaten ein Umsatz über 750 000 € auf der Basis des Fabriksabgabepreises (maschinelle Heilmittelabrechnung) erzielt wurde, darf den EU-Durchschnittspreis nicht überschreiten. Bei der

**Geltende Fassung**

Umsatzermittlung sind die für Rechnung der Krankenversicherungsträger erzielten Umsätze aller Wirkstoffstärken und Packungsgrößen der Arzneispezialität, die nicht in den Erstattungskodex aufgenommen sind, zusammenzurechnen. Sobald diese Umsatzschwelle überschritten wurde, hat der **Hauptverband** der Preiskommission diesen Umstand unverzüglich mitzuteilen. Innerhalb von acht Wochen nach dieser Mitteilung hat die Preiskommission einen EU-Durchschnittspreis festzustellen; Abs. 6 ist mit Ausnahme der im zweiten Satz genannten Frist anzuwenden.

2. unverändert.

3. Die Z 1 und 2 gelten nicht für Arzneispezialitäten, die auf der vom **Hauptverband** gemäß § 351c Abs. 2 erstellten Liste aufgeführt sind.

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

1. Vereinbart der **Hauptverband** bei Vorliegen eines Generikums

a) unverändert.

b) mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen für ein Generikum einen Preis, der um 28,6% unter dem abgesenkten Preis des Originalprodukts liegt, so ist dieses in den Erstattungskodex aufzunehmen. Alle weiteren Generika werden vom **Hauptverband** in den Erstattungskodex aufgenommen, wenn ein genügend großer Preisunterschied zum ersten Generikum besteht. Dieser Preisunterschied liegt jedenfalls dann vor, wenn

– für das zweite Generikum ein Preis vereinbart wird, der um 18% unter dem Preis des ersten Generikums und

– für das dritte Generikum ein Preis vereinbart wird, der um 15% unter dem Preis des zweiten Generikums

2. Vereinbart der **Hauptverband** bei Vorliegen eines Biosimilars

a) unverändert.

b) mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen für ein Biosimilar einen Preis, der um 11,4% unter dem abgesenkten Preis des Originalprodukts liegt, so ist dieses in den Erstattungskodex aufzunehmen. Alle weiteren Biosimilars werden vom **Hauptverband** in den

**Vorgeschlagene Fassung**

Umsatzermittlung sind die für Rechnung der Krankenversicherungsträger erzielten Umsätze aller Wirkstoffstärken und Packungsgrößen der Arzneispezialität, die nicht in den Erstattungskodex aufgenommen sind, zusammenzurechnen. Sobald diese Umsatzschwelle überschritten wurde, hat der **Dachverband** der Preiskommission diesen Umstand unverzüglich mitzuteilen. Innerhalb von acht Wochen nach dieser Mitteilung hat die Preiskommission einen EU-Durchschnittspreis festzustellen; Abs. 6 ist mit Ausnahme der im zweiten Satz genannten Frist anzuwenden.

2. unverändert.

3. Die Z 1 und 2 gelten nicht für Arzneispezialitäten, die auf der vom **Dachverband** gemäß § 351c Abs. 2 erstellten Liste aufgeführt sind.

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

1. Vereinbart der **Dachverband** bei Vorliegen eines Generikums

a) unverändert.

b) mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen für ein Generikum einen Preis, der um 28,6% unter dem abgesenkten Preis des Originalprodukts liegt, so ist dieses in den Erstattungskodex aufzunehmen. Alle weiteren Generika werden vom **Dachverband** in den Erstattungskodex aufgenommen, wenn ein genügend großer Preisunterschied zum ersten Generikum besteht. Dieser Preisunterschied liegt jedenfalls dann vor, wenn

2. Vereinbart der **Dachverband** bei Vorliegen eines Biosimilars

a) unverändert.

b) mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen für ein Biosimilar einen Preis, der um 11,4% unter dem abgesenkten Preis des Originalprodukts liegt, so ist dieses in den Erstattungskodex aufzunehmen. Alle weiteren Biosimilars werden vom **Dachverband** in den

**Geltende Fassung**

Erstattungskodex aufgenommen, wenn ein genügend großer Preisunterschied zum ersten Biosimilar besteht. Dieser Preisunterschied liegt jedenfalls dann vor, wenn

- für das zweite Biosimilar ein Preis vereinbart wird, der um 15% unter dem Preis des ersten Biosimilars und
- für das dritte Biosimilar ein Preis vereinbart wird, der um 10% unter dem Preis des zweiten Biosimilars liegt.

3. Sobald durch ein wirkstoffgleiches Nachfolgeprodukt eine dritte Preisreduktion erfolgt, hat der **Hauptverband** mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen des Originalprodukts sowie der wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukte eine neuerliche Preisreduktion auf den Preis des dritten Generikums oder des dritten Biosimilars zu vereinbaren. Kann eine Einigung nicht erzielt werden, so ist die Arzneispezialität aus dem Erstattungskodex zu streichen.

4. Der **Hauptverband** kann bei ausgewählten Indikationsgruppen zur Förderung der Verfügbarkeit eines wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukts abweichende Regelungen zur Anwendung bringen.

5. Ist abzusehen, dass bei einer Arzneispezialität trotz rechtlicher Möglichkeit in Österreich kein wirkstoffgleiches Nachfolgeprodukt 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-Evaluierungskommission ausschreiben.

(11) Sind für eine Arzneispezialität im grünen Bereich wirkstoffgleiche Arzneispezialitäten (auf der 5. Ebene des ATC-Codes) im Erstattungskodex angeführt, so hat der **Hauptverband** für Arzneispezialitäten, die die im § 351c Abs.10 Z1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 vorgesehenen Preisreduktionen bereits durchlaufen haben, ein Preisband festzulegen, wobei der Höchstpreis der wirkstoffgleichen Arzneispezialitäten 30% über dem Preis der günstigsten Arzneispezialität desselben Wirkstoffs liegen darf. Der günstigste Preis ist, abgestellt auf die gleiche oder praktisch gleiche Darreichungsform und Wirkstoffstärke, mit Stichtag 1. Februar 2017 zu ermitteln. Das Preisband ist vom **Hauptverband** bis 30. Juni 2017 nach vorheriger Anhörung

**Vorgeschlagene Fassung**

Erstattungskodex aufgenommen, wenn ein genügend großer Preisunterschied zum ersten Biosimilar besteht. Dieser Preisunterschied liegt jedenfalls dann vor, wenn

- für das zweite Biosimilar ein Preis vereinbart wird, der um 15% unter dem Preis des ersten Biosimilars und
- für das dritte Biosimilar ein Preis vereinbart wird, der um 10% unter dem Preis des zweiten Biosimilars liegt.

3. Sobald durch ein wirkstoffgleiches Nachfolgeprodukt eine dritte Preisreduktion erfolgt, hat der **Dachverband** mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen des Originalprodukts sowie der wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukte eine neuerliche Preisreduktion auf den Preis des dritten Generikums oder des dritten Biosimilars zu vereinbaren. Kann eine Einigung nicht erzielt werden, so ist die Arzneispezialität aus dem Erstattungskodex zu streichen.

4. Der **Dachverband** kann bei ausgewählten Indikationsgruppen zur Förderung der Verfügbarkeit eines wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukts abweichende Regelungen zur Anwendung bringen.

5. Ist abzusehen, dass bei einer Arzneispezialität trotz rechtlicher Möglichkeit in Österreich kein wirkstoffgleiches Nachfolgeprodukt vorliegen wird und der **Dachverband** mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen ab diesem Zeitpunkt keine Preisreduktion vereinbaren kann, so kann der **Dachverband** ein Jahr davor den Wirkstoff oder die Wirkstoffklasse auf Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungskommission ausschreiben.

(11) Sind für eine Arzneispezialität im grünen Bereich wirkstoffgleiche Arzneispezialitäten (auf der 5. Ebene des ATC-Codes) im Erstattungskodex angeführt, so hat der **Dachverband** für Arzneispezialitäten, die die im § 351c Abs.10 Z1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 vorgesehenen Preisreduktionen bereits durchlaufen haben, ein Preisband festzulegen, wobei der Höchstpreis der wirkstoffgleichen Arzneispezialitäten 30% über dem Preis der günstigsten Arzneispezialität desselben Wirkstoffs liegen darf. Der günstigste Preis ist, abgestellt auf die gleiche oder praktisch gleiche Darreichungsform und Wirkstoffstärke, mit Stichtag 1. Februar 2017 zu ermitteln. Das Preisband ist vom **Dachverband** bis 30. Juni 2017 nach vorheriger Anhörung

**Geltende Fassung**

der Wirtschaftskammer im Internet zu veröffentlichen. Die vertriebsberechtigten Unternehmen haben die Preise für wirkstoffgleiche Arzneispezialitäten längstens bis 1. Oktober 2017 innerhalb des Preisbandes entsprechend zu senken. Nimmt das vertriebsberechtigte Unternehmen diese Preissenkung nicht fristgerecht vor, sind die Arzneispezialitäten vom **Hauptverband** mit schriftlicher Entscheidung aus dem Erstattungskodex zu streichen, wobei einer Beschwerde abweichend vom § 351h Abs. 3 aufschiebende Wirkung im Ausmaß von 90 Tagen ab Einbringung der Beschwerde zukommt. Das Preisband berechtigt nicht zu einer Preiserhöhung nach § 351e Abs. 2.

(12) und (13) unverändert.

**Entscheidung des Hauptverbandes**

§ 351d. (1) Der **Hauptverband** hat schriftlich 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-Evaluierungskommission im Rahmen des ihm nach diesem Bundesgesetz eingeräumten Ermessens 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 Entscheidung über die Aufnahme in den Erstattungskodex sind für alle Arzneispezialitäten die selben Prüfmaßstäbe anzulegen.

(3) Ist ein Verfahren abgeschlossen, so ist der **Hauptverband** zur Entscheidung über einen neuerlichen Antrag hinsichtlich ein und der selben 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) beantragen. Der **Hauptverband** entscheidet schriftlich über den Antrag (einschließlich des Preises) innerhalb von 180 Tagen im Rahmen des ihm nach diesem Bundesgesetz eingeräumten Ermessens.

**Vorgeschlagene Fassung**

der Wirtschaftskammer im Internet zu veröffentlichen. Die vertriebsberechtigten Unternehmen haben die Preise für wirkstoffgleiche Arzneispezialitäten längstens bis 1. Oktober 2017 innerhalb des Preisbandes entsprechend zu senken. Nimmt das vertriebsberechtigte Unternehmen diese Preissenkung nicht fristgerecht vor, sind die Arzneispezialitäten vom **Dachverband** mit schriftlicher Entscheidung aus dem Erstattungskodex zu streichen, wobei einer Beschwerde abweichend vom § 351h Abs. 3 aufschiebende Wirkung im Ausmaß von 90 Tagen ab Einbringung der Beschwerde zukommt. Das Preisband berechtigt nicht zu einer Preiserhöhung nach § 351e Abs. 2.

(12) und (13) unverändert.

**Entscheidung des Dachverbandes**

§ 351d. (1) Der **Dachverband** hat schriftlich 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-Evaluierungskommission im Rahmen des ihm nach diesem Bundesgesetz eingeräumten Ermessens 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 Entscheidung über die Aufnahme in den Erstattungskodex sind für alle Arzneispezialitäten die selben Prüfmaßstäbe anzulegen.

(3) Ist ein Verfahren abgeschlossen, so ist der **Dachverband** zur Entscheidung über einen neuerlichen Antrag hinsichtlich ein und der selben Arzneispezialität erst dann verpflichtet, wenn das vertriebsberechtigte Unternehmen dem **Dachverband** 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) beantragen. Der **Dachverband** entscheidet schriftlich über den Antrag (einschließlich des Preises) innerhalb von 180 Tagen im Rahmen des ihm nach diesem Bundesgesetz eingeräumten Ermessens.

**Geltende Fassung**

(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 Erstattungskodex**

§ 351f. (1) Der **Hauptverband** hat den Erstattungskodex regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob die angeführten Arzneispezialitäten den Prüfmaßstäben nach den §§ 31 Abs. 3 Z 12 und 351c entsprechen. Er hat im Rahmen des ihm nach diesem Bundesgesetz eingeräumten Ermessens mit schriftlicher Entscheidung eine Arzneispezialität 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 Arzneispezialität 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 Arzneispezialität dem **Hauptverband** mitzuteilen. Die Arzneispezialität ist unverzüglich aus dem Erstattungskodex zu streichen.

**Verordnungsermächtigung, Werbeverbot**

§ 351g. (1) Die nähere Organisation zur Aufnahme einer Arzneispezialität 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

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Das vertriebsberechtigte Unternehmen kann die Erhöhung des Preises seiner im Erstattungskodex angeführten Arzneispezialität beantragen. § 351d Abs. 1 ist so anzuwenden, dass der **Dachverband** 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 **Dachverband** hat den Erstattungskodex regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob die angeführten Arzneispezialitäten den Prüfmaßstäben nach den §§ 31 Abs. 3 Z 12 und 351c entsprechen. Er hat im Rahmen des ihm nach diesem Bundesgesetz eingeräumten Ermessens mit schriftlicher Entscheidung eine Arzneispezialität 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 **Dachverband** hat vor der Entscheidung, eine Arzneispezialität 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 **Dachverband** 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 Arzneispezialität dem **Dachverband** mitzuteilen. Die Arzneispezialität ist unverzüglich aus dem Erstattungskodex zu streichen.

**Verordnungsermächtigung, Werbeverbot**

§ 351g. (1) Die nähere Organisation zur Aufnahme einer Arzneispezialität und das Verfahren zur Herausgabe des Erstattungskodex regelt der **Dachverband** durch Verordnung, die der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bedarf. Vor Genehmigung hat eine Anhörung der Wirtschaftskammer

### Geltende Fassung

Österreich zu erfolgen. Diese Verfahrensordnung hat insbesondere Zahl, Qualität, Form und Zeitpunkt der vorzulegenden Unterlagen festzusetzen und Regeln darüber zu enthalten, in welchen Fällen weiterführende Studien notwendig sind. Die Verordnung ist vom **Hauptverband** im Internet kundzumachen.

(1a) Anbringen einschließlich aller im Verfahren zu berücksichtigenden Unterlagen sind schriftlich über das Internetportal [www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at) einzubringen. Zur Erörterung dieser Anbringen ist eine mündliche Kommunikation zwischen **Hauptverband** und vertriebsberechtigtem Unternehmen zulässig. Erscheint diese im Einzelfall nicht zweckmäßig, so kann der **Hauptverband** dem vertriebsberechtigten Unternehmen die schriftliche Einbringung als Anbringen binnen angemessener Frist auftragen. Eine mündliche Verhandlung vor dem **Hauptverband** findet nicht statt. Die Verfahrensordnung nach Abs. 1 hat Regelungen über die Voraussetzungen und den Ablauf einer Anhörung vor der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission für vertriebsberechtigte Unternehmen zu enthalten. Die Akteneinsicht erfolgt über das Internetportal [www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at). Patentrechtliche Vorfragen sind nicht Gegenstand des Verfahrens vor dem **Hauptverband**.

(1b) Die §§ 69 und 70 AVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die in den §§ 351d Abs. 1 und 351e festgelegten Fristen mit der Zustellung des Antrages auf Wiederaufnahme des Verfahrens neu zu laufen beginnen. § 69 Abs. 2 AVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens nach Ablauf von einem Jahr ab Erlassung des Bescheides nicht mehr gestellt werden kann. Der **Hauptverband** hat über den Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens binnen vier Wochen zu entscheiden.

(1c) Die §§ 71 und 72 AVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die in den §§ 351d Abs. 1 und 351e festgelegten Fristen mit der Zustellung des Antrages auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand bis zur Zustellung des die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand bewilligenden Bescheides in ihrem Fortlauf gehemmt werden. Der **Hauptverband** hat über den Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand binnen vier Wochen zu entscheiden.

(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 Arzneispezialität in den Erstattungskodex vorzulegen. Diese Kommission ist auch anzuhören, wenn der **Hauptverband** von sich aus eine Veränderung im Erstattungskodex beabsichtigt.

### Vorgeschlagene Fassung

Österreich zu erfolgen. Diese Verfahrensordnung hat insbesondere Zahl, Qualität, Form und Zeitpunkt der vorzulegenden Unterlagen festzusetzen und Regeln darüber zu enthalten, in welchen Fällen weiterführende Studien notwendig sind. Die Verordnung ist vom **Dachverband** im Internet kundzumachen.

(1a) Anbringen einschließlich aller im Verfahren zu berücksichtigenden Unterlagen sind schriftlich über das Internetportal [www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at) einzubringen. Zur Erörterung dieser Anbringen ist eine mündliche Kommunikation zwischen **Dachverband** und vertriebsberechtigtem Unternehmen zulässig. Erscheint diese im Einzelfall nicht zweckmäßig, so kann der **Dachverband** dem vertriebsberechtigten Unternehmen die schriftliche Einbringung als Anbringen binnen angemessener Frist auftragen. Eine mündliche Verhandlung vor dem **Dachverband** findet nicht statt. Die Verfahrensordnung nach Abs. 1 hat Regelungen über die Voraussetzungen und den Ablauf einer Anhörung vor der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission für vertriebsberechtigte Unternehmen zu enthalten. Die Akteneinsicht erfolgt über das Internetportal [www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at). Patentrechtliche Vorfragen sind nicht Gegenstand des Verfahrens vor dem **Dachverband**.

(1b) Die §§ 69 und 70 AVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die in den §§ 351d Abs. 1 und 351e festgelegten Fristen mit der Zustellung des Antrages auf Wiederaufnahme des Verfahrens neu zu laufen beginnen. § 69 Abs. 2 AVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens nach Ablauf von einem Jahr ab Erlassung des Bescheides nicht mehr gestellt werden kann. Der **Dachverband** hat über den Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens binnen vier Wochen zu entscheiden.

(1c) Die §§ 71 und 72 AVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die in den §§ 351d Abs. 1 und 351e festgelegten Fristen mit der Zustellung des Antrages auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand bis zur Zustellung des die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand bewilligenden Bescheides in ihrem Fortlauf gehemmt werden. Der **Dachverband** hat über den Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand binnen vier Wochen zu entscheiden.

(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 Arzneispezialität in den Erstattungskodex vorzulegen. Diese Kommission ist auch anzuhören, wenn der **Dachverband** von sich aus eine Veränderung im Erstattungskodex beabsichtigt.

**Geltende Fassung**

Die Kommission hat dem **Hauptverband** insbesondere zu empfehlen,

1. bis 4. unverändert.

Die Empfehlungen der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission haben den Kriterien der Wissenschaft, der Transparenz und der gesundheitsökonomischen Bewertungen zu entsprechen. Die Sitzungen sind nicht öffentlich.

(3) Der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission gehören zehn Vertreter der Sozialversicherung, drei unabhängige Vertreter der Wissenschaft aus einschlägigen Fachrichtungen (Pharmakologen und Mediziner von Universitätsinstituten), je zwei Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeitskammer und der Österreichischen Ärztekammer sowie ein Vertreter der Österreichischen Apothekerkammer an. Weiters gehört der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesländer an, mit der/dem Empfehlungen, ob neue Arzneispezialitäten intra- und/oder extramural verabreicht werden können, abzustimmen sind, ohne dass sich die Mehrheitsverhältnisse in der Kommission dadurch ändern.

(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. Der V. Teil des AVG über die Kosten ist nicht anzuwenden.

(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.

**Vorgeschlagene Fassung**

Die Kommission hat dem **Dachverband** insbesondere zu empfehlen,

1. bis 4. unverändert.

Die Empfehlungen der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission haben den Kriterien der Wissenschaft, der Transparenz und der gesundheitsökonomischen Bewertungen zu entsprechen. Die Sitzungen sind nicht öffentlich.

(3) Der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission gehören zwei Vertreter/innen des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen, acht Vertreter/innen der Sozialversicherung, drei unabhängige Vertreter der Wissenschaft aus einschlägigen Fachrichtungen (Pharmakologen und Mediziner von Universitätsinstituten), je zwei Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeitskammer und der Österreichischen Ärztekammer sowie ein Vertreter der Österreichischen Apothekerkammer an. Weiters gehört der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesländer an, mit der/dem Empfehlungen, ob neue Arzneispezialitäten intra- und/oder extramural verabreicht werden können, abzustimmen sind, ohne dass sich die Mehrheitsverhältnisse in der Kommission dadurch ändern. Weiters gehört der Heilmittel-Evaluierungskommission ein/e Vertreter/in der Patientenanwaltschaften in beratender Funktion ohne Stimmrecht an.

(4) Der **Dachverband** 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 **Dachverband** zu entrichten, anderenfalls der Antrag als unvollständig gilt. Die Verordnung ist im Internet zu veröffentlichen. Der V. Teil des AVG über die Kosten ist nicht anzuwenden.

(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 **Dachverband** von sich aus (§ 351c Abs. 5) gegen den Willen des vertriebsberechtigten Unternehmens in den Erstattungskodex aufgenommen wurden.

**Geltende Fassung****Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht im Zusammenhang mit dem Erstattungskodex**

§ 351h. (1) unverändert.

(2) Das Bundesverwaltungsgericht entscheidet auch über Beschwerden des vertriebsberechtigten Unternehmens gegen Entscheidungen des **Hauptverbandes**, mit denen Anträge nach einer Änderung der Verschreibbarkeit oder nach einer Preiserhöhung von Arzneyspezialitäten (teilweise) ab- oder zurückgewiesen wurden, oder wenn über diese Anträge nicht fristgerecht (§ 351e Abs. 1 und 2) entschieden wurde.

(3) Beschwerden nach Abs. 1 und 2 sind binnen vier Wochen nach Zustellung der Entscheidung des **Hauptverbandes** beim **Hauptverband** über das Internetportal [www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at) einzubringen. Eine Beschwerdevereinsentscheidung und eine Nachholung des Bescheides nach den §§ 14 bis 16 des Verwaltungsgerichtsverfahrensgesetzes (VwGVG), BGBl. I Nr. 33/2013, sind unzulässig. Der **Hauptverband** hat dem Bundesverwaltungsgericht unverzüglich die Beschwerde unter Anschluss der Verfahrensakten vorzulegen. Dem **Hauptverband** steht es frei, binnen vier Wochen ab Einbringung der Beschwerde eine Stellungnahme an das Bundesverwaltungsgericht abzugeben. Die Beschwerden haben aufschiebende Wirkung; Beschwerden gegen die Streichung einer Arzneyspezialität 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 Arzneyspezialität auf Grund mangelnder Erstattungsfähigkeit (§ 351c Abs. 2 und 4) haben keine aufschiebende Wirkung. § 13 Abs. 2 VwGVG ist nicht anzuwenden.

(4) In der Beschwerde oder in der Stellungnahme nach Abs. 3 können sich das vertriebsberechtigte Unternehmen und der **Hauptverband** nur auf Tatsachen und Beweise beziehen, die zum Zeitpunkt der Entscheidung des **Hauptverbandes** vom vertriebsberechtigten Unternehmen oder vom **Hauptverband** bereits eingebracht worden sind. Das Vorbringen neuer Tatsachen und Beweise im Beschwerdeverfahren ist nur zur Stützung oder zur Widerlegung der in der ersten Instanz rechtzeitig vorgebrachten Tatsachen und Beweise zulässig. Solche neuen Tatsachen und Beweise dürfen überdies nur dann berücksichtigt werden, wenn diese entweder in der Beschwerde oder der Stellungnahme des **Hauptverbandes** nach Abs. 3 bereits eingebracht wurden. Diese Stellungnahme des

**Vorgeschlagene Fassung****Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht im Zusammenhang mit dem Erstattungskodex**

§ 351h. (1) unverändert.

(2) Das Bundesverwaltungsgericht entscheidet auch über Beschwerden des vertriebsberechtigten Unternehmens gegen Entscheidungen des **Dachverbandes**, mit denen Anträge nach einer Änderung der Verschreibbarkeit oder nach einer Preiserhöhung von Arzneyspezialitäten (teilweise) ab- oder zurückgewiesen wurden, oder wenn über diese Anträge nicht fristgerecht (§ 351e Abs. 1 und 2) entschieden wurde.

(3) Beschwerden nach Abs. 1 und 2 sind binnen vier Wochen nach Zustellung der Entscheidung des **Dachverbandes** beim **Dachverband** über das Internetportal [www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at) einzubringen. Eine Beschwerdevereinsentscheidung und eine Nachholung des Bescheides nach den §§ 14 bis 16 des Verwaltungsgerichtsverfahrensgesetzes (VwGVG), BGBl. I Nr. 33/2013, sind unzulässig. Der **Dachverband** hat dem Bundesverwaltungsgericht unverzüglich die Beschwerde unter Anschluss der Verfahrensakten vorzulegen. Dem **Dachverband** steht es frei, binnen vier Wochen ab Einbringung der Beschwerde eine Stellungnahme an das Bundesverwaltungsgericht abzugeben. Die Beschwerden haben aufschiebende Wirkung; Beschwerden gegen die Streichung einer Arzneyspezialität 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 Arzneyspezialität auf Grund mangelnder Erstattungsfähigkeit (§ 351c Abs. 2 und 4) haben keine aufschiebende Wirkung. § 13 Abs. 2 VwGVG ist nicht anzuwenden.

(4) In der Beschwerde oder in der Stellungnahme nach Abs. 3 können sich das vertriebsberechtigte Unternehmen und der **Dachverband** nur auf Tatsachen und Beweise beziehen, die zum Zeitpunkt der Entscheidung des **Dachverbandes** vom vertriebsberechtigten Unternehmen oder vom **Dachverband** bereits eingebracht worden sind. Das Vorbringen neuer Tatsachen und Beweise im Beschwerdeverfahren ist nur zur Stützung oder zur Widerlegung der in der ersten Instanz rechtzeitig vorgebrachten Tatsachen und Beweise zulässig. Solche neuen Tatsachen und Beweise dürfen überdies nur dann berücksichtigt werden, wenn diese entweder in der Beschwerde oder der Stellungnahme des **Dachverbandes** nach Abs. 3 bereits eingebracht wurden. Diese Stellungnahme des

**Geltende Fassung**

Hauptverbandes ist vom Bundesverwaltungsgericht als Bestandteil der Begründung der Entscheidung des Hauptverbandes nach Abs. 3 erster Satz zu berücksichtigen. Eine Einschränkung oder Klarstellung des Antragbegehrens ist ausgeschlossen. Zum Ergebnis eines vom Bundesverwaltungsgericht durchgeführten allfälligen neuen Beweisverfahrens ist den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Patentrechtliche Vorfragen sind nicht Gegenstand des Verfahrens vor dem Bundesverwaltungsgericht.

(5) Das Bundesverwaltungsgericht hat die Entscheidung des **Hauptverbandes** im Falle des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 28 Abs. 2 VwGVG bei Rechtswidrigkeit abzuändern. Der **Hauptverband** hat im Falle einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts nach § 28 Abs. 4 VwGVG innerhalb von 120 Tagen nach Zustellung der Aufhebungsentscheidung neu zu entscheiden, widrigenfalls der Antrag als angenommen gilt oder die Arzneyspezialität 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 des **Hauptverbandes** aufgehoben, mit der ein Antrag wegen mangelnder Erstattungsfähigkeit (§ 351c Abs. 2 und 4) der Arzneyspezialität nach § 351c Abs. 1 abgewiesen wurde, beginnt mit dem Tag der Zustellung der Aufhebungsentscheidung an den **Hauptverband** die Frist nach § 351c Abs. 1 neu zu laufen.

**Bundesverwaltungsgericht, Mitwirkung fachkundiger Laienrichter/Laienrichterrinnen**

§ 351i. (1) und (2) unverändert.

(3) Sachverhalte, die ein Naheverhältnis zur Sozial- oder Privatversicherung oder zu Pharmaunternehmen begründen könnten, sind vor der Bestellung sowie nach ihrem Eintreten gegenüber dem Bundesverwaltungsgericht und dem Bundesminister für Gesundheit offen zu legen. Mitglieder der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission nach § 351g Abs. 3 und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen des **Hauptverbandes** sind als Laienrichter/Laienrichterrinnen (Stellvertreter/Stellvertreterinnen) ausgeschlossen.

**Kostentragung im Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht**

§ 351j. (1) Die Kosten des Verfahrens vor dem Bundesverwaltungsgericht

**Vorgeschlagene Fassung**

Hauptverbandes ist vom Bundesverwaltungsgericht als Bestandteil der Begründung der Entscheidung des Hauptverbandes nach Abs. 3 erster Satz zu berücksichtigen. Eine Einschränkung oder Klarstellung des Antragbegehrens ist ausgeschlossen. Zum Ergebnis eines vom Bundesverwaltungsgericht durchgeführten allfälligen neuen Beweisverfahrens ist den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Patentrechtliche Vorfragen sind nicht Gegenstand des Verfahrens vor dem Bundesverwaltungsgericht.

(5) Das Bundesverwaltungsgericht hat die Entscheidung des **Dachverbandes** im Falle des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 28 Abs. 2 VwGVG bei Rechtswidrigkeit abzuändern. Der **Dachverband** hat im Falle einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts nach § 28 Abs. 4 VwGVG innerhalb von 120 Tagen nach Zustellung der Aufhebungsentscheidung neu zu entscheiden, widrigenfalls der Antrag als angenommen gilt oder die Arzneyspezialität 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 des **Dachverbandes** aufgehoben, mit der ein Antrag wegen mangelnder Erstattungsfähigkeit (§ 351c Abs. 2 und 4) der Arzneyspezialität nach § 351c Abs. 1 abgewiesen wurde, beginnt mit dem Tag der Zustellung der Aufhebungsentscheidung an den **Dachverband** die Frist nach § 351c Abs. 1 neu zu laufen.

**Bundesverwaltungsgericht, Mitwirkung fachkundiger Laienrichter/Laienrichterrinnen**

§ 351i. (1) und (2) unverändert.

(3) Sachverhalte, die ein Naheverhältnis zur Sozial- oder Privatversicherung oder zu Pharmaunternehmen begründen könnten, sind vor der Bestellung sowie nach ihrem Eintreten gegenüber dem Bundesverwaltungsgericht und dem Bundesminister für Gesundheit offen zu legen. Mitglieder der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission nach § 351g Abs. 3 und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen des **Dachverbandes** sind als Laienrichter/Laienrichterrinnen (Stellvertreter/Stellvertreterinnen) ausgeschlossen.

**Kostentragung im Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht**

§ 351j. (1) Die Kosten des Verfahrens vor dem Bundesverwaltungsgericht

**Geltende Fassung**

werden durch einen pauschalierten Kostenersatz in der Höhe von 2 620 Euro abgegolten. Den Kostenersatz hat diejenige Partei des Beschwerdeverfahrens zu tragen, die im Beschwerdeverfahren unterlegen ist. Im Falle eines teilweisen Unterliegens ist der Kostenersatz von beiden Parteien zur Hälfte zu tragen. In Verfahren bei Verletzung der Entscheidungspflicht durch den **Hauptverband** hat den Kostenersatz jedenfalls der **Hauptverband** zu tragen, wenn nicht die Beschwerde mangels Säumigkeit zurückgewiesen wird.

(2) unverändert.

**Leistungssachen**

**§ 354.** Leistungssachen sind die Angelegenheiten, in denen es sich handelt um

1. die Feststellung des Bestandes, des Umfangs oder des Ruhens eines Anspruches auf eine Versicherungsleistung einschließlich einer Feststellung nach § 367 Abs. 1, soweit nicht hiebei die Versicherungszugehörigkeit (§§ 13 bis 15), die Versicherungszuständigkeit (§§ 26 bis 30), die Leistungszugehörigkeit (§ 245) oder die Leistungszuständigkeit (§ 246) in Frage steht;
2. bis 6. unverändert.

**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.

**Vorgeschlagene Fassung**

werden durch einen pauschalierten Kostenersatz in der Höhe von 2 620 Euro abgegolten. Den Kostenersatz hat diejenige Partei des Beschwerdeverfahrens zu tragen, die im Beschwerdeverfahren unterlegen ist. Im Falle eines teilweisen Unterliegens ist der Kostenersatz von beiden Parteien zur Hälfte zu tragen. In Verfahren bei Verletzung der Entscheidungspflicht durch den **Dachverband** hat den Kostenersatz jedenfalls der **Dachverband** zu tragen, wenn nicht die Beschwerde mangels Säumigkeit zurückgewiesen wird.

(2) unverändert.

**Leistungssachen**

**§ 354.** Leistungssachen sind die Angelegenheiten, in denen es sich handelt um

1. die Feststellung des Bestandes, des Umfangs oder des Ruhens eines Anspruches auf eine Versicherungsleistung einschließlich einer Feststellung nach § 367 Abs. 1, soweit nicht hiebei die Versicherungszugehörigkeit (§§ 13 bis 15), die Versicherungszuständigkeit (§§ 26 bis 29a), die Leistungszugehörigkeit (§ 245) oder die Leistungszuständigkeit (§ 246) in Frage steht;
2. bis 6. unverändert.

**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 **Dachverband** 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 **Dachverbandes** im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen. In gleicher Weise haben die Versicherungsträger (der **Dachverband**) den Verwaltungsbehörden und den Gerichten Verwaltungshilfe zu leisten.

**Geltende Fassung**

(2) unverändert.

(3) Die Sozialversicherungsträger und der **Hauptverband** sind berechtigt, auf automationsunterstütztem Weg Einsicht in das Grundbuch, das Adressregister, das zentrale Gewerbeverzeichnis und das 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.

(5) Die Personenstandsbehörde hat der **Gebietskrankenkasse** ihres Zuständigkeitsbereiches - möglichst in automationsunterstützter Form - folgende Personenstandsfälle mitzuteilen:

(6) Die Sozialversicherungsträger und der **Hauptverband** haben zur Sicherung der Unverwechselbarkeit und Richtigkeit der von ihnen verarbeiteten personenbezogenen 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 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 28/2001) zusammenzuarbeiten und dort geänderte personenbezogene Daten zu verarbeiten, soweit dies zur eindeutigen Identifizierung einer Person notwendig ist. Leistungsansprüche, Anwartschaften oder deren Veränderungen können aus solchen Änderungen nicht abgeleitet werden. Abfragen der Sozialversicherungsträger und des **Hauptverbandes** aus dem Zentralen Melderegister sind auch nach dem Auswahlkriterium der Anschrift (Wohnadresse) zulässig, und zwar zur Überprüfung von Angaben über das Vorliegen eines gemeinsamen Haushaltes, soweit dies für die Feststellung eines Leistungsanspruches notwendig ist. Die Ergebnisse solcher Abfragen stellen lediglich einen Anhaltspunkt bei der Ermittlung des Tatbestandes des gemeinsamen Haushaltes dar.

(7) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) unverändert.

(3) Die Sozialversicherungsträger und der **Dachverband** sind berechtigt, auf automationsunterstütztem Weg Einsicht in das Grundbuch, das Adressregister, das zentrale Gewerbeverzeichnis und das 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.

(5) Die Personenstandsbehörde hat der **Österreichischen Gesundheitskasse** – möglichst in automationsunterstützter Form – folgende Personenstandsfälle mitzuteilen:

(6) Die Sozialversicherungsträger und der **Dachverband** haben zur Sicherung der Unverwechselbarkeit und Richtigkeit der von ihnen verarbeiteten personenbezogenen 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 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 28/2001) zusammenzuarbeiten und dort geänderte personenbezogene Daten zu verarbeiten, soweit dies zur eindeutigen Identifizierung einer Person notwendig ist. Leistungsansprüche, Anwartschaften oder deren Veränderungen können aus solchen Änderungen nicht abgeleitet werden. Abfragen der Sozialversicherungsträger und des **Dachverbandes** aus dem Zentralen Melderegister sind auch nach dem Auswahlkriterium der Anschrift (Wohnadresse) zulässig, und zwar zur Überprüfung von Angaben über das Vorliegen eines gemeinsamen Haushaltes, soweit dies für die Feststellung eines Leistungsanspruches notwendig ist. Die Ergebnisse solcher Abfragen stellen lediglich einen Anhaltspunkt bei der Ermittlung des Tatbestandes des gemeinsamen Haushaltes dar.

(7) unverändert.

**Geltende Fassung****Auskünfte an Verwaltungsgerichte**

**§ 360a.** Die Versicherungsträger und der **Hauptverband** haben dem Bundesverwaltungsgericht und den Verwaltungsgerichten der Länder auf 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.

**Verfahren zur Klärung der Versicherungsordnung**

**§ 412a.** Zur Klärung der Versicherungsordnung ist ein Verfahren mit wechselseitigen Verständigungspflichten des Krankenversicherungsträgers und der **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bzw. der Sozialversicherungsanstalt der Bauern** durchzuführen. Die Einleitung dieses Verfahrens erfolgt

1. unverändert
2. auf Grund der Anmeldung zur Pflichtversicherung (§ 412d)
  - a) nach § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG, soweit es sich um Berechtigte zur Ausübung eines freien Gewerbes handelt, die von den Trägern der Krankenversicherung und der **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft** einvernehmlich bestimmt wurden, oder
  - b) und c) unverändert
3. unverändert.

**Versicherungsordnung auf Grund einer amtswegigen Sachverhaltsfeststellung (Neuzuordnung)**

**§ 412b.** (1) Stellt der Krankenversicherungsträger oder das Finanzamt bei der Prüfung nach § 41a dieses Bundesgesetzes oder nach § 86 EStG 1988 für eine im geprüften Zeitraum nach dem GSVG bzw. nach dem BSVG versicherte Person einen Sachverhalt fest, der zu weiteren Erhebungen über eine rückwirkende Feststellung der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz (Neuzuordnung) Anlass gibt, so hat der Krankenversicherungsträger oder das Finanzamt die **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bzw. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern** ohne unnötigen Aufschub von dieser Prüfung zu verständigen. Die Verständigung hat den Namen, die

**Vorgeschlagene Fassung****Auskünfte an Verwaltungsgerichte**

**§ 360a.** Die Versicherungsträger und der **Dachverband** haben dem Bundesverwaltungsgericht und den Verwaltungsgerichten der Länder auf 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 **Dachverband**) zu vermerken. Vorschriften, die für bestimmte Verfahren Besonderes anordnen, bleiben unberührt.

**Verfahren zur Klärung der Versicherungsordnung**

**§ 412a.** Zur Klärung der Versicherungsordnung ist ein Verfahren mit wechselseitigen Verständigungspflichten des Krankenversicherungsträgers und der **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** durchzuführen. Die Einleitung dieses Verfahrens erfolgt

1. unverändert
2. auf Grund der Anmeldung zur Pflichtversicherung (§ 412d)
  - a) nach § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG, soweit es sich um Berechtigte zur Ausübung eines freien Gewerbes handelt, die von den Trägern der Krankenversicherung und der **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** einvernehmlich bestimmt wurden, oder
  - b) und c) unverändert
3. unverändert.

**Versicherungsordnung auf Grund einer amtswegigen Sachverhaltsfeststellung (Neuzuordnung)**

**§ 412b.** (1) Stellt der Krankenversicherungsträger oder das Finanzamt bei der Prüfung nach § 41a dieses Bundesgesetzes oder nach § 86 EStG 1988 für eine im geprüften Zeitraum nach dem GSVG bzw. nach dem BSVG versicherte Person einen Sachverhalt fest, der zu weiteren Erhebungen über eine rückwirkende Feststellung der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz (Neuzuordnung) Anlass gibt, so hat der Krankenversicherungsträger oder das Finanzamt die **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** ohne unnötigen Aufschub von dieser Prüfung zu verständigen. Die Verständigung hat den Namen, die Versicherungsnummer sowie den geprüften Zeitraum und die Art der

**Geltende Fassung**

Versicherungsnummer sowie den geprüften Zeitraum und die Art der Tätigkeit zu enthalten.

(2) Erfolgt eine Verständigung nach Abs. 1, so sind die weiteren Ermittlungen vom Krankenversicherungsträger und von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bzw. der Sozialversicherungsanstalt der Bauern im Rahmen ihres jeweiligen Wirkungsbereiches durchzuführen.

**Bindungswirkung, Bescheidzustellung**

§ 412c. (1) Wird nach Abschluss der Prüfungen nach § 412b das Vorliegen einer Pflichtversicherung

1. unverändert
2. nach dem ASVG oder nach dem GSVG bzw. BSVG vom Krankenversicherungsträger und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bzw. der Sozialversicherungsanstalt der Bauern

bejaht, so sind die Krankenversicherungsträger, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bzw. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und das Finanzamt bei einer späteren Prüfung an diese Beurteilung gebunden (Bindungswirkung).

(2) Wird nach Abschluss der Prüfungen nach § 412b vom Krankenversicherungsträger das Vorliegen einer Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz bejaht, während die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bzw. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern vom Vorliegen einer Pflichtversicherung nach dem GSVG bzw. BSVG ausgeht, so hat der Krankenversicherungsträger die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz mit Bescheid festzustellen. Die Behörden sind an diese Beurteilung gebunden (Bindungswirkung), wenn der Bescheid des Krankenversicherungsträgers rechtskräftig wurde.

(3) Im Bescheid hat sich der Krankenversicherungsträger im Rahmen der rechtlichen Beurteilung mit dem abweichenden Vorbringen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bzw. der Sozialversicherungsanstalt der Bauern auseinander zu setzen.

(4) Bescheide des Krankenversicherungsträgers sind neben der versicherten Person und ihrem Dienstgeber auch der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bzw. der Sozialversicherungsanstalt der Bauern sowie

**Vorgeschlagene Fassung**

Tätigkeit zu enthalten.

(2) Erfolgt eine Verständigung nach Abs. 1, so sind die weiteren Ermittlungen vom Krankenversicherungsträger und von der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen im Rahmen ihres jeweiligen Wirkungsbereiches durchzuführen.

**Bindungswirkung, Bescheidzustellung**

§ 412c. (1) Wird nach Abschluss der Prüfungen nach § 412b das Vorliegen einer Pflichtversicherung

1. unverändert
2. nach dem ASVG oder nach dem GSVG bzw. BSVG vom Krankenversicherungsträger und der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

bejaht, so sind die Krankenversicherungsträger, die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und das Finanzamt bei einer späteren Prüfung an diese Beurteilung gebunden (Bindungswirkung).

(2) Wird nach Abschluss der Prüfungen nach § 412b vom Krankenversicherungsträger das Vorliegen einer Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz bejaht, während die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen vom Vorliegen einer Pflichtversicherung nach dem GSVG bzw. BSVG ausgeht, so hat der Krankenversicherungsträger die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz mit Bescheid festzustellen. Die Behörden sind an diese Beurteilung gebunden (Bindungswirkung), wenn der Bescheid des Krankenversicherungsträgers rechtskräftig wurde.

(3) Im Bescheid hat sich der Krankenversicherungsträger im Rahmen der rechtlichen Beurteilung mit dem abweichenden Vorbringen der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen auseinander zu setzen.

(4) Bescheide des Krankenversicherungsträgers sind neben der versicherten Person und ihrem Dienstgeber auch der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen sowie dem sachlich und örtlich zuständigen Finanzamt zuzustellen.

**Geltende Fassung**

dem sachlich und örtlich zuständigen Finanzamt zuzustellen.

(5) unverändert.

**Versicherungszuordnung auf Grund der Anmeldung zur  
Pflichtversicherung (Vorabprüfung)**

§ 412d. Auf die Versicherungszuordnung auf Grund der Anmeldung zur Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG (im Umfang nach § 412a Z 2) oder nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG bzw. nach § 2 Abs. 1 Z 1 letzter Satz BSVG in Verbindung mit Punkt 6 oder 7 der Anlage 2 zum BSVG sind die §§ 412b und 412c so anzuwenden, dass

1. die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bzw. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern den Krankenversicherungsträger, der bei Vorliegen einer Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz zuständig wäre, ohne unnötigen Aufschub von der Anmeldung zu verständigen hat;
2. die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bzw. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern die Ergebnisse in der Frage, ob eine Pflichtversicherung nach dem GSVG bzw. BSVG vorliegt, samt den zugrunde liegenden Unterlagen bei der Anmeldung dem Krankenversicherungsträger nach Z 1 zu übermitteln hat; dem Krankenversicherungsträger nach Z 1 sind sämtliche Erhebungsergebnisse zur Verfügung zu stellen;
3. unverändert.

**Entscheidungen über Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern (und  
dem Hauptverband)**

§ 413. (1) Über Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern in Verwaltungssachen, ausgenommen Streitigkeiten nach § 412 Abs. 1, sowie Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband und den Versicherungsträgern entscheidet der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, soweit es sich jedoch um Angelegenheiten der Kranken- und Unfallversicherung handelt, der Bundesminister für Gesundheit.

(2) In Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich beider Bundesminister fallen, entscheidet der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit.

(3) Durch die Einleitung eines Verfahrens nach Abs. 1 zur Entscheidung

**Vorgeschlagene Fassung**

(5) unverändert.

**Versicherungszuordnung auf Grund der Anmeldung zur  
Pflichtversicherung (Vorabprüfung)**

§ 412d. Auf die Versicherungszuordnung auf Grund der Anmeldung zur Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG (im Umfang nach § 412a Z 2) oder nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG bzw. nach § 2 Abs. 1 Z 1 letzter Satz BSVG in Verbindung mit Punkt 6 oder 7 der Anlage 2 zum BSVG sind die §§ 412b und 412c so anzuwenden, dass

1. die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen den Krankenversicherungsträger, der bei Vorliegen einer Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz zuständig wäre, ohne unnötigen Aufschub von der Anmeldung zu verständigen hat;
2. die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen die Ergebnisse in der Frage, ob eine Pflichtversicherung nach dem GSVG bzw. BSVG vorliegt, samt den zugrunde liegenden Unterlagen bei der Anmeldung dem Krankenversicherungsträger nach Z 1 zu übermitteln hat; dem Krankenversicherungsträger nach Z 1 sind sämtliche Erhebungsergebnisse zur Verfügung zu stellen;
3. unverändert.

**Entscheidungen über Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern (und  
dem Dachverband)**

§ 413. (1) Über Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern in Verwaltungssachen, ausgenommen Streitigkeiten nach § 412 Abs. 1, sowie Streitigkeiten zwischen dem Dachverband und den Versicherungsträgern entscheidet die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

(2) Durch die Einleitung eines Verfahrens nach Abs. 1 zur Entscheidung über Zahlungsverpflichtungen werden diese Verpflichtungen nicht gehemmt.

**Geltende Fassung**

über Zahlungsverpflichtungen werden diese Verpflichtungen nicht gehemmt.

**ACHTER TEIL**  
**Aufbau der Verwaltung**

**ABSCHNITT I****Haupt-, Landes- und Außenstellen**

§ 418. (1) Die Verwaltung der Versicherungsträger ist durch Hauptstellen, durch Landesstellen nach Maßgabe der Abs. 3, 5 und 6 und, soweit dies nach Abs. 4 vorgesehen ist, durch Außenstellen zu führen.

(2) Die Hauptstelle ist am Sitz des Versicherungsträgers zu errichten. Die Hauptstelle hat die Verwaltung des Versicherungsträgers zu führen, soweit nicht einzelne Aufgaben durch Gesetz den Landesstellen zugewiesen sind.

(3) Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat Landesstellen in Wien für die Länder Wien, Niederösterreich und Burgenland, in Linz für das Land Oberösterreich, in Salzburg für die Länder Salzburg, Tirol und Vorarlberg sowie in Graz für die Länder Steiermark und Kärnten zu errichten. Die Pensionsversicherungsanstalt hat in jedem Bundesland eine Landesstelle für das jeweilige Bundesland einzurichten.

(4) Die Versicherungsträger können, soweit eine im Verhältnis zu den Versicherten und den Dienstgebern örtlich nahe Verwaltung zweckmäßig ist, Außenstellen einrichten.

(5) Die Landesstellen haben folgende Aufgaben zu besorgen:

1. Entgegennahme von Leistungsanträgen;
2. Mitwirkung an der Durchführung der Rehabilitation im Rahmen der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung, Gewährung von

**Vorgeschlagene Fassung**

**ACHTER TEIL**  
**Aufbau der Verwaltung**

**ABSCHNITT I****Verwaltungsstellen der Versicherungsträger****Haupt-, Landes- und Außenstellen**

§ 418. (1) Die Verwaltung der Versicherungsträger ist durch Hauptstellen, durch Landesstellen nach Maßgabe der Abs. 3 und 4 und, soweit dies nach Abs. 5 vorgesehen ist, durch Außenstellen zu führen.

(2) Die Hauptstelle ist am Sitz des Versicherungsträgers zu errichten. Die Hauptstelle hat die Verwaltung des Versicherungsträgers zu führen, soweit nicht einzelne Aufgaben durch Gesetz den Landesstellen zugewiesen sind.

(3) Die Österreichische Gesundheitskasse und die Pensionsversicherungsanstalt haben in jedem Bundesland jeweils eine Landesstelle für das betreffende Bundesland einzurichten. Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat Landesstellen in Wien für die Länder Wien, Niederösterreich und Burgenland, in Linz für das Land Oberösterreich, in Salzburg für die Länder Salzburg, Tirol und Vorarlberg sowie in Graz für die Länder Steiermark und Kärnten zu errichten.

(4) Die Landesstellen nach Abs. 3 haben die Hauptstelle in Angelegenheiten des allgemeinen Versicherten- und Dienstgeber/innenservice zu unterstützen und die im § 434 Abs. 2 bis 4 genannten Aufgaben zu besorgen. Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Z 7 DSGVO ist hinsichtlich dieser Aufgaben stets die Hauptstelle des Versicherungsträgers.

(5) Die Versicherungsträger können, soweit eine im Verhältnis zu den Versicherten und den Dienstgeber/inne/n örtlich nahe Verwaltung zweckmäßig ist, Außenstellen einrichten.

**Geltende Fassung**

Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und ihre Durchführung; Mitwirkung an der Feststellung aller übrigen Leistungen und Vorlage der Leistungsanträge an den zur Entscheidung zuständigen Verwaltungskörper;

3. Standesführung und Kontrolle der im Sprengel der Landesstelle wohnenden Renten(Pensions)empfänger;
4. Bestellung von Bevollmächtigten zur Vertretung der Anstalt bei den für ihren Sprengel in Betracht kommenden Landesgerichten als Arbeits- und Sozialgerichte bzw. dem Arbeits- und Sozialgericht Wien, den Oberlandesgerichten und Landeshauptmännern sowie bei anderen Behörden für die in Betracht kommenden Länder;
5. Mitwirkung bei der Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften, bei der Überwachung derselben durch Besichtigung der Betriebe und bei der Vorsorge für erste Hilfeleistung bei Arbeitsunfällen.

(5a) Die Landesstellen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt haben darüber hinaus folgende Aufgaben zu besorgen:

1. vorläufige Veranlagung der Vermögensbestände aus den Beitragseingängen;
2. Mitwirkung bei der Durchführung der Personalangelegenheiten der Bediensteten der Landesstelle.

(6) Die örtliche Zuständigkeit der Landesstellen richtet sich

1. in der Unfallversicherung bei Versicherten, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, nach dem Beschäftigungsort (§ 30 Abs. 2), bei selbständig Erwerbstätigen nach dem Standort des Betriebes, in allen anderen Fällen nach dem Wohnsitz des (der) Versicherten;
2. in der Pensionsversicherung nach dem Wohnsitz des (der) Versicherten.

(7) Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Z 7 DSGVO ist hinsichtlich der im Abs. 5 genannten Aufgaben stets die Hauptstelle des Versicherungsträgers.

(8) Die den Landesstellen nach den am 31. Dezember 1993 in Geltung stehenden Satzungsbestimmungen übertragenen Aufgaben gelten ab 1. Jänner 1994 als durch den Vorstand gemäß § 434 Abs. 1 übertragene Obliegenheiten.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****ABSCHNITT II****Verwaltungskörper der Versicherungsträger****Arten der Verwaltungskörper**

§ 419. (1) Die Verwaltungskörper der Versicherungsträger sind

1. der Vorstand;
2. die Generalversammlung;
3. die Kontrollversammlung.

(2) Überdies sind Verwaltungskörper bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und der Pensionsversicherungsanstalt am Sitz der Landesstellen die Landesstellenausschüsse.

**Versicherungsvertreter**

§ 420. (1) Die Verwaltungskörper bestehen aus Vertretern der Dienstnehmer und Vertretern der Dienstgeber (Versicherungsvertreter). Bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt sind die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a pflichtversicherten selbständig Erwerbstätigen, auch wenn sie pflichtversicherte Dienstnehmer nicht beschäftigen, bei der Entsendung der Versicherungsvertreter den Dienstgebern gleichgestellt.

(2) Versicherungsvertreter/innen können Personen sein, die nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sind, am Tag der Berufung das 18. Lebensjahr vollendet und, sofern es sich nicht um Bedienstete von Gebietskörperschaften handelt, ihren Wohnort, Beschäftigungsort oder Betriebsitz im Sprengel des Versicherungsträgers haben. Sie müssen entweder seit mindestens sechs Monaten in Österreich als Dienstnehmer oder Unternehmer tätig sein oder

1. Bevollmächtigte von Dienstgebern oder
2. Vorstandsmitglieder oder Bedienstete öffentlich-rechtlicher Interessenvertretungen oder von Organisationen der Dienstnehmer bzw. Dienstgeber oder
3. Bedienstete von Gebietskörperschaften

sein.

**Vorgeschlagene Fassung****ABSCHNITT II****Verwaltungskörper der Versicherungsträger****Arten der Verwaltungskörper**

§ 419. (1) Die Verwaltungskörper der Versicherungsträger sind

1. der Verwaltungsrat,
2. die Hauptversammlung und
3. die Landesstellenausschüsse am Sitz der Landesstellen.

**Versicherungsvertreter/innen**

§ 420. (1) Die Verwaltungskörper bestehen aus Vertreter/inne/n der Dienstnehmer/innen und der Dienstgeber/innen (Versicherungsvertreter/innen).

(2) Versicherungsvertreter/innen können Personen sein, die nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sind, am Tag der Berufung das 18. Lebensjahr vollendet und, wenn es sich nicht um Bedienstete von Gebietskörperschaften handelt, ihren Wohnort, Beschäftigungsort oder Betriebsitz im Sprengel des Versicherungsträgers haben. Sie müssen entweder seit mindestens sechs Monaten in Österreich als Dienstnehmer/innen oder Unternehmer/innen tätig sein oder

1. Bevollmächtigte von Dienstgeber/inne/n oder
2. Vorstandsmitglieder oder Bedienstete öffentlich-rechtlicher Interessenvertretungen oder von Organisationen der Dienstnehmer/innen bzw. Dienstgeber/innen oder
3. Bedienstete von Gebietskörperschaften

sein.

**Geltende Fassung**

(3) Die Versicherungsvertreter müssen, soweit es sich nicht um Angehörige des im Abs. 2 Z 2 und 3 umschriebenen Personenkreises handelt, im Zeitpunkt ihrer Entsendung dem betreffenden Versicherungsträger beziehungsweise der betreffenden Landesstelle als pflichtversicherter Dienstnehmer oder Dienstgeber von solchen oder als freiwillig Versicherter angehören.

(4) Kein Mitglied eines Verwaltungskörpers darf in diesem mehr als eine Stimme führen.

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

**Vorgeschlagene Fassung**

(3) Die Versicherungsvertreter/innen müssen, soweit es sich nicht um Angehörige des im Abs. 2 Z 2 und 3 umschriebenen Personenkreises handelt, im Zeitpunkt ihrer Entsendung dem betreffenden Versicherungsträger bzw. der betreffenden Landesstelle als pflichtversicherte Dienstnehmer/innen oder Dienstgeber/innen von solchen oder als freiwillig Versicherte angehören.

(4) Jedes Mitglied eines Verwaltungskörpers führt in diesem eine Stimme. Das Mitglied kann jedoch auch zwei Stimmen führen, wenn es von einem anderen Mitglied schriftlich mit seiner Vertretung bei einer einzelnen Sitzung betraut worden ist. Das Recht den Vorsitz zu führen kann nicht übertragen werden. Das vertretene Mitglied ist bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit nicht mitzuzählen.

(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 § 30a Abs. 1 Z 31.
2. Die Obmänner/Obfrauen und ihre Stellvertreter/innen sowie die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse und ihre Stellvertreter/innen erhalten für ihre Tätigkeit eine Vergütung des Zeit- und Arbeitsaufwandes. Das Nähere hat die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz nach Anhörung des Dachverbandes 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 Vergütung 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 der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz nach Anhörung des Dachverbandes festzusetzen ist.

**Geltende Fassung**

Gesundheit und Frauen festzusetzen ist.

§ 107 Abs. 4 ist anzuwenden.

(6) Bedienstete eines Versicherungsträgers und des Hauptverbandes sowie Personen, die auf Grund 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.

**Vorgeschlagene Fassung**

§ 107 Abs. 4 ist anzuwenden.

(6) Von der Entsendung in das Amt eines Versicherungsvertreters/einer Versicherungsvertreterin sind ausgeschlossen:

1. Mitglieder des Europäischen Parlaments des Nationalrates, des Bundesrates, der Landtage, der Bundesregierung und der Landesregierungen;
2. Bedienstete eines Versicherungsträgers und des Dachverbandes;
3. Personen, die auf Grund einer von ihnen ausgeübten Erwerbstätigkeit mit einem Versicherungsträger oder dem Dachverband in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen;
4. Personen, über deren Vermögen ein Insolvenzverfahren eröffnet ist;
5. Personen, deren fachliche Eignung nicht durch den Besuch einer regelmäßig vom Dachverband durchzuführenden Informationsveranstaltung für angehende Versicherungsvertreter/innen samt erfolgreich absolviertem Eignungstest nachgewiesen ist. Jedenfalls als fachlich geeignet gelten Personen mit abgeschlossenem Hochschulstudium der Rechts- oder Wirtschaftswissenschaften sowie Personen, die eine allgemeine Fachausbildung der Sozialversicherungsträger erfolgreich absolviert haben oder mindestens fünf Jahre als Geschäftsführer/innen einer juristischen Person tätig waren.

(7) Den Eignungstest nach Abs. 6 Z 5 hat eine Prüfungskommission durchzuführen, die beim Dachverband einzurichten ist. Die Mitglieder dieser Kommission sind von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen für die Dauer von fünf Jahren zu bestellen.

(8) Die Prüfungskommission nach Abs. 7 besteht aus drei Mitgliedern. Als Prüfer/innen für die Gegenstände „Organisationsrecht der Sozialversicherung“, „Strukturen der Selbstverwaltung und Aufsichtsrecht“, „Rechte und Pflichten der Versicherungsvertreter/innen“ und „Leistungsrecht der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung“ sowie „Melde-, Versicherungs- und Beitragswesen“ sind

**Geltende Fassung****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. Hierbei 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/innen der Dienstnehmer/innengruppe vom Österreichischen Gewerkschaftsbund, und zwar von der in Betracht kommenden Gewerkschaft zu entsenden. Die Versicherungsvertreter/innen der DienstgeberInnengruppe sind in einem solchen Fall

**Vorgeschlagene Fassung**

fachkundige Bedienstete des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zu bestellen. Als Prüfer/innen für die Gegenstände „Melde-, Versicherungs- und Beitragswesen“ sowie „Finanzierungsströme der öffentlichen Hand“ und „Grundzüge der Buchhaltung und Bilanzierung sowie volks- und betriebswirtschaftliche Grundlagen“ sind fachkundige Bedienstete des Bundesministeriums für Finanzen zu bestellen. Näheres über die Organisation der Prüfungskommission sowie über die Gestaltung des Lehrplanes und die Anrechenbarkeit gleichwertiger Ausbildungsteile oder beruflich erworbener Qualifikationen ist durch Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen festzusetzen.

**Bestellung der Versicherungsvertreter/innen**

§ 421. (1) Die Versicherungsvertreter/innen sind von den geschäftsführenden Organen der örtlich und sachlich zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer/innen und der Dienstgeber/innen unter Bedachtnahme auf ihre fachliche Eignung (§ 420 Abs. 6 Z 5) und auf die einzelnen von den entsendeberechtigten Stellen jeweils zu vertretenden Berufsgruppen in die Verwaltungskörper der Versicherungsträger zu entsenden. Dabei ist die Geschlechterparität durch ein ausgewogenes Verhältnis an Versicherungsvertreterinnen und Versicherungsvertretern in den Verwaltungskörpern zu beachten.

**Geltende Fassung**

1. bei der Pensionsversicherungsanstalt und den Pensionsinstituten vom Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz,
2. bei den Trägern der Krankenversicherung vom Bundesminister für Gesundheit,
3. bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt vom Bundesminister für Gesundheit auf Vorschlag der Wirtschaftskammer Österreich und
4. bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau vom Bundesminister für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

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

(1a) Auf die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ist Abs. 1 so anzuwenden, dass die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstnehmer von der Bundesarbeitskammer unter Berücksichtigung der jeweiligen Betriebsratswahl(Personalvertretungswahl)ergebnisse zu entsenden sind. Für die Entsendung der Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber hat die Wirtschaftskammer Österreich das Ergebnis der Kammerwahlen der zuständigen Fachverbände zu berücksichtigen.

(1b) Auf die Betriebskrankenkassen ist Abs. 1 so anzuwenden, dass die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber von der Wirtschaftskammer Österreich, diejenigen aus der Gruppe der Dienstnehmer - unter Berücksichtigung der jeweiligen Betriebsratswahlergebnisse - von der Bundesarbeitskammer zu entsenden sind.

(2) Kommen mehrere entsendeberechtigte Stellen in der Gruppe der Dienstgeber/innen oder der Dienstnehmer/innen in Betracht, so hat die jeweilige Aufsichtsbehörde (§ 448) die auf die einzelnen Stellen entfallende Zahl von Versicherungsvertretern und -vertreterinnen unter Bedachtnahme auf die Zahl der pflichtversicherten Dienstnehmer und Dienstnehmerinnen in den den einzelnen Stellen zugehörigen Gruppen von Dienstnehmern/Dienstnehmerinnen oder Dienstgebern/Dienstgeberinnen festzusetzen. Die Zahl der pflichtversicherten Dienstnehmer ist auf Grund einer im Monat Juli des der Neubestellung der Verwaltungskörper zweitvorangegangenen Kalenderjahres durchzuführenden Stichtagserhebung zu ermitteln. Hiebei ist bei Versicherungsträgern, in deren Vollzugszuständigkeit mehrere Versicherungszweige fallen, von jenem

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Die Interessenvertretungen nach Abs. 1 haben die Entsendung nach dem Mandatsergebnis der Wahl zu ihrem jeweiligen satzunggebenden Organ (z. B. Vollversammlung, Hauptversammlung) auf Vorschlag der jeweils wahlwerbenden Gruppe nach dem System d'Hondt unter sinngemäßer Anwendung von Abs. 5 viert- und drittletzter 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/innen nach dem Mandatsergebnis der Wahlen zu den Fachorganisationen (Fachvertretungen) zu

**Geltende Fassung**

Versicherungszweig auszugehen, der die größte Anzahl von pflichtversicherten Dienstnehmern aufweist. Die Berechnung der auf die einzelnen Stellen entfallenden Zahl von Versicherungsvertretern hat unter Berücksichtigung des § 427 Abs. 2 nach dem System d'Hondt zu erfolgen. Die Wahlzahl ist ungerundet zu errechnen. Haben nach dieser Berechnung mehrere Stellen den gleichen Anspruch auf einen Versicherungsvertreter, so entscheidet das Los. Die Aufteilung gilt jeweils für die betreffende Amtsdauer.

(3) Die jeweilige Aufsichtsbehörde hat die in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen und Gewerkschaften aufzufordern, die Vertreter/innen innerhalb einer angemessenen Frist, die mindestens einen Monat zu betragen hat, zu entsenden. Verstreicht diese Frist ungenützt, so hat die jeweilige Aufsichtsbehörde selbst die Versicherungsvertreter/innen zu bestellen. Im Fall der Säumigkeit einer öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung hat die jeweilige Aufsichtsbehörde dabei nach dem System d'Hondt unter Zugrundelegung des Mandatsergebnisses der Wahl zum satzungsgebenden Organ dieser Interessenvertretung unter sinngemäßer Anwendung des Abs. 2 dritt- und vorletzter Satz vorzugehen, ohne an einen Vorschlag gebunden zu sein; Abs. 1 dritter Satz letzter Halbsatz ist anzuwenden.

(4) Bei Versicherungsträgern, deren Sprengel sich über mehr als ein Land erstreckt, gelten die Abs. 2 und 3 mit der Maßgabe, dass

1. in Fällen, in denen der Wirkungsbereich der örtlich und sachlich zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung der Dienstnehmer/innen sich nicht über mehr als ein Land erstreckt und eine für das gesamte Bundesgebiet zuständige öffentlich-rechtliche Interessenvertretung nicht besteht, der Berechnung der auf diese Gruppe von Dienstnehmern/Dienstnehmerinnen entfallenden Zahl von Versicherungsvertretern und -vertreterinnen die Gesamtzahl der im Bundesgebiet in Betracht kommenden Dienstnehmer/innen zugrunde zu legen ist und
2. im Fall der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau der Bundesminister für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz vorzugehen hat.

**Vorgeschlagene Fassung**

erfolgen. Bei der Entsendung von Versicherungsvertreter/innen in die Landesstellenausschüsse der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und der Pensionsversicherungsanstalt ist das jeweilige Wahlergebnis auf Landesebene zu berücksichtigen. Die Entsendung von Versicherungsvertreter/innen in die Landesstellenausschüsse der Österreichischen Gesundheitskasse erfolgt von den Interessenvertretungen nach Abs. 1 auf Vorschlag der jeweiligen Interessenvertretungen auf Landesebene, die bei der Erstattung ihres Vorschlages das jeweilige Wahlergebnis auf Landesebene zu berücksichtigen haben.

(3) Bestehen keine Interessenvertretungen nach Abs. 1, so sind die Versicherungsvertreter/innen der Dienstnehmer/innen/gruppe vom Österreichischen Gewerkschaftsbund, und zwar von der in Betracht kommenden Gewerkschaft, zu entsenden. Die Versicherungsvertreter/innen der Dienstgeber/innen/gruppe sind in einem solchen Fall von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt auf Vorschlag der Wirtschaftskammer Österreich, zu entsenden.

(4) Unzulässig ist die gleichzeitige Entsendung ein und derselben Person als Versicherungsvertreter/in

1. sowohl in den Verwaltungsrat als auch in einen Landesstellenausschuss desselben Versicherungsträgers;
2. sowohl in einen Landesstellenausschuss als auch in die Hauptversammlung als weitere/n Versicherungsvertreter/in nach § 426 Abs. 2 Z 5 desselben Versicherungsträgers;
3. in die Verwaltungskörper mehrerer Versicherungsträger.

**Geltende Fassung**

In den Fällen der Z 1 sind die Versicherungsvertreter/innen von jener Interessenvertretung zu entsenden, die für sich allein die größte Zahl von Dienstnehmern und Dienstnehmerinnen vertritt. Diese hat hiebei das Einvernehmen mit den übrigen für diese Gruppe von Dienstnehmern und Dienstnehmerinnen in Betracht kommenden Interessenvertretungen herzustellen.

(5) Vor Aufteilung der Zahl der Versicherungsvertreter/innen im Sinne des Abs. 2 ist den in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen und Gewerkschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(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

**Vorgeschlagene Fassung**

(5) Kommen mehrere entsendeberechtigte Stellen in der Gruppe der Dienstgeber/innen oder in der Gruppe der Dienstnehmer/innen in Betracht, so hat die Aufsichtsbehörde (§ 448) die auf die einzelnen Stellen entfallende Zahl von Versicherungsvertreter/inne/n unter Bedachtnahme auf die Zahl der pflichtversicherten Dienstnehmer/innen in den den einzelnen Stellen zugehörigen Gruppen von Dienstnehmer/inne/n oder Dienstgeber/inne/n festzusetzen. Die Zahl der pflichtversicherten Dienstnehmer/innen ist auf Grund einer Stichtagserhebung zum 1. Juli jenes Kalenderjahres zu ermitteln, das der Neubestellung der Verwaltungskörper zweitvorangeht. Die Berechnung der auf die einzelnen Stellen entfallenden Zahl von Versicherungsvertreter/inne/n hat nach dem System d'Hondt zu erfolgen. Die Wahlzahl ist ungerundet zu errechnen. Haben nach dieser Berechnung mehrere Stellen den gleichen Anspruch auf einen Versicherungsvertreter/eine Versicherungsvertreterin, so entscheidet das Los. Die Aufteilung gilt jeweils für die betreffende Amtsdauer. Vor der Aufteilung der Zahl der Versicherungsvertreter/innen ist den in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen und Gewerkschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(6) Die Aufsichtsbehörde hat die in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen und Gewerkschaften aufzufordern, die Vertreter/innen innerhalb einer angemessenen Frist, die mindestens einen Monat zu betragen hat, zu entsenden. Verstreicht diese Frist ungenützt, so hat die Aufsichtsbehörde selbst die Versicherungsvertreter/innen zu bestellen. Im Fall der Säumigkeit einer öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung hat die Aufsichtsbehörde dabei nach dem System d'Hondt unter Zugrundelegung des Mandatsergebnisses der Wahl zum satzungsgebenden Organ dieser Interessenvertretung unter sinngemäßer Anwendung des Abs. 5 viert- und drittletzter Satz vorzugehen, ohne an einen Vorschlag gebunden zu sein; Abs. 2 erster Satz letzter Halbsatz ist anzuwenden.

(7) In den Fällen der Abs. 5 und 6, in denen der Wirkungsbereich der örtlich und sachlich zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung der Dienstnehmer/innen sich nicht über mehr als ein Land erstreckt und eine für das

**Geltende Fassung**

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) Scheidet ein Mitglied oder ein Stellvertreter dauernd aus, so hat die Stelle, die den Ausgeschiedenen bestellt hat, für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied (einen neuen Stellvertreter) zu bestellen. Bis zur Bestellung des neuen Mitgliedes gilt Abs. 7 zweiter Satz. Ist die Bestellung des neuen Mitgliedes (Stellvertreters) durch eine Enthebung des ausgeschiedenen Mitgliedes (Stellvertreters) von seinem Amt (§ 423) erforderlich geworden und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen der Bestellung des neuen Mitgliedes (Stellvertreters).

**Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung**

§ 422. (1) Das Amt eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Bestellung (§ 421) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 425 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.

**Enthebung von Versicherungsvertretern (Stellvertretern)**

§ 423. (1) Ein Versicherungsvertreter (Stellvertreter) ist seines Amtes zu entheben:

1. wenn Tatsachen bekannt werden, die seine Bestellung ausschließen würden;

**Vorgeschlagene Fassung**

gesamte Bundesgebiet zuständige öffentlich-rechtliche Interessenvertretung nicht besteht, ist der Berechnung der auf diese Gruppe von Dienstnehmer/inne/n entfallenden Zahl von Versicherungsvertreter/inne/n die Gesamtzahl der im Bundesgebiet in Betracht kommenden Dienstnehmer/innen zugrunde zu legen. Es sind sodann die Versicherungsvertreter/innen von jener Interessenvertretung zu entsenden, die für sich allein die größte Zahl von Dienstnehmer/inne/n vertritt. Diese hat dabei das Einvernehmen mit den übrigen für diese Gruppe von Dienstnehmer/inne/n in Betracht kommenden Interessenvertretungen herzustellen.

(8) Scheidet ein Versicherungsvertreter/eine Versicherungsvertreterin dauernd aus, so hat die Stelle, die die ausgeschiedene Person bestellt hat, für den Rest der Amtsdauer einen neuen Versicherungsvertreter/eine neue Versicherungsvertreterin zu bestellen. Ist die Neubestellung durch eine Enthebung (§ 423) erforderlich geworden und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen der Neubestellung.

**Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung**

§ 422. (1) Das Amt eines Versicherungsvertreters/einer Versicherungsvertreterin darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter/die Versicherungsvertreterin hat von der Annahme seiner/ihrer Bestellung (§ 421) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 425 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines/ihrer Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er/sie bestellt ist, berechtigt.

**Enthebung von Versicherungsvertreter/inne/n**

§ 423. (1) Ein Versicherungsvertreter/eine Versicherungsvertreterin ist seines/ihrer Amtes zu entheben:

1. wenn Tatsachen bekannt werden, die seine/ihre Bestellung ausschließen würden;

**Geltende Fassung**

2. wenn der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) seine Pflichten verletzt;
3. a) wenn er als Vertreter der Dienstnehmer entsendet worden ist, aber seit mehr als drei Monaten dem betreffenden Versicherungsträger nicht mehr als pflichtversicherter Dienstnehmer angehört, oder
  - b) wenn er als Vertreter der Dienstgeber entsendet worden ist, aber seit mehr als drei Monaten nicht mehr Dienstgeber eines bei dem betreffenden Versicherungsträger pflichtversicherten Dienstnehmers ist,
- in beiden Fällen jedoch nur, wenn er nicht zu jenen Personen zählt, die im § 420 Abs. 2 Z 1 bis 3 angeführt sind;
4. wenn ein wichtiger persönlicher Grund zur Enthebung vorliegt und der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) seine Enthebung unter Berufung darauf beantragt;
5. wenn einer der im § 420 Abs. 6 genannten Ausschließungsgründe nach der Entsendung eingetreten ist.

Vor der Enthebung des Versicherungsvertreters (Stellvertreters) gemäß Z 4 oder 5 ist die zur Entsendung berufene Stelle anzuhören.

(2) Die Enthebung der Obmänner, der Vorsitzenden der Kontrollversammlungen und der Landesstellenausschüsse sowie deren Stellvertreter steht der Aufsichtsbehörde, die der sonstigen Mitglieder (Stellvertreter) der Kontrollversammlungen dem Vorsitzenden dieser Versammlung, die der sonstigen Versicherungsvertreter (Stellvertreter) dem Obmann zu.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann Versicherungsvertreter (Stellvertreter) auf begründeten Antrag der zur Entsendung berufenen Stelle ihres Amtes entheben.

(4) Vor der Enthebung eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) nach Abs. 1 Z 1 bis 3, Abs. 2 und 3 ist diesem Gelegenheit zur Äußerung zu geben und gleichzeitig die entsendeberechtigte Stelle (§ 421) zu verständigen. Dem vom Obmann oder vom Vorsitzenden der Kontrollversammlung Enthobenen steht das Recht der Beschwerde zu. Sie ist binnen zwei Wochen nach Zustellung des Beschlusses über die Enthebung bei der Aufsichtsbehörde einzubringen. Diese entscheidet endgültig.

**Vorgeschlagene Fassung**

2. wenn der Versicherungsvertreter/die Versicherungsvertreterin seine/ihre Pflichten verletzt;
3. a) wenn er/sie als Vertreter/in der Dienstnehmer/innen entsendet worden ist, aber seit mehr als drei Monaten dem betreffenden Versicherungsträger nicht mehr als pflichtversicherter Dienstnehmer/pflichtversicherte Dienstnehmerin angehört, oder
  - b) wenn er/sie als Vertreter/in der Dienstgeber/innen entsendet worden ist, aber seit mehr als drei Monaten nicht mehr Dienstgeber/in eines/einer bei dem betreffenden Versicherungsträger pflichtversicherten Dienstnehmers/Dienstnehmerin ist,
- in beiden Fällen jedoch nur, wenn er/sie nicht zu jenen Personen zählt, die im § 420 Abs. 2 Z 1 bis 3 angeführt sind;
4. wenn ein wichtiger persönlicher Grund zur Enthebung vorliegt und der Versicherungsvertreter/die Versicherungsvertreterin seine/ihre Enthebung unter Berufung darauf beantragt;
5. wenn einer der im § 420 Abs. 6 genannten Ausschließungsgründe nach der Entsendung eingetreten ist.

Vor der Enthebung des Versicherungsvertreters/der Versicherungsvertreterin nach Z 4 oder 5 ist die zur Entsendung berufene Stelle anzuhören.

(2) Die Enthebung der Obmänner/Obfrauen und ihrer Stellvertreter/innen sowie der Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse und ihrer Stellvertreter/innen steht der Aufsichtsbehörde, die der sonstigen Versicherungsvertreter/innen dem Obmann/der Obfrau bzw. dem/der Vorsitzenden des jeweiligen Landesstellenausschusses zu.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann Versicherungsvertreter/innen auf begründeten Antrag der zur Entsendung berufenen Stelle ihres Amtes entheben.

(4) Vor der Enthebung eines Versicherungsvertreters/einer Versicherungsvertreterin nach Abs. 1 Z 1 bis 3 sowie Abs. 2 und 3 ist diesem/dieser Gelegenheit zur Äußerung zu geben und gleichzeitig die entsendeberechtigte Stelle (§ 421) zu verständigen. Der vom Obmann/der Obfrau oder vom/von der Vorsitzenden des Landesstellenausschusses enthobenen Person steht das Recht der Beschwerde zu. Sie ist binnen zwei Wochen nach Zustellung des Beschlusses über die Enthebung bei der Aufsichtsbehörde einzubringen.

**Geltende Fassung**

(5) Die Aufsichtsbehörde hat dem Antrag einer entsendeberechtigten Stelle (§ 421) auf Enthebung der von dieser entsendeten Versicherungsvertreter (Stellvertreter) zu entsprechen, wenn der Antrag aus dem Grunde der Neuwahl in die betreffende Interessenvertretung innerhalb von sechs Monaten nach der Neuwahl gestellt wird. In diesem Fall entfällt die Anhörung der zu enthebenden Versicherungsvertreter (Stellvertreter). Die Bestimmungen des ersten und zweiten Satzes gelten in gleicher Weise für den Antrag der Wirtschaftskammer Österreich auf Enthebung der auf ihren Vorschlag von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen entsendeten Versicherungsvertreter (Stellvertreter) bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt.

(6) Ist das Mitglied eines Verwaltungskörpers gleichzeitig auch Mitglied eines anderen Verwaltungskörpers bei ein und demselben Versicherungsträger (§ 427 Abs. 2), so erstreckt sich die Enthebung auch auf das Amt in anderen Verwaltungskörpern.

(7) Von einer Enthebung ist die Aufsichtsbehörde in Kenntnis zu setzen, die die entsendeberechtigte Stelle zur Entsendung eines neuen Versicherungsvertreter (Stellvertreter) aufzufordern hat.

(8) Der Beschwerde gegen die Enthebung eines Versicherungsvertreter (Stellvertreter) von seinem Amt kommt keine aufschiebende Wirkung zu. Eine Aufhebung der Entscheidung über die Enthebung eines Versicherungsvertreter (Stellvertreter) wirkt nicht zurück.

**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

**Vorgeschlagene Fassung**

Diese entscheidet endgültig.

(5) Die Aufsichtsbehörde hat dem Antrag einer entsendeberechtigten Stelle (§ 421) auf Enthebung der von dieser entsendeten Versicherungsvertreter/innen zu entsprechen, wenn der Antrag wegen der Neuwahl in die betreffende Interessenvertretung innerhalb von sechs Monaten nach der Neuwahl gestellt wird. In diesem Fall entfällt die Anhörung der zu enthebenden Versicherungsvertreter/innen.

(6) Ist das Mitglied eines Verwaltungskörpers gleichzeitig auch Mitglied eines anderen Verwaltungskörpers bei ein und demselben Versicherungsträger (§ 426 Abs. 2), so erstreckt sich die Enthebung auch auf das Amt in anderen Verwaltungskörpern.

(7) Von einer Enthebung ist die Aufsichtsbehörde in Kenntnis zu setzen, die die entsendeberechtigte Stelle zur Entsendung eines neuen Versicherungsvertreter/einer neuen Versicherungsvertreterin aufzufordern hat.

(8) Der Beschwerde gegen die Enthebung eines Versicherungsvertreter/einer Versicherungsvertreterin von seinem/i ihrem Amt kommt keine aufschiebende Wirkung zu. Die Aufhebung der Entscheidung über die Enthebung eines Versicherungsvertreter/einer Versicherungsvertreterin wirkt nicht zurück.

**Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter/innen**

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

**Geltende Fassung**

Hauptverbandes) geltend machen.

**Amtsdauer**

§ 425. Die Amtsdauer der Verwaltungskörper währt jeweils fünf Jahre. Nach Ablauf der Amtsdauer hat der alte Verwaltungskörper die Geschäfte solange weiterzuführen, bis der neue Verwaltungskörper zusammentritt. Die Zeit der Weiterführung der Geschäfte durch den alten Verwaltungskörper zählt auf die fünfjährige Amtsdauer des neuen Verwaltungskörpers.

**Zusammensetzung der Verwaltungskörper**

§ 426. (1) Die Generalversammlung, der Vorstand und die Landesstellenausschüsse der Versicherungsträger werden wie folgt zusammengesetzt:

1. bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt je zur Hälfte aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber;
2. bei der Pensionsversicherungsanstalt und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu zwei Dritteln aus Vertretern der Dienstnehmer und zu einem Drittel aus Vertretern der Dienstgeber;
3. bei den Gebiets- und Betriebskrankenkassen zu vier Fünfteln aus Vertretern der Dienstnehmer und zu einem Fünftel aus Vertretern der Dienstgeber.

(2) Die Kontrollversammlung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt wird im gleichen Verhältnis, die Kontrollversammlungen der übrigen im Abs. 1 genannten Versicherungsträger im umgekehrten Verhältnis wie die im Abs. 1 bezeichneten Verwaltungskörper aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber zusammengesetzt.

**Vorgeschlagene Fassung****Amtsdauer**

§ 425. Die Amtsdauer der Verwaltungskörper währt jeweils fünf Jahre. Nach Ablauf der Amtsdauer hat der alte Verwaltungskörper die Geschäfte so lange weiterzuführen, bis der neue Verwaltungskörper zusammentritt. Die Zeit der Weiterführung der Geschäfte durch den alten Verwaltungskörper zählt auf die fünfjährige Amtsdauer des neuen Verwaltungskörpers.

**Zusammensetzung der Verwaltungskörper**

§ 426. (1) Der Verwaltungsrat und die Landesstellenausschüsse bei der Österreichischen Gesundheitskasse, bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und bei der Pensionsversicherungsanstalt setzt sich je zur Hälfte aus Vertreter/inne/n der Dienstnehmer/innen und Vertreter/inne/n der Dienstgeber/innen zusammen.

(2) Die Hauptversammlung bei der Österreichischen Gesundheitskasse, bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und bei der Pensionsversicherungsanstalt setzt sich zusammen aus

1. zwölf Versicherungsvertreter/innen aus der Gruppe der Dienstnehmer/innen und zwölf Versicherungsvertreter/innen aus der Gruppe der Dienstgeber/innen, wobei die ersten sechs Mitglieder der jeweiligen Gruppe die Mitglieder des jeweiligen Verwaltungsrates sind,
2. den Vorsitzenden der jeweiligen Landesstellenausschüsse samt ihren Stellvertreter/inne/n,
3. jeweils drei Senior/inn/envertreter/inne/n, die vom Bundesseniorenbeirat zu entsenden sind,

**Geltende Fassung****Generalversammlung**

§ 427. (1) Die Zahl der Versicherungsvertreter in der Generalversammlung beträgt:

1. bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt ..... 60;
2. bei der Pensionsversicherungsanstalt ..... 120;
3. bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ..... 60;
4. bei den Gebietskrankenkassen ..... je 30;
5. bei den Betriebskrankenkassen ..... je 10.

(2) Die Mitglieder des Vorstandes und der Landesstellenausschüsse gehören gleichzeitig der Generalversammlung an. Ihre Zahl ist auf die Zahl der Versicherungsvertreter in der Generalversammlung in der Gruppe anzurechnen, der sie im Vorstand und in den Landesstellenausschüssen angehören.

**Vorstand**

§ 428. Die Zahl der Versicherungsvertreter im Vorstand beträgt:

1. bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt ..... 14;
2. bei der Pensionsversicherungsanstalt ..... 15;
3. bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ..... 15;
4. bei den Gebietskrankenkassen für die Länder
  - a) Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und Steiermark ..... je 15;
  - b) Salzburg, Tirol, Vorarlberg, Burgenland und Kärnten ..... je 10;
5. bei den Betriebskrankenkassen ..... je 5.

**Landesstellenausschüsse**

§ 430. Die Zahl der Versicherungsvertreter in jedem Landesstellenausschuß beträgt:

1. bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt ..... 6;
2. bei der Pensionsversicherungsanstalt ..... 6.

**Vorsitz in den Verwaltungskörpern**

§ 431. (1) Den Vorsitz im Vorstand und in der Generalversammlung hat der

**Vorgeschlagene Fassung**

4. jeweils drei Behindertenvertreter/inne/n, von denen je einer/eine vom ÖZIV Bundesverband, vom Österreichischen Behindertenrat und vom Kriegsopfer- und Behindertenverband Österreich zu entsenden ist.

**Verwaltungsrat**

§ 427. Die Zahl der Versicherungsvertreter/innen im Verwaltungsrat beträgt

1. bei der Österreichischen Gesundheitskasse ..... 12;
2. bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt ..... 12;
3. bei der Pensionsversicherungsanstalt ..... 12.

**Hauptversammlung**

§ 428. Die Zahl der Versicherungsvertreter/innen in der Hauptversammlung beträgt:

1. bei der Österreichischen Gesundheitskasse ..... 42;
2. bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt ..... 32;
3. bei der Pensionsversicherungsanstalt ..... 42.

**Landesstellenausschüsse**

§ 429. Die Zahl der Versicherungsvertreter/innen in jedem Landesstellenausschuß beträgt:

1. bei der Österreichischen Gesundheitskasse ..... 10;
2. bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt ..... 6;
3. bei der Pensionsversicherungsanstalt ..... 6.

**Vorsitz in den Verwaltungskörpern**

§ 430. (1) Den Vorsitz im Verwaltungsrat führt der/die vom Verwaltungsrat

**Geltende Fassung**

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) Im Anschluß an die Wahl des Obmannes sind für diesen aus der Mitte des Vorstandes zwei Stellvertreter zu wählen, und zwar in getrennten Wahlgängen der Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstnehmer und der Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber. Hiebei ist der erste Obmann-Stellvertreter jener Gruppe zu entnehmen, welcher der Obmann nicht angehört, während der zweite Obmann-Stellvertreter jedenfalls ein Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstnehmer zu sein hat.

(3) Den Vorsitzenden der Kontrollversammlung hat die Versammlung aus ihrer Mitte zu wählen. Im Anschluß daran ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen. Er ist jener Gruppe zu entnehmen, welcher der Vorsitzende nicht angehört.

**Vorgeschlagene Fassung**

gewählte Obmann/Obfrau. Den Vorsitz in der Hauptversammlung führt der/die von der Hauptversammlung gewählte Vorsitzende.

(2) Der Verwaltungsrat der Österreichischen Gesundheitskasse sowie der Pensionsversicherungsanstalt hat aus seiner Mitte zu Beginn jeder Amtsperiode auf Vorschlag der Gruppe der Dienstnehmer/innen und auf Vorschlag der Gruppe der Dienstgeber/innen je einen Obmann/eine Obfrau aus der Dienstnehmer/innen- und aus der Dienstgeber/innengruppe zu wählen. Diese führen abwechselnd jeweils für die Dauer von sechs Monaten den Vorsitz. Für die Wahl ist jeweils die einfache Mehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die einfache Mehrheit der Gruppe erforderlich, der die zu wählende Person angehört. Bei Stimmgleichheit entscheidet die einfache Mehrheit in der Gruppe jener Versicherungsvertreter/innen, der die zu wählende Person angehört. Der/Die den Vorsitz nach Abs. 2 nicht führende Obmann/Obfrau ist Stellvertreter/in des/der den Vorsitz führenden Obmannes/Obfrau.

(3) Der Verwaltungsrat der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt hat für seine Amtsdauer aus seiner Mitte einen Obmann/eine Obfrau zu wählen. Er/Sie muss der Gruppe der Dienstgeber/innen angehören. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit sowohl aller Mitglieder des Verwaltungsrates als auch der Gruppe der Dienstgeber/innen erforderlich. Bei Stimmgleichheit entscheidet die einfache Mehrheit in der Gruppe der Dienstgeber/innen. Im Anschluss an die Wahl des Obmannes/der Obfrau ist für diesen/diese aus der Mitte des Verwaltungsrates auf dieselbe Weise ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin aus der Gruppe der Dienstnehmer/innen zu wählen.

(3a) Die Hauptversammlung der Österreichischen Gesundheitskasse sowie der Pensionsversicherungsanstalt hat aus ihrer Mitte zu Beginn jeder Amtsperiode auf Vorschlag der Gruppe der Dienstnehmer/innen und auf Vorschlag der Gruppe der Dienstgeber/innen je eine/n Vorsitzende/n aus der Dienstnehmer/innen- und aus der Dienstgeber/innengruppe zu wählen. Diese führen abwechselnd jeweils für die Dauer von sechs Monaten den Vorsitz, beginnend mit jenem/jener

**Geltende Fassung**

(4) Den Vorsitzenden des Landesstellenausschusses hat dieser Ausschuß aus seiner Mitte zu wählen. Im Anschluß daran ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen. Abs. 3 letzter Satz ist anzuwenden.

(5) Die gewählten Obmänner und die sonstigen Vorsitzenden von Verwaltungskörpern sowie ihre Stellvertreter sind, wenn sie die Annahme der Wahl dem zur Wahl berufenen Verwaltungskörper ausdrücklich erklärt haben,

**Vorgeschlagene Fassung**

Vorsitzenden, der/die nicht der Gruppe angehört, der der/die den Vorsitz führende Obmann/Obfrau des Verwaltungsrates angehört. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit der Mitglieder der Hauptversammlung erforderlich. Bei Stimmgleichheit entscheidet die einfache Mehrheit in der Gruppe jener Versicherungsvertreter/innen, der die zu wählende Person angehört. Die den Vorsitz nicht führende Person ist Stellvertreter/in der den Vorsitz führenden Person. Die Vorsitzenden dürfen weder dem Verwaltungsrat noch einem Landesstellenausschuss angehören. Darüber hinaus dürfen sie nicht derselben wahlwerbenden Gruppe angehören, der der Obmann/die Obfrau des Verwaltungsrates zuzurechnen ist.

(3b) Die Hauptversammlung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt hat für ihre Amtsdauer aus ihrer Mitte eine/n Vorsitzende/n zu wählen. Er/Sie muss der Gruppe der Dienstgeber/innen angehören. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit aller Mitglieder der Hauptversammlung erforderlich. Bei Stimmgleichheit entscheidet die einfache Mehrheit in der Gruppe der Dienstgeber/innen. Im Anschluss an die Wahl des/der Vorsitzenden ist für diese/n aus der Mitte der Hauptversammlung ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin aus der Gruppe der Dienstnehmer/innen zu wählen. Der/Die Vorsitzende sowie sein/seine/ihr/ihre Stellvertreter/in dürfen weder dem Verwaltungsrat noch einem Landesstellenausschuss angehören. Darüber hinaus dürfen diese Personen nicht derselben wahlwerbenden Gruppe angehören, der der Obmann/die Obfrau des Verwaltungsrates bzw. sein/seine/ihr/ihre Stellvertreter/in zuzurechnen ist.

(4) Die Landesstellenausschüsse der Österreichischen Gesundheitskasse sowie der Pensionsversicherungsanstalt haben aus ihrer Mitte zu Beginn jeder Amtsperiode auf Vorschlag der Gruppe der Dienstnehmer/innen und auf Vorschlag der Gruppe der Dienstgeber/innen je einen Vorsitzenden/eine Vorsitzende aus der Dienstnehmer/innen- und aus der Dienstgeber/innengruppe zu wählen. Diese führen abwechselnd jeweils für die Dauer von sechs Monaten den Vorsitz. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit aller Mitglieder des Landesstellenausschusses erforderlich. Bei Stimmgleichheit entscheidet die einfache Mehrheit in der Gruppe jener Versicherungsvertreter/innen, der die zu wählende Person angehört. Der/Die den Vorsitz nach Abs. 2 nicht führende Vorsitzende ist Stellvertreter/in der den Vorsitz führenden Person.

(5) Die Landesstellenausschüsse der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt haben für ihre Amtsdauer einen Vorsitzenden/eine Vorsitzende aus ihrer Mitte zu wählen. Er/Sie muss der Gruppe der

**Geltende Fassung**

sofort oder ab einem anlässlich der Wahl vom Verwaltungskörper festgelegten Zeitpunkt zur Ausübung ihrer Funktion berechtigt.

(6) Scheidet ein Vorsitzender (Stellvertreter) eines Verwaltungskörpers infolge einer Enthebung von seinem Amt als Versicherungsvertreter (§ 423) aus und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen einer bereits erfolgten Wahl seines Nachfolgers und es ist neuerlich eine entsprechende Wahl durchzuführen.

**Angelobung der Versicherungsvertreter**

§ 432. Die Obmänner und die sonstigen Vorsitzenden der Verwaltungskörper sowie ihre Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 424 hinzuweisen.

**ABSCHNITT III****Aufgaben der Verwaltungskörper****Aufgaben des Vorstandes und Vertretung des Versicherungsträgers**

§ 434. (1) Dem Vorstand obliegt die Geschäftsführung, soweit diese nicht durch das Gesetz der Generalversammlung oder einem Landesstellenausschuss zugewiesen ist, sowie die Vertretung des Versicherungsträgers. Er kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit Ausschüsse aus Mitgliedern der

**Vorgeschlagene Fassung**

Dienstgeber/innen angehören. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit aller Mitglieder des Landesstellenausschusses erforderlich. Im Anschluss daran ist ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin des/der Vorsitzenden zu wählen, der/die der Gruppe der Dienstnehmer/innen anzugehören hat. Bei Stimmgleichheit entscheidet die einfache Mehrheit in der Gruppe jener Versicherungsvertreter/innen, der die zu wählende Person angehört.

(6) Die gewählten Obmänner/Obfrauen sowie die gewählten Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse und ihre Stellvertreter/innen sind, wenn sie die Annahme der Wahl dem zur Wahl berufenen Verwaltungskörper ausdrücklich erklärt haben, sogleich oder ab einem anlässlich der Wahl vom Verwaltungskörper festgelegten Zeitpunkt zur Ausübung ihrer Funktion berechtigt.

(7) Scheidet ein Vorsitzender/eine Vorsitzende (ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin) eines Verwaltungskörpers infolge Enthebung (§ 423) vom Amt als Versicherungsvertreter/in aus und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen einer bereits erfolgten Wahl des Nachfolgers/der Nachfolgerin und es ist neuerlich eine entsprechende Wahl durchzuführen.

**Angelobung der Versicherungsvertreter/innen**

§ 431. Die Obmänner/Obfrauen und ihre Stellvertreter/innen sowie die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse und ihre Stellvertreter/innen sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter/innen vom Obmann/von der Obfrau bzw. vom vorläufigen Verwalter/von der vorläufigen Verwalterin anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten nach § 424 hinzuweisen.

**ABSCHNITT III****Aufgaben der Verwaltungskörper****Aufgaben des Verwaltungsrates und Vertretung des Versicherungsträgers**

§ 432. (1) Dem Verwaltungsrat obliegt die Geschäftsführung, soweit diese nicht gesetzlich der Hauptversammlung oder einem Landesstellenausschuss zugewiesen ist, sowie die Vertretung des Versicherungsträgers. Er kann einzelne seiner Obliegenheiten dem Obmann/der Obfrau und die Besorgung bestimmter

**Geltende Fassung**

Generalversammlung einsetzen und diesen sowie einem Landesstellenausschuß einzelne seiner Obliegenheiten übertragen; darüber hinaus kann er einzelne seiner Obliegenheiten dem Obmann bzw. dem Vorsitzenden eines Landesstellenausschusses und die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen.

(2) Die Vertretungsbefugnis natürlicher Personen wird durch eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde oder einen Auszug aus dem die sonstigen Betroffenen erfassenden Teil des Ergänzungsregisters (§ 6 Abs. 4 in Verbindung mit § 2 Z 7 des E-Government-Gesetzes, BGBl. I Nr. 10/2004) nachgewiesen.

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

**Vorgeschlagene Fassung**

laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen. Jedenfalls dem Büro zu übertragen sind

1. laufende Verwaltungsgeschäfte, sofern im Einzelfall das Eineinhalbfache des für das jeweilige Jahr festgesetzten Schwellenwertes für Dienstleistungen nach dem Bundesvergabegesetz nicht überschritten wird,
2. Personalangelegenheiten mit Ausnahme des bereichsleitenden und leitenden Dienstes sowie der Leiter/innen des höheren Dienstes nach der DO. A und des ärztlichen Dienstes nach § 37 Z 1 und 2 DO. B,
3. die Vollziehung der Leistungsangelegenheiten nach den vom Verwaltungsrat zu erlassenden Richtlinien und
4. die Vertretung des Versicherungsträgers nach außen in jenen Angelegenheiten, die nicht der Beschlussfassung des Verwaltungsrates oder der Hauptversammlung bedürfen.

Dem Verwaltungsrat ist über die laufenden Verwaltungsgeschäfte nach Z 1 gemäß der Geschäftsordnung nachträglich, mindestens halbjährlich Bericht zu erstatten.

(2) Die Vertretungsbefugnis natürlicher Personen wird durch eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde oder einen Auszug aus dem die sonstigen Betroffenen erfassenden Teil des Ergänzungsregisters (§ 6 Abs. 4 in Verbindung mit § 2 Z 7 des E Government-Gesetzes, BGBl. I Nr. 10/2004) nachgewiesen.

(3) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Verwaltungsrates zu ihrer Wirksamkeit der Zweidrittelmehrheit der gültig abgegebenen Stimmen:

1. die dauernde Veranlagung von Vermögensbeständen;
2. der Abschluss von Verträgen mit den im Sechsten Teil bezeichneten und sonstigen Vertragspartner/inne/n, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung des Versicherungsträgers herbeiführen;
3. die Erlassung von Richtlinien nach § 84 Abs. 6 über die Verwendung der

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Mittel des Unterstützungsfonds;

4. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsübereinkommen nach dem G-ZG.

(4) Der Verwaltungsrat darf Beschlüsse

1. über die Erwerbung, Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden oder von Einrichtungen in fremden 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, sowie
2. über Umbauten von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist,

nur dann fassen, wenn ein Bedarf für das jeweilige Bauvorhaben besteht. Die Bedarfsprüfung ist vom Versicherungsträger vorzunehmen und hat sich auf den Bereich der gesamten Sozialversicherung zu erstrecken. Die Grundsätze für die Bedarfsprüfung sind von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz mit Verordnung festzulegen und haben jedenfalls Näheres über den Ablauf und den Umfang der Prüfung sowie die dabei auszuarbeitenden Unterlagen zu enthalten. Nach Abschluss des Bauvorhabens ist der Aufsichtsbehörde eine von den zuständigen Verwaltungskörpern des Versicherungsträgers gebilligte Schlussabrechnung vorzulegen.

(5) Beschlüsse des Verwaltungsrates über die Erstellung von Dienstpostenplänen (§ 460 Abs. 1), soweit sie sich auf die Gehaltsgruppen F (Höherer Dienst) und G (Leitender Dienst) der Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs (DO. A) erstrecken, bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

**Aufgaben der Generalversammlung**

§ 433. (1) Die Generalversammlung des Versicherungsträgers hat jährlich mindestens einmal zusammenzutreten. Sie ist vom Vorstand einzuberufen. Ihr ist vorbehalten:

1. die Beschlußfassung über den Jahresvoranschlag (Haushaltsplan);
2. die Beschlußfassung über den aus dem Rechnungsabschluß und den

**Aufgaben der Hauptversammlung**

§ 433. (1) Die Hauptversammlung des Versicherungsträgers hat jährlich mindestens zweimal zusammenzutreten. Sie ist vom Verwaltungsrat einzuberufen. Ihr ist vorbehalten:

1. die Beschlussfassung über den Jahresvoranschlag (Haushaltsplan);
2. die Beschlussfassung über den Jahresbericht des Verwaltungsrates, der

**Geltende Fassung**

Statistischen Nachweisungen bestehenden Jahresbericht des Vorstandes und über dessen Entlastung;

3. die Beschlußfassung über allfällige Zuweisungen an den Unterstützungsfonds;
4. die Beschlußfassung über die Satzung und deren Änderung;
5. die Entscheidung über die Verfolgung von Ansprüchen, die dem Versicherungsträger gegen Mitglieder der Verwaltungskörper aus deren Amtsführung erwachsen, und die Bestellung der zur Verfolgung dieser Ansprüche Beauftragten;
6. die Beschlußfassung über die Zahl der Mitglieder der Beiräte und deren Bestellung.

(2) Der Generalversammlung einer Betriebskrankenkasse obliegt auch die Stellung eines Antrages auf Auflösung des Versicherungsträgers an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (§ 23 Abs. 3 vorletzter Satz).

(3) Über die im Abs. 1 Z 2 und 4 und im Abs. 2 genannten Gegenstände kann nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen gültig Beschluß gefaßt werden. Die Aufsichtsbehörde kann eine vorläufige Verfügung treffen, wenn innerhalb einer von ihr festgesetzten Frist ein gültiger Beschluß der Generalversammlung über die Satzung und deren Änderung nicht zustande kommt. Die vorläufige Verfügung der Aufsichtsbehörde tritt außer Kraft, sobald ein gesetzmäßiger gültiger Beschluß der Generalversammlung über die Satzung bzw. deren Änderung gefaßt und der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis gebracht worden ist. Bei Ablehnung der Entlastung hat die Aufsichtsbehörde zu entscheiden.

**Aufgaben der Landesstellenausschüsse**

**§ 435.** (1) Den Landesstellenausschüssen obliegt die Geschäftsführung hinsichtlich der den Landesstellen zugewiesenen Aufgaben. Der Landesstellenausschuß kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit einzelne seiner Obliegenheiten dem Vorsitzenden und die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Landesstelle übertragen.

(2) Die Landesstellenausschüsse sind bei ihrer Geschäftsführung an die Weisungen des Vorstandes gebunden. Dieser kann auch Beschlüsse der

**Vorgeschlagene Fassung**

aus dem durch einen beeideten Wirtschaftsprüfer/eine beeidete Wirtschaftsprüferin geprüften Rechnungsabschluss und den Statistischen Nachweisungen besteht;

3. die Beschlussfassung über die Entlastung des Verwaltungsrates.

(2) Der beeidete Wirtschaftsprüfer/die beeidete Wirtschaftsprüferin nach Abs. 1 Z 2 ist von der Hauptversammlung zu beauftragen.

(3) Über die im Abs. 1 Z 2 und 3 genannten Gegenstände kann nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen gültig Beschluss gefasst werden. Bei Ablehnung der Entlastung hat die Aufsichtsbehörde zu entscheiden.

**Aufgaben der Landesstellenausschüsse**

**§ 434.** (1) Den Landesstellenausschüssen obliegt die Geschäftsführung hinsichtlich der ihnen nach den Abs. 2 bis 4 zugewiesenen Aufgaben. Der Landesstellenausschuss kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit einzelne seiner Obliegenheiten dem/der Vorsitzenden und die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Landesstelle übertragen.

(2) Die Landesstellenausschüsse der Österreichischen Gesundheitskasse haben nach einheitlichen Grundsätzen und Vorgaben des Verwaltungsrates

**Geltende Fassung**

genannten Ausschüsse aufheben oder abändern.

**Vorgeschlagene Fassung**

folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. Mitwirkung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere bei der regionalen Planung einschließlich die Entsendung von Vertreter/innen in die Gesundheitsplattform und die Landes-Zielsteuerungskommission des jeweiligen Landesgesundheitsfonds;
2. Verhandlung gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen mit den freiberuflich tätigen Ärzten und Ärztinnen und den Gruppenpraxen auf regionaler Ebene;
3. Auswahl der Vertrags(zahn)ärzte und Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags-Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten auf regionaler Ebene, Abschluss und Lösung der Einzelverträge;
4. Beschlussfassung über Einzelverträge mit Hebammen, klinischen Psycholog/inn/en, Psychotherapeut/inn/en sowie Beförderungsunternehmen unter Bedachtnahme auf bestehende Gesamt-, Muster- und Rahmenverträge;
5. Verhandlung und Entscheidung über die Verwendung der am 31. Dezember 2018 vorhandenen freien finanziellen Rücklagen der jeweiligen Gebietskrankenkasse und Verwendung der Rücklagen für Gesundheitsreformprojekte im Einvernehmen mit der Landeszielsteuerungskommission;
6. Entgegennahme von Leistungsanträgen;
7. Bestellung von Bevollmächtigten zur Vertretung der Anstalt bei den für ihren Sprengel in Betracht kommenden Landesgerichten als Arbeits- und Sozialgerichten bzw. dem Arbeits- und Sozialgericht Wien, den Oberlandesgerichten und Landeshauptmännern/Landeshauptfrauen sowie bei anderen Behörden für die in Betracht kommenden Länder;
8. Behandlung von Anträgen an den Unterstützungsfonds;
9. Entscheidung über die Verwendung der der Landesstelle zugewiesenen Mittel aus dem Innovations- und Zielsteuerungsfonds nach § 447a für Gesundheitsreformprojekte;
10. Bestellung der Landesstellenleiter/innen und deren Stellvertreter/innen auf Vorschlag des Verwaltungsrates;
11. regionale Betreuung der Versicherten, der Dienstgeber/innen und der Vertragspartner/innen.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

(3) Die Landesstellenausschüsse der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt haben nach einheitlichen Grundsätzen und Vorgaben des Verwaltungsrates folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. Entgegennahme von Leistungsanträgen;
2. Mitwirkung an der Durchführung der Rehabilitation im Rahmen der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung, Gewährung von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und ihre Durchführung; Mitwirkung an der Feststellung aller übrigen Leistungen und Vorlage der Leistungsanträge an den zur Entscheidung zuständigen Verwaltungskörper;
3. Standesführung und Kontrolle der im Sprengel der Landesstelle wohnenden Renten(Pensions)empfänger/innen;
4. Bestellung von Bevollmächtigten zur Vertretung der Anstalt bei den für ihren Sprengel in Betracht kommenden Landesgerichten als Arbeits- und Sozialgerichte bzw. dem Arbeits- und Sozialgericht Wien, den Oberlandesgerichten und Landeshauptmännern/Landeshauptfrauen sowie bei anderen Behörden für die in Betracht kommenden Länder;
5. Mitwirkung bei der Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften, bei der Überwachung derselben durch Besichtigung der Betriebe und bei der Vorsorge für erste Hilfeleistung bei Arbeitsunfällen;

(4) Die Landesstellenausschüsse der Pensionsversicherungsanstalt haben nach einheitlichen Grundsätzen des Verwaltungsrates folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. Gewährung von Leistungen aus dem Unterstützungsfonds;
2. Entsendung von Versicherungsvertreter/inne/n in den Widerspruchsausschuss nach § 367a Abs. 3.

(5) Die Landesstellenausschüsse sind bei ihrer Geschäftsführung an die Weisungen des Verwaltungsrates gebunden; der Verwaltungsrat kann Beschlüsse der Landesstellenausschüsse aufheben oder ändern.

**Sitzungen**

§ 438. (1) Die Sitzungen der Verwaltungskörper sind nichtöffentlich. Der leitende Angestellte und seine Stellvertreter sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper und ihrer Ausschüsse mit beratender Stimme teilzunehmen. Der Obmann kann die Teilnahme von Bediensteten des Versicherungsträgers

**Sitzungen**

§ 435. (1) Die Sitzungen der Verwaltungskörper sind nichtöffentlich. Der/die leitende Angestellte und seine/ihre Stellvertreter/innen sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper mit beratender Stimme teilzunehmen. Der Obmann/die Obfrau kann die Teilnahme von Bediensteten des

**Geltende Fassung**

verfügen.

(2) Der ordnungsmäßig einberufene Verwaltungskörper ist bei Anwesenheit eines Vorsitzenden und von mindestens der Hälfte der Versicherungsvertreter beschlußfähig. Der Vorsitzende zählt hierbei auf die erforderliche Mindestzahl von anwesenden Versicherungsvertretern.

(3) In den Sitzungen der Verwaltungskörper hat auch der Vorsitzende Stimmrecht, bei Stimmgleichheit gibt seine Stimme den Ausschlag, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt.

(4) Verstoßen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers gegen eine Rechtsvorschrift oder in einer wichtigen Frage gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit der Gebarung des Versicherungsträgers, so hat der Obmann oder der Vorsitzende des Verwaltungskörpers ihre Durchführung vorläufig aufzuschieben und unter gleichzeitiger Angabe der Gründe für seine Vorgangsweise die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen.

**Teilnahme der Betriebsvertretung an den Sitzungen der Verwaltungskörper der Versicherungsträger**

§ 439. (1) An den Sitzungen der Generalversammlung, des Vorstandes und der Landesstellenausschüsse und, insoweit Angelegenheiten zur Erörterung stehen, die Belange der Bediensteten berühren, auch an den Sitzungen der Ausschüsse (§ 434 Abs. 1) ist die Betriebsvertretung des Versicherungsträgers mit zwei Vertretern mit beratender Stimme teilnahmeberechtigt.

(2) Das nach dem Arbeitsverfassungsgesetz, BGBl. Nr. 22/1974, in Betracht kommende Organ der Betriebsvertretung hat dem Obmann des Versicherungsträgers die für die Teilnahme an den Sitzungen der Verwaltungskörper vorgesehenen Vertreter namhaft zu machen. Diese Vertreter sind von jeder Sitzung des Verwaltungskörpers ebenso in Kenntnis zu setzen wie

**Vorgeschlagene Fassung**

Versicherungsträgers verfügen.

(2) Der ordnungsmäßig einberufene Verwaltungskörper ist bei Anwesenheit des/der Vorsitzenden und von mindestens der Hälfte der Versicherungsvertreter/innen beschlussfähig. Der/die Vorsitzende ist auf die erforderliche Mindestzahl von anwesenden Versicherungsvertreter/inne/n anzurechnen. Ein gültiger Beschluss bedarf – wenn gesetzlich nichts anderes bestimmt ist – der Zustimmung der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen.

(3) In den Sitzungen der Verwaltungskörper hat auch der/die Vorsitzende Stimmrecht, bei Stimmgleichheit gibt seine/ihre Stimme den Ausschlag; dies gilt nicht für die im § 430 Abs. 2, 3a und 4 genannten Vorsitzenden.

(4) Die im § 426 Abs. 2 Z 3 und 4 genannten Mitglieder nehmen an den Sitzungen der Hauptversammlung mit beratender Stimme teil.

(5) Verstoßen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers gegen eine Rechtsvorschrift oder in einer wichtigen Frage gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit der Gebarung des Versicherungsträgers, so hat der Obmann/die Obfrau oder der/die Vorsitzende des Landesstellenausschusses ihre Durchführung vorläufig aufzuschieben und unter gleichzeitiger Angabe der Gründe für seine/ihre Vorgangsweise die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen.

**Teilnahme der Betriebsvertretung**

§ 436. (1) An den Sitzungen des Verwaltungsrates, der Hauptversammlung und der Landesstellenausschüsse ist die Betriebsvertretung des Versicherungsträgers mit zwei Vertreter/inne/n mit beratender Stimme teilnahmeberechtigt.

(2) Das nach dem Arbeitsverfassungsgesetz, BGBl. Nr. 22/1974, in Betracht kommende Organ der Betriebsvertretung hat dem Obmann/der Obfrau des Versicherungsträgers die für die Teilnahme an den Sitzungen der Verwaltungskörper vorgesehenen Vertreter/innen namhaft zu machen. Diese Vertreter/innen sind von jeder Sitzung des Verwaltungskörpers ebenso in

**Geltende Fassung**

die Mitglieder dieses Verwaltungskörpers; es sind ihnen auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

**Vorgeschlagene Fassung**

Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieses Verwaltungskörpers; es sind ihnen auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

**Veröffentlichung von Beschlüssen**

§ 437. Die Beschlüsse der Verwaltungsrates sind im Internet zu veröffentlichen, soweit dem nicht datenschutzrechtliche Gründe entgegenstehen.

**ABSCHNITT IV****Beiräte****Aufgaben des Beirates**

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

(2) Der Beirat hat jährlich mindestens einmal zusammenzutreten. Er ist vom Vorsitzenden des Beirates einzuberufen.

(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) Das Nähere über die Sitzungen und die Beschlußfassung hat die vom Beirat zu beschließende Geschäftsordnung zu bestimmen. Für die Beschlußfassung der Geschäftsordnung und jede ihrer Änderungen gilt Abs. 3 zweiter Satz.

(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

**Aufgehoben.**

**Geltende Fassung**

Vorstandes (Verbandsvorstandes) mit beratender Stimme teilzunehmen;

2. die nach Abs. 3 beschlossenen Anträge und Stellungnahmen des Beirates im zuständigen Verwaltungskörper einzubringen.

(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) Die bei den Versicherungsträgern errichteten Beiräte bestehen aus Vertretern von

1. Beziehern einer Pension (Rente), sofern sie auf Dauer aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind,
2. nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherten Dienstnehmern,
3. Dienstgebern der in Z 2 bezeichneten Dienstnehmer,
4. Beziehern einer Leistung nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach einer gleichartigen landesgesetzlichen Vorschrift, sofern sie die Voraussetzungen bezüglich der Altersgrenze für eine Leistung aus einem der Versicherungsfälle des Alters nicht erfüllen.

(2) Die Beiratsmitglieder müssen im Zeitpunkt ihrer Bestellung das 18. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnsitz, Beschäftigungsort (ihre Betriebsstätte) im Sprengel des in Betracht kommenden Versicherungsträgers haben. Überdies müssen sie zu diesem Zeitpunkt diesem Versicherungsträger als Leistungsberechtigter, pflichtversicherter Dienstnehmer oder Dienstgeber von solchen angehören. Beiratsmitglieder können auch Vorstandsmitglieder oder Bedienstete von gemäß § 440c Abs. 2 vorschlagsberechtigten Vereinen und deren Verbänden sein.

(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,

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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 und 3 ist so anzuwenden, dass Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten sowie auf Sitzungsgeld besteht

1. für die Teilnahme an Sitzungen des Beirates nach § 440 Abs. 2 höchstens viermal im Kalenderjahr,
2. für die Teilnahme an Sitzungen der Generalversammlung (Trägerkonferenz), des Vorstandes (Verbandsvorstandes) und seiner Ausschüsse sowie der Landesstellenausschüsse.

**Pflichten der Beiratsmitglieder**

**§ 440b.** (1) Den Mitgliedern des Beirates obliegt es,

1. zum Zwecke der Information und Vertretung im sozialversicherungsrechtlichen Bereich Verbindung zu möglichst vielen Mitgliedern jenes Personenkreises aufzunehmen, als dessen Vertreter sie bestellt worden sind, und
2. an den Sitzungen des Beirates teilzunehmen und dabei unter Bedachtnahme auf die Aufgaben des Versicherungsträgers die sozialversicherungsrechtlichen Interessen des von ihnen zu vertretenden Personenkreises durch die Anregung von und die Teilnahme an darauf abzielenden Erörterungen sowie die Einbringung entsprechender Anträge an den Beirat wahrzunehmen.

(2) § 424 erster und zweiter Satz ist anzuwenden.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****Bestellung der Beiratsmitglieder**

**§ 440c.** (1) Die Mitglieder des bei den Versicherungsträgern errichteten Beirates werden über Vorschlag eines gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Vereins von der Generalversammlung des Versicherungsträgers für die Amtsdauer der Verwaltungskörper (§ 425) bestellt. Für jedes Mitglied des Beirates ist gleichzeitig mit dessen Bestellung auf dieselbe Art ein Stellvertreter zu bestellen. Bei der Bestellung der Beiratsmitglieder ist für jede der im Beirat vertretenen Gruppen im Verhältnis der Zahl der den Vereinen angehörenden Mitgliedern nach dem System d`Hondt vorzugehen und nach Möglichkeit auf regionale, betriebliche oder wirtschaftliche Interessen der Gruppen Bedacht zu nehmen.

(2) Das Vorschlagsrecht steht Vereinen zu, die sich beim Versicherungsträger angemeldet haben und der Generalversammlung glaubhaft machen, daß sie durch die Zahl ihrer Mitglieder und durch die Qualität ihrer Vereinstätigkeit die Interessen des von ihnen vertretenen Personenkreises wirksam vertreten können. Sofern sie diese Voraussetzungen erfüllen, stehen Vorschlagsrechte insbesondere folgenden Vereinen zu:

1. Hinsichtlich der Vertreter von Pensions(Renten)beziehern jenen Vereinen, zu deren Vereinszwecken die Wahrnehmung oder Förderung der Interessen von Pensions(Renten)beziehern gehört,
2. hinsichtlich der Vertreter von beim Versicherungsträger pflichtversicherten Dienstnehmern jenen Vereinen, zu deren Vereinszwecken die Wahrnehmung oder Förderung der Interessen auch solcher Dienstnehmer gehört,
3. hinsichtlich der Vertreter von Dienstgebern der beim Versicherungsträger pflichtversicherten Dienstnehmer jenen Vereinen, zu deren Vereinszwecken die Wahrnehmung oder Förderung der Interessen auch solcher Dienstgeber gehört,
4. hinsichtlich der Vertreter der im § 440a Abs.1 Z 4 genannten Leistungsbezieher jenen Vereinen, die von ihrer Tätigkeit her dazu geeignet erscheinen, die Interessen dieses Personenkreises wahrzunehmen oder zumindest wirksam zu fördern.

(3) Die Bestellungsvorschläge sind spätestens am Tag vor Beginn einer neuen Amtsdauer zugleich mit dem Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 beim Versicherungsträger einzubringen.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

(4) Scheidet ein Beiratsmitglied vor Ablauf der Amtsdauer der Verwaltungskörper aus seinem Amt, so hat der Vorstand des Versicherungsträgers den vorschlagsberechtigten Verein davon unverzüglich zu verständigen und aufzufordern, binnen vier Wochen ein neues Mitglied vorzuschlagen, das abweichend von Abs. 1 vom Vorstand ehestmöglich zu bestellen ist.

**Enthebung von Beiratsmitgliedern (Stellvertretern)**

**§ 440d.** (1) Ein Mitglied des Beirates (Stellvertreter) ist von seinem Amt zu entheben:

1. wenn die im § 440a Abs. 2 genannten Bedingungen nicht mehr zutreffen;
2. wenn einer der im § 440a Abs. 4 bezeichneten Ausschließungsgründe nach der Bestellung eingetreten ist.

Überdies findet § 423 Abs. 1 Z 1 bis 4 Anwendung.

(2) Die Enthebung des Vorsitzenden des Beirates steht der Generalversammlung, die Enthebung der sonstigen Mitglieder (Stellvertreter) des Beirates dem Vorstand zu.

**Zusammensetzung des Beirates**

**§ 440e.** (1) Die Generalversammlung hat unter Berücksichtigung des sachlichen und örtlichen Wirkungskreises des Versicherungsträgers die Zahl der Mitglieder des Beirates festzusetzen; sie muß durch sechs teilbar sein und darf 18 nicht übersteigen.

(2) Die Mitglieder des Beirates setzen sich zusammen zu

1. je zwei Sechsteln aus Vertretern der im § 440a Abs. 1 Z 1 und 2 bezeichneten Gruppen,
2. je einem Sechstel aus Vertretern der im § 440a Abs. 1 Z 3 und 4 bezeichneten Gruppen.

**Vorsitz im Beirat, Sitzungen**

**§ 440f.** (1) Den Vorsitz im Beirat hat der vom Beirat aus der Gruppe der im § 440a Abs. 1 Z 1 und 4 genannten Personen und für dessen Amtsdauer gewählte oder nach § 440a Abs. 3 Z 1 entsendete Vorsitzende zu führen. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit sowohl aller Beiratsmitglieder als auch jener Gruppe der Beiratsmitglieder, welcher der zu Wählende angehört, erforderlich. Gleichzeitig ist auf dieselbe Art, ausgenommen im Falle des § 440a Abs. 3 Z 1, ein

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Stellvertreter zu wählen. Der Vorsitzende hat unbeschadet des Abs. 2 zu den Sitzungen einzuberufen.

(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) Die Sitzungen des Beirates sind nichtöffentlich. Der ordnungsgemäß einberufene Beirat ist bei Anwesenheit des Vorsitzenden und von mindestens der Hälfte seiner Mitglieder beschlussfähig.

(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.

**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,

**Vorgeschlagene Fassung****ABSCHNITT IVa****Verwaltungskörper des Dachverbandes****Arten der Verwaltungskörper**

§ 441. Die Verwaltungskörper des Dachverbandes sind

1. die Konferenz der Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Konferenz genannt) und
2. die Hauptversammlung der Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Hauptversammlung genannt).

**Konferenz**

§ 441a. (1) Die Konferenz besteht aus den Obmännern/Obfrauen und ihren Stellvertretern/Stellvertreterinnen

1. der Österreichischen Gesundheitskasse,

**Geltende Fassung**

- 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
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

**Vorgeschlagene Fassung**

2. der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt,

3. der Pensionsversicherungsanstalt,

4. der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und

5. der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau.

(2) Die Konferenz ist beschlussfähig, wenn mindestens sieben Mitglieder anwesend sind. Ein gültiger Beschluss erfordert Einstimmigkeit, wobei jedem Mitglied eine Stimme zukommt. Kommt kein gültiger Beschluss zustande und wird die Angelegenheit auf Antrag eines Mitgliedes der Konferenz in einer weiteren Sitzung behandelt, so bedarf ein gültiger Beschluss der Zustimmung von mindestens sieben Mitgliedern.

(3) Die Beschlüsse der Konferenz sind im Internet zu veröffentlichen, soweit dem nicht datenschutzrechtliche Gründe entgegenstehen.

**Geltende Fassung**

Trägerkonferenz zu beschließenden „Geschäftsordnung der Trägerkonferenz“ (§ 456a) zu treffen.

**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.

**Vorgeschlagene Fassung**

(4) Den Vorsitz in der Konferenz führt abwechselnd ein Obmann/eine Obfrau nach Abs. 1 jeweils für die Dauer eines Kalenderjahres, und zwar nach der Reihenfolge der Versicherungsträger nach Abs. 1 Z 1 bis 5, beginnend mit 1. Jänner 2020 durch den Obmann/die Obfrau der Österreichischen Gesundheitskasse. Vertreten wird der jeweils den Vorsitz führende Obmann/die jeweils den Vorsitz führende Obfrau durch den Stellvertreter/die Stellvertreterin, der/die demselben Versicherungsträger angehört wie der/die Vorsitzende.

(5) Der/die Vorsitzende hat insbesondere für die rechtzeitige Einberufung der Konferenz zu sorgen, die Konferenz zu leiten und die Sitzungspolizei wahrzunehmen. Die näheren Bestimmungen sind in einer von der Konferenz zu beschließenden Geschäftsordnung (§ 456a) zu treffen.

**Hauptversammlung**

§ 441b. (1) Die Hauptversammlung besteht aus

1. den Obmännern/Obfrauen der Verwaltungsräte und deren Stellvertreter/innen der im § 441a Abs. 1 genannten Versicherungsträger,
2. den Vorsitzenden der Hauptversammlung und deren Stellvertreter/innen

**Geltende Fassung**

(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.

**Vorgeschlagene Fassung**

der im § 441a Abs. 1 genannten Versicherungsträger,

3. drei Senior/inn/envertreter/inne/n, die vom Bundesseniorenbeirat zu entsenden sind,
4. drei Behindertenvertreter/inne/n, von denen je einer/eine vom ÖZIV Bundesverband, vom Österreichischen Behindertenrat und vom Kriegsoffer- und Behindertenverband Österreich zu entsenden ist.

(2) Die Hauptversammlung ist beschlussfähig, wenn zumindest die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend ist. Ein gültiger Beschluss bedarf – wenn gesetzlich nichts anderes bestimmt ist – der Zustimmung der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen. Die im Abs. 1 Z 3 und 4 genannten Mitglieder haben beratende Stimme.

(3) Den Vorsitz in der Hauptversammlung führt der/die jeweilige Vorsitzende der Hauptversammlung jenes Trägers, der auch den Vorsitz in der Konferenz führt. Dieser wird vertreten von seinem/ihrer/seiner/ihrer Stellvertreter/in.

**Geltende Fassung**

(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 Vorstand 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 Vorstand wählt aus seiner Mitte für die Dauer seiner Funktionsperiode mit der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen einen Vorstandsvorsitzenden/eine Vorstandsvorsitzende und zwei Vorstandsvorsitzenden-Stellvertreter/Stellvertreterinnen, wobei sowohl die DienstnehmerInnen- als auch die DienstgeberInnengruppe vertreten sein muss.

(8) Dem/der Vorstandsvorsitzenden obliegt die Vertretung des Vorstandes gegenüber der Trägerkonferenz und gegenüber den Versicherungsträgern. Er/sie hat insbesondere für die rechtzeitige Einberufung des Vorstandes Sorge zu tragen, die Sitzungen des Vorstandes zu leiten und die Sitzungspolizei wahrzunehmen. Die näheren Bestimmungen sind in einer vom Vorstand zu beschließenden „Geschäftsordnung des Vorstandes“ (§ 456a) zu treffen. In dieser Geschäftsordnung sind auch die näheren Bestimmungen über die Wahl des/der Vorstandsvorsitzenden und des/der Vorstandsvorsitzenden-StellvertreterIn festzulegen.

**Vorgeschlagene Fassung**

(4) Dem/Der Vorsitzenden obliegt die Vertretung der Hauptversammlung gegenüber den Versicherungsträgern. Er/Sie hat insbesondere für die rechtzeitige Einberufung der Hauptversammlung Sorge zu tragen, die Sitzungen der Hauptversammlung zu leiten und die Sitzungspolizei wahrzunehmen. Die näheren Bestimmungen sind in einer von der Hauptversammlung zu beschließenden „Geschäftsordnung der Hauptversammlung“ (§ 456a) zu treffen.

**Geltende Fassung****Unvereinbarkeit**

§ 441c. (1) Für die Dauer der Ausübung einer Funktion im Vorstand ruht die Funktion als VersicherungsträgerIn 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 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 Musterkrankenordnung nach § 456 und die Mustergeschäftsordnung nach § 456a sowie über deren Änderungen;
5. die Erlassung einer Verordnung über den Kostenbeitrag nach § 31 Abs. 2

**Vorgeschlagene Fassung****Aufgaben der Konferenz**

§ 441c. (1) Der Konferenz obliegt die Besorgung aller Aufgaben des Dachverbandes, die nicht ausdrücklich der Hauptversammlung zugewiesen sind. Sie vertritt den Dachverband nach außen.

(2) Die Konferenz kann unter Aufrechterhaltung ihrer eigenen Verantwortlichkeit die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Dachverbandes übertragen; § 432 Abs. 1 letzter Satz ist sinngemäß anzuwenden.

(3) Die Konferenz hat einen Jahresbericht des Dachverbandes und der bei ihm errichteten Fonds zu erstellen, der aus dem Rechnungsabschluss und den statistischen Nachweisungen besteht.

**Aufgaben der Hauptversammlung**

§ 441d. (1) Die Hauptversammlung hat mindestens zweimal im Jahr zusammenzutreten.

(2) Der Hauptversammlung obliegt

1. die Beschlussfassung über den von der Konferenz vorgelegten Jahresvoranschlag (Haushaltsplan einschließlich Investitionsplan) des Dachverbandes; dieser ist der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur Kenntnis zu bringen;
2. die Genehmigung des durch einen beeideten Wirtschaftsprüfer/eine beeidete Wirtschaftsprüferin geprüften Rechnungsabschlusses;
3. die Entlastung der Konferenz; diese ist der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur Kenntnis zu bringen.

**Geltende Fassung**

Z 4;

6. die Beschlussfassung über Richtlinien zur Regelung der dienstrechtlichen Verhältnisse nach § 31 Abs. 3 Z 9;
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;
12. die Zustimmung zu Beschlüssen des Verbandsvorstandes zu Bundes-Zielsteuerungsverträgen nach dem G-ZG;
13. Angelegenheiten des Gesundheitsförderungsfonds gemäß § 447g;
14. die Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern in die Bundesgesundheitskommission nach § 30 Abs. 2 Z 4 G-ZG und in die Bundes-Zielsteuerungskommission nach § 26 Abs. 1 G-ZG.

(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

**Vorgeschlagene Fassung**

(3) Der beedete Wirtschaftsprüfer/die beedete Wirtschaftsprüferin nach Abs. 2 Z 2 ist von der Hauptversammlung zu beauftragen.

**Büro des Dachverbandes**

§ 441e. (1) Die Leitung des Büros des Dachverbandes obliegt dem Generalsekretär/der Generalsekretärin des Dachverbandes, der/die von der

**Geltende Fassung**

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 gesundheits- und sozialpolitische Ziele

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

zu beschließen.

(2a) Das Zielsteuerungssystem nach Abs. 1 hat jedenfalls auch Verwaltungskostenziele zu enthalten, und zwar gesondert für jeden Sozialversicherungsträger und den Hauptverband.

(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,

**Vorgeschlagene Fassung**

Konferenz im Wege einer öffentlichen Stellenausschreibung für eine Funktionsperiode von vier Jahren bestellt wird. Dabei ist das Stellenbesetzungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/1998, anzuwenden, wobei Wiederbestellungen zulässig sind. Auf die gleiche Weise kann ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin des Generalsekretärs/der Generalsekretärin des Dachverbandes bestellt werden.

(2) Der Generalsekretär/die Generalsekretärin des Dachverbandes und sein/ihr Stellvertreter bzw. seine/ihre Stellvertreterin sind an die Weisungen der Konferenz gebunden; sie haben der Konferenz regelmäßig über die ihnen übertragenen Aufgaben zu berichten und alle Aufklärungen zu geben und alle Unterlagen vorzulegen, die die Konferenz zur Ausübung ihrer Tätigkeit benötigt.

**Zielsteuerung-Sozialversicherung**

§ 441f. (1) Die Konferenz hat nach Anhörung der Versicherungsträger zur Koordinierung des Verwaltungshandelns der Versicherungsträger im Rahmen ihrer Zuständigkeit Ziele zu beschließen. Sie hat sich dabei eines Zielsteuerungssystems entsprechend der in den Rechnungsvorschriften (§ 444) festgelegten Ausgestaltung zu bedienen.

(2) Die Konferenz hat spätestens im Dezember eines jeden Jahres gesundheits- und sozialpolitische Ziele

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

(3) Das Zielsteuerungssystem hat jedenfalls strategische Ziele, operative Ziele sowie Maßnahmen und Kennzahlen zu enthalten, wobei jedenfalls

**Geltende Fassung**

Unfallversicherung sowie Informationstechnologie zu bilden. In diese Ausschüsse kann außerdem die Trägerkonferenz aus ihrer Mitte Mitglieder entsenden.

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

(5) Der/die Vorstandsvorsitzende und der/die Vorstandsvorsitzenden-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 Vorstand kann mit Zweidrittelmehrheit die Einberufung einer außerordentlichen Sitzung der Trägerkonferenz beschließen. Der/die Vorsitzende der Trägerkonferenz ist verpflichtet, einen solchen Beschluss des Vorstandes unverzüglich zu vollziehen.

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

(8) Der Vorstand 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 Vorstand 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.

(2) Das Verbandsmanagement ist an die Weisungen des Vorstandes

**Vorgeschlagene Fassung**

Finanzziele und Verwaltungskostenziele/Verwaltungskostenenkung, gegebenenfalls ein Verwaltungskostendeckel, gesondert für jeden Sozialversicherungsträger und den Dachverband vorzusehen sind.

(4) Der/Die Vorsitzende der Konferenz hat dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und dem Bundesministerium für Finanzen laufend über die Erarbeitung der strategischen und operativen Ziele zu berichten. Vor Beschlussfassung nach Abs. 1 sind die Ziele mit der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen abzustimmen.

(5) Über die Bestimmungen der Abs. 1 bis 4 hinaus ist für die Österreichische Gesundheitskasse zwischen der Hauptstelle und den Landesstellen für das Verwaltungshandeln ein Zielsteuerungssystem zu implementieren.

**Geltende Fassung**

gebunden; es hat dem Vorstand regelmäßig über die ihm übertragenen Aufgaben zu berichten und alle Aufklärungen zu geben und alle Unterlagen vorzulegen, die dieser zur Ausübung seiner Tätigkeit benötigt.

**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 Vorstandes mit beratender Stimme teilnahmeberechtigt. § 439 ist entsprechend anzuwenden.

**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) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Der der Gebarungsvorschau zu Grunde zu legende Planungszeitraum sind die dem jeweiligen Geschäftsjahr nächstfolgenden zwei Geschäftsjahre.

**Rechnungsabschluß und Nachweisungen**

§ 444. (1) Der Versicherungsträger hat für jedes Geschäftsjahr einen Rechnungsabschluss, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss, und einen Geschäftsbericht zu verfassen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, soweit es sich jedoch um Angelegenheiten der Pensionsversicherung handelt, dem Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vorzulegen.

(2) Die Versicherungsträger und der Hauptverband haben statistische

**Vorgeschlagene Fassung****Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung**

§ 443. (1) Die Versicherungsträger und der Dachverband haben für jedes Geschäftsjahr einen Voranschlag und im Zusammenhang damit vierteljährlich für den Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung eine rollierende Gebarungsvorschaurechnung zu erstellen. Für die Österreichische Gesundheitskasse ist dies sowohl je Bundesland als auch für den gesamten Bereich des Versicherungsträgers zu erstellen, wobei die Versicherten den einzelnen Bundesländern auf Grund des Beschäftigungsortes (§ 3 Abs. 4) bzw. bei Pensionisten/Pensionistinnen auf Grund des Wohnortes zuzuordnen sind. Es ist sicherzustellen, dass den Versicherten im jeweiligen Bundesland eine Summe entsprechend den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung steht.

(2) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Der der Gebarungsvorschau zu Grunde zu legende Planungszeitraum sind die dem jeweiligen Geschäftsjahr nächstfolgenden vier Geschäftsjahre.

**Rechnungsabschluß und Nachweisungen**

§ 444. (1) Die Versicherungsträger und der Dachverband haben für jedes Geschäftsjahr einen Rechnungsabschluss, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss und durch einen beeideten Wirtschaftsprüfer/eine beeidete Wirtschaftsprüferin geprüft wurde, und einen Geschäftsbericht zu verfassen und dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz vorzulegen.

(2) Die Versicherungsträger und der Dachverband haben statistische

**Geltende Fassung**

Nachweisungen zu verfassen.

(3) Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau hat für die Kranken-, Unfall-, Pensions- und knappschaftliche Pensionsversicherung die Erfolgsrechnung und die statistischen Nachweisungen getrennt zu erstellen. Gemeinsame Erträge und Aufwendungen sind auf die genannten Versicherungen nach den Bestimmungen der Rechnungsvorschriften aufzuteilen.

(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) Die Träger der Sozialversicherung haben die von der Generalversammlung beschlossene Erfolgsrechnung binnen vier Monaten nach der Beschlußfassung im Internet zu verlautbaren.

**Sondervorschriften für Betriebskrankenkassen**

§ 445. Für Betriebskrankenkassen gelten folgende Sondervorschriften:

1. Der Betriebsunternehmer ist verpflichtet, die zur ordnungsmäßigen Verwaltung der Kasse erforderlichen Kosten zu bestreiten und die hierzu erforderlichen Arbeitskräfte unter eigener Verantwortlichkeit

**Vorgeschlagene Fassung**

Nachweisungen zu verfassen und dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur Verfügung zu stellen.

(3) Die Versicherungsträger und der Dachverband haben die nach § 441f festgelegten Ziele jährlich zu evaluieren.

(4) Die Versicherungsträger und der Dachverband haben über die in den Abs. 1 bis 3 angeführten Inhalte einen Jahresbericht zu erstellen.

(5) Die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hat nach Anhörung des Dachverbandes und nach Abstimmung mit dem Bundesminister für Finanzen Weisungen zu erlassen für

1. die Rechnungsführung inklusive Gebarungsvorschau, die Rechnungslegung sowie die Erstellung des Jahresvoranschlages und des Jahresberichtes (Abs. 1 und 4),
2. die statistischen Nachweisungen (Abs. 2) sowie
3. die Zielsteuerung nach § 441f und deren Evaluierung (Abs. 3) hinsichtlich deren Struktur und Prozesse.

(6) Die Träger der Sozialversicherung und der Dachverband haben den Jahresbericht auszugsweise im Internet zu veröffentlichen. Die verpflichtend zu veröffentlichen Teile des Jahresberichts sind in den Weisungen nach Abs. 5 festzulegen. Die vom Verwaltungsrat/von der Hauptversammlung beschlossene Erfolgsrechnung ist jedenfalls binnen vier Monaten nach der Beschlussfassung im Internet zu verlautbaren.

**Aufgehoben**

**Geltende Fassung**

beizustellen.

2. Reichen die Bestände der Betriebskrankenkasse nicht aus, um die laufenden Ausgaben der Krankenkasse zu decken, so hat der Betriebsunternehmer die erforderlichen Vorschüsse zu leisten.
3. Reichen die Beitragseinnahmen selbst unter Heranziehung der Rücklagen zur Deckung der gesetzlichen Mindestleistungen nicht aus, so hat der Betriebsunternehmer die zur Deckung erforderlichen Zuschüsse zu leisten.
4. Ergibt bei Auflösung der Betriebskrankenkasse die Schlußbilanz einen Fehlbetrag, so hat diesen der Betriebsunternehmer zu decken.
5. Unbeschadet der Z 1 kann die Betriebskrankenkasse Sachkosten zur ordnungsgemäßen Verwaltung aus der ordentlichen Gebarung bestreiten, wenn die liquiden Mittel am Ende eines Geschäftsjahres zur Deckung von mindestens drei Monatsaufwendungen ausreichen; die so verwendeten Mittel dürfen pro Kalenderjahr nicht mehr als 3 vT der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres betragen. Als liquide Mittel gelten die Barbestände zuzüglich der Einlagen bei Geldinstituten und der Bilanzwert der Wertpapiere abzüglich der noch nicht abgeführten, für fremde Rechnung eingehobenen Beiträge sowie der am Ende des Geschäftsjahres buchmäßig fälligen unberichtigten Versicherungsleistungen und sonstigen Verbindlichkeiten.

**Schulden-, Vermögens- und Liquiditätsmanagement**

§ 446. (1) Die Versicherungsträger (der **Hauptverband**) haben bei der Vermögensverwaltung sowie beim Schulden- und Liquiditätsmanagement die Grundsätze nach § 2a des Bundesfinanzierungsgesetzes sinngemäß anzuwenden. Die zur Anlage verfügbaren Mittel der Versicherungsträger (des **Hauptverbandes**) sind grundsätzlich zinsbringend anzulegen. Anlagesicherheit und Liquidität haben Vorrang gegenüber der Erzielung eines angemessenen Ertrages. Die Mittel dürfen im Sinne der Anlagesicherheit unbeschadet des Abs. 3 und des § 447 nur angelegt werden:

1. bis 6. unverändert.
- (2) unverändert.

(3) Zu ihrer Wirksamkeit bedürfen Beschlüsse der Verwaltungskörper über Vermögensveranlagungen, die in den Abs. 1 und 2 nicht erwähnt sind,

**Vorgeschlagene Fassung****Schulden-, Vermögens- und Liquiditätsmanagement**

§ 446. (1) Die Versicherungsträger (der **Dachverband**) haben bei der Vermögensverwaltung sowie beim Schulden- und Liquiditätsmanagement die Grundsätze nach § 2a des Bundesfinanzierungsgesetzes sinngemäß anzuwenden. Die zur Anlage verfügbaren Mittel der Versicherungsträger (des **Dachverbandes**) sind grundsätzlich zinsbringend anzulegen. Anlagesicherheit und Liquidität haben Vorrang gegenüber der Erzielung eines angemessenen Ertrages. Die Mittel dürfen im Sinne der Anlagesicherheit unbeschadet des Abs. 3 und des § 447 nur angelegt werden:

1. bis 6. unverändert.
- (2) unverändert.

(3) Zu ihrer Wirksamkeit bedürfen Beschlüsse der Verwaltungskörper über Vermögensveranlagungen, die in den Abs. 1 und 2 nicht erwähnt sind, bei der

**Geltende Fassung**

1. bei Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit, die das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz herzustellen hat,
2. bei der Pensionsversicherungsanstalt, dem Pensionsinstitut und dem Hauptverband der Genehmigung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, der das Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit herzustellen hat.

Kriterien für die Genehmigung der beabsichtigten Vermögensveranlagung sind jedenfalls Anlagensicherheit, Liquidität und Ertragsangemessenheit. 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.

(4) Der Versicherungsträger (der **Hauptverband**) hat dafür zu sorgen, dass die Veranlagung durch Personen erfolgt, die dafür fachlich geeignet sind und eine entsprechende Berufserfahrung nachweisen können. Für jede Vermögensanlage ist begleitend ein Risikomanagement durchzuführen. Eine angemessene Funktionstrennung zwischen der Veranlagung und dem Risikomanagement ist zu gewährleisten.

**Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen**

**§ 446a.** Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß den §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2 und 25 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den jeweils zuständigen

**Vorgeschlagene Fassung**

Österreichischen Gesundheitskasse, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Pensionsversicherungsanstalt, dem Pensionsinstitut und dem Dachverband der Genehmigung des Bundesministers/der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Kriterien für die Genehmigung der beabsichtigten Vermögensveranlagung sind jedenfalls Anlagensicherheit, Liquidität und Ertragsangemessenheit. 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.

(4) Der Versicherungsträger (der **Dachverband**) hat dafür zu sorgen, dass die Veranlagung durch Personen erfolgt, die dafür fachlich geeignet sind und eine entsprechende Berufserfahrung nachweisen können. Für jede Vermögensanlage ist begleitend ein Risikomanagement durchzuführen. Eine angemessene Funktionstrennung zwischen der Veranlagung und dem Risikomanagement ist zu gewährleisten.

**Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen**

**§ 446a.** Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß den §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2 und 25 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Arbeit,

**Geltende Fassung**

Bundesminister (§ 446 Abs. 3 Z 1 und 2) im Einvernehmen mit dem jeweils anderen Bundesminister und dem Bundesminister für Finanzen. Das Gleiche gilt für Beschlüsse der Verwaltungskörper über Finanzierungs- und Betreibermodelle im Sinne des § 81 Abs. 2 sowie für die Gründung von Tochtergesellschaften bzw. die Beteiligung an weiteren Vereinen und Gesellschaften im Rahmen solcher Finanzierungs- und Betreibermodelle.

**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) und (2a) unverändert.

**Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen**

§ 447a. (1) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds hat eine ausgeglichene 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.

**Vorgeschlagene Fassung**

Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (§ 446 Abs. 3) und dem Bundesminister für Finanzen. Das Gleiche gilt für Beschlüsse der Verwaltungskörper über Finanzierungs- und Betreibermodelle im Sinne des § 81 Abs. 2 sowie für die Gründung von Tochtergesellschaften bzw. die Beteiligung an weiteren Vereinen und Gesellschaften im Rahmen solcher Finanzierungs- und Betreibermodelle.

**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 Bundesministers/der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit 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 Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (§ 446 Abs. 3).

(2) und (2a) unverändert.

**Innovations- und Zielsteuerungsfonds der Österreichischen Gesundheitskasse**

§ 447a. (1) Bei der Österreichischen Gesundheitskasse ist ein Innovations- und Zielsteuerungsfonds einzurichten, der der Finanzierung von Gesundheitsreformprojekten in den Landesstellen, insbesondere zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung, zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen, e-Health-Anwendungen und zur Zielsteuerung nach § 441f Abs. 5 dient.

(2) Die Mittel des Innovations- und Zielsteuerungsfonds werden aufgebracht durch

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

1. Übertragung von 0,8% der Beitragseinnahmen der Österreichischen Gesundheitskasse an den Fonds und
2. die pauschale Beihilfe nach § 1a GSBG in Höhe von 100 Millionen Euro.

Nähere Regelungen sind durch die Geschäftsordnung zu treffen. Dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und dem Bundesministerium für Finanzen ist im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit zu berichten.

(3) Die Mittel des Ausgleichsfonds werden aufgebracht durch

1. die Beiträge der Gebietskrankenkassen (Abs. 4);
2. den Pauschalbeitrag nach § 1 Abs. 2 GSBG;
3. die Beiträge nach § 3 DAG;
4. die Einnahmen nach § 447f Abs. 9;
5. sonstige Einnahmen.

(4) Die Gebietskrankenkassen haben einen Beitrag im Ausmaß von 1,64 % 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 Kalenerjahres 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.

(6) Die Einnahmen des Fonds nach Abs. 3 Z 1 bis 4, einschließlich allfälliger Vermögenserträge, sind für die Bereiche

1. Ausgleich unterschiedlicher Strukturen,
2. Ausgleich unterschiedlicher Liquidität und
3. Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfs

zu verwenden.

(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. nach Abs. 6 Z 1 nach § 447b,

**Geltende Fassung**

2. nach Abs. 6 Z 2 aufgrund des negativen Reinvermögens je Anspruchsberechtigten/Anspruchsberechtigter,

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 Verbandsvorstandes 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) Der Bundesminister für Finanzen überweist für die Jahre ab 2017 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

zu überweisen.

(12) Leistungen aus dem Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gebühren nicht, wenn die Gebietskrankenkasse eine ungünstige Kassenlage durch Außerachtlassung der Grundsätze einer wirtschaftlichen Verwaltung selbst herbeigeführt hat.

**Ausgleich unterschiedlicher Strukturen**

**§ 447b.** (1) Für den Ausgleich unterschiedlicher Strukturen (§ 447a Abs. 6 Z 1) sind folgende Bestimmungsgrößen zu berücksichtigen:

1. Beitragseinnahmen und Einnahmen aus der Rezeptgebühr, abzüglich jener strukturell bedingten Ausgaben, die nicht in den

**Vorgeschlagene Fassung****Aufgehoben**

**Geltende Fassung**

Durchschnittskosten nach Z 2 abgebildet werden;

2. Durchschnittskosten nach Alter und Geschlecht der Anspruchsberechtigten, welche über alle Gebietskrankenkassen in einjährigen Altersstufen zu ermitteln sind, sowie für Anspruchsberechtigte, für die außergewöhnlich hohe Leistungen erbracht werden. Anspruchsberechtigte, für die außergewöhnlich hohe Leistungen erbracht werden, sind solche, deren jährliche Heilmittelaufwendungen höher sind als bei den verbleibenden 99 % aller Leistungsbezieher und Leistungsbezieherinnen;
3. regionale Belastungen, ermittelt aus den Datengrundlagen und Berechnungsergebnissen nach Z 2, die die Durchschnittskosten nach Z 2 übersteigen. Aufwendungen für stationäre Anstaltspflege bleiben hierbei unberücksichtigt;
4. Belastungen aus der Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f.

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

1. aus den Rechnungsabschlüssen der Gebietskrankenkassen,
2. aus den endgültigen Überweisungen der Gebietskrankenkassen nach § 447f und
3. – anonymisiert – zumindest aus den Daten der Gebietskrankenkassen, die für die Leistungsinformation an die Versicherten nach § 81 Abs. 1 verwendet werden,

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.

(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.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****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. 11 Z 1 nach Maßgabe des Einlangens und nach Maßgabe der Abs. 5, 16 und 17.

(4) bis (6) unverändert.

(7) 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) Die Mittel des Fonds werden aufgebracht durch:
1. die Überweisungen nach § 447a Abs. 11 Z 2;

**Vorgeschlagene Fassung****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 Abs. 6a nach Maßgabe des Einlangens und nach Maßgabe der Abs. 5, 16 und 17.

(4) bis (6) unverändert.

(6a) Der Bundesminister für Finanzen überweist an den Fonds für die Jahre ab 2020 einen Betrag von 8 282 506,06 Euro jeweils im September des Jahres.

(7) unverändert.

(18) Die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz setzt mit Verordnung für das Jahr 2020 und die folgenden Jahre jene Beträge und Aufteilungsschlüssel der §§ 149 und 447f fest, wie sie in Folge der Strukturreform der Sozialversicherungsträger durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. xx/2018 neu zu berechnen sind.

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

§ 447h. (1) Beim Dachverband ist ein Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung zu errichten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Dachverbandes 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 Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz vorzulegen.

(1a) Der Bundesminister für Finanzen überweist an den Fonds für die Jahre ab 2020 einen Betrag von 4 141 253,03 Euro jeweils im September des Jahres.

- (2) Die Mittel des Fonds werden aufgebracht durch:
1. die Überweisungen nach Abs. 1a;

**Geltende Fassung**

## 2. sonstige Einnahmen.

(3) Die Mittel des Fonds sind für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie für vom Hauptverband koordinierte Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention zu verwenden. Mindestens 10% dieser Mittel sind jeweils für bundesweite Maßnahmen zur Förderung und Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention 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 dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und die Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention vorzulegen. Dieser Bericht hat insbesondere zu beinhalten:

1. die zahlenmäßige Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie eine Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen,
2. eine Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie einer Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre,
3. die Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind,
4. eine gezielte Evaluierung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen nach spezifischen Risikogruppen,
5. die Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.

**Vorgeschlagene Fassung**

## 2. sonstige Einnahmen.

(3) Die Mittel des Fonds sind für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie für vom Dachverband koordinierte Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention zu verwenden. Mindestens 10% dieser Mittel sind jeweils für bundesweite Maßnahmen zur Förderung und Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention zu verwenden; der Dachverband hat die Verwendung dieser Mittel bis 31. August jedes Jahres zu planen und mit der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz abzustimmen. Die Überweisung der verbleibenden Mittel an die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau als Träger der Krankenversicherung erfolgt nach Maßgabe des Einlangens unter Berücksichtigung der Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Beschluss der Konferenz.

(4) Der Dachverband hat bis zum 30. Juni über das jeweils vorangegangene Jahr dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und die Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention vorzulegen. Dieser Bericht hat insbesondere zu beinhalten:

1. die zahlenmäßige Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie eine Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen,
2. eine Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie einer Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre,
3. die Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind,
4. eine gezielte Evaluierung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen nach spezifischen Risikogruppen,
5. die Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention, die in Koordination durch den Dachverband (teil-)finanziert wurden.

**Geltende Fassung**  
**Zahngesundheitsfonds**

**§ 447i.** (1) Beim **Hauptverband** ist ein Fonds für Zahngesundheit 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 vorzulegen.

(2) und (3) unverändert.

(4) Der **Hauptverband** hat die Mittel nach Abs. 2 unter Bedachtnahme auf die Aufwendungen für Kieferregulierungen nach den §§ 153a dieses Bundesgesetzes, 94a GSVG, 95a BSVG sowie 69a B-KUVG angemessen aufzuteilen. Tritt der Falle des § 80c Abs. 4 ein, so ist nach Vorliegen der endgültigen Ergebnisse der tatsächlich angefallene Aufwand heranzuziehen.

(5) unverändert.

**ABSCHNITT VI**  
**Aufsicht des Bundes**

**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 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 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,

**Vorgeschlagene Fassung**  
**Zahngesundheitsfonds**

**§ 447i.** (1) Beim **Dachverband** ist ein Fonds für Zahngesundheit zu errichten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des **Dachverbandes** 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 vorzulegen.

(2) und (3) unverändert.

(4) Der **Dachverband** hat die Mittel nach Abs. 2 unter Bedachtnahme auf die Aufwendungen für Kieferregulierungen nach den §§ 153a dieses Bundesgesetzes, 94a GSVG, 95a BSVG sowie 69a B-KUVG angemessen aufzuteilen. Tritt der Falle des § 80c Abs. 4 ein, so ist nach Vorliegen der endgültigen Ergebnisse der tatsächlich angefallene Aufwand heranzuziehen.

(5) unverändert.

**ABSCHNITT VI**  
**Aufsicht des Bundes**

**Aufsichtsbehörden**

**§ 448.** (1) Die Versicherungsträger und der Dachverband samt ihren Anstalten und Einrichtungen unterliegen der Aufsicht des Bundes. Die Aufsicht ist von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz auszuüben.

(2) 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,

**Geltende Fassung**

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.

(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 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 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 Verbandsvorstandes des Hauptverbandes) entspricht. Bei mehrfacher Aufsichtstätigkeit gebührt nur eine, und zwar die jeweils höhere Aufwandsentschädigung.

(4) Der/Die Vertreter/Vertreterin des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und der/die Vertreter/Vertreterin des Bundesministers für Gesundheit können gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen eine Rechtsvorschrift verstoßen, der/die Vertreter/Vertreterin des Bundesministers für Finanzen gegen Beschlüsse, welche die finanziellen

**Vorgeschlagene Fassung**

Fonds oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung, an denen der Dachverband oder mindestens ein Versicherungsträger im Rahmen eines solchen Finanzierungs- und Betreibermodells beteiligt ist. Dies gilt jedenfalls so lange, als die Beteiligung des Dachverbandes bzw. der Versicherungsträger ein Ausmaß von mindestens 50% umfasst oder die Gesellschafts- oder Stimmrechtsanteile mindestens 50% betragen. Im Fall einer Minderheitsbeteiligung des Dachverbandes bzw. der Versicherungsträger sind die Aufsichtsrechte des Bundes in geeigneter Weise sicherzustellen.

(3) Die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz kann bestimmte Bedienstete ihres Bundesministeriums mit der Aufsicht über die Versicherungsträger und den Dachverband betrauen; der Bundesminister für Finanzen kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper der Versicherungsträger und des Dachverbandes einen Vertreter/eine Vertreterin zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes entsenden. Den mit der Ausübung der Aufsicht bzw. mit der Wahrung der Interessen des Bundes betrauten Bediensteten und ihren Stellvertreter/innen sind Aufwandsentschädigungen zu gewähren, deren Höhe 14 % bzw. für die Stellvertreter/innen 7 % des Gehaltes eines Abgeordneten zum Nationalrat entspricht und die monatlich auszuzahlen sind. Bei mehrfacher Aufsichtstätigkeit gebührt nur eine, und zwar die jeweils höhere Aufwandsentschädigung.

(4) Der Vertreter/die Vertreterin der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz kann gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen eine Rechtsvorschrift oder in wichtigen Fragen (§ 449 Abs. 2) gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verstoßen oder die die finanziellen Interessen des Bundes berühren,

**Geltende Fassung**

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.

**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, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erstrecken; sie sollen sich in diesen Fällen 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.

(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 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

**Vorgeschlagene Fassung**

Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vertreter/die Vertreterin des Bundesministers für Finanzen kann Einspruch mit aufschiebender Wirkung gegen Beschlüsse erheben, die die finanziellen Interessen des Bundes berühren oder in wichtigen Fragen (§ 449 Abs. 2) gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verstoßen. Der/die Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben wurde, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen. Bei einem Einspruch des Vertreters/der Vertreterin des Bundesministers für Finanzen hat die Aufsichtsbehörde die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu treffen.

**Aufgaben der Aufsicht**

**§ 449.** (1) Die Aufsichtsbehörde hat die Gebarung der Versicherungsträger und des Dachverbandes zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Sie kann ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erstrecken. Sie soll sich in diesen Fällen auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsträger und des Dachverbandes nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörde kann in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(2) Wichtige Fragen im Sinne des Abs. 1 sind insbesondere die Einhaltung der im Rahmen der Zielsteuerung nach § 441f abgestimmten Ziele, die Sicherstellung einer nachhaltig ausgeglichenen Gebarung sowie Beschlüsse, deren finanzielle Auswirkungen im Ausmaß von 10 Millionen Euro innerhalb eines Kalenderjahres oder mehrerer Kalenderjahre übersteigen. Auch alle Angelegenheiten nach § 432 Abs. 3 sind wichtige Fragen im Sinne des Abs. 1.

**Geltende Fassung**

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 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 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.

**Vorgeschlagene Fassung**

(3) 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 Träger der Pensionsversicherung als Empfänger/innen des Bundesbeitrages nach § 80 auch gegenüber dem Bundesminister für Finanzen. Die Aufsichtsbehörde kann die Satzungen und Krankenordnungen jederzeit überprüfen und Änderungen solcher Bestimmungen verlangen, die mit dem Gesetz in Widerspruch stehen oder dem Zweck der Versicherung zuwiderlaufen. Wird diesem Verlangen nicht binnen drei Monaten entsprochen, so kann sie die erforderlichen Verfügungen von Amts wegen treffen.

(4) 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/innen entsenden, denen beratende Stimme zukommt. Die Aufsichtsbehörde, der/die mit der Aufsicht betraute Bedienstete der Aufsichtsbehörde und der Vertreter/die Vertreterin 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. Auf Verlangen des Vertreters/der Vertreterin der Aufsichtsbehörde oder des Vertreters/der Vertreterin des Bundesministers für Finanzen sind Punkte von der Tagesordnung abzusetzen; dieses Verlangen kann für ein und denselben Tagesordnungspunkt zwei Mal gestellt werden.

(5) Die Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Versicherungsträger (den Dachverband) amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei sie sich bei Untersuchungen der Versicherungsträger der Mitwirkung des Dachverbandes sowie geeigneter Sachverständiger bedienen kann. Bei Untersuchungen der Pensionsversicherungsanstalt kann der Bundesminister für Finanzen durch einen Vertreter/eine Vertreterin mitwirken. Die Aufsichtsbehörde hat eine solche amtliche Untersuchung anzuordnen, wenn der Bundesminister für Finanzen dies zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes verlangt.

**Geltende Fassung****Entscheidungsbefugnis**

§ 450. (1) Die Aufsichtsbehörde hat vorbehaltlich der gesetzlichen Bestimmungen über die Zuständigkeit anderer Stellen und unbeschadet der Rechte Dritter bei Streit über Rechte und Pflichten der Verwaltungskörper und deren Mitglieder sowie über die Auslegung der Satzung zu entscheiden. In Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich beider Bundesminister oder ausschließlich in den Wirkungsbereich des jeweils anderen Bundesministers fallen, entscheidet jener Bundesminister, der die Aufsicht ausübt, im Einvernehmen mit dem anderen Bundesminister.

(2) Die Aufsichtsbehörde ist berechtigt, wenn ein Träger der Krankenversicherung seiner Verpflichtung zur Abfuhr der anderen Stellen gebührenden Beiträge oder zur Weiterleitung der für fremde Rechnung eingehobenen Beiträge, Umlagen und dergleichen nicht nachkommt, die zur Sicherstellung der pünktlichen Abfuhr erforderlichen Veranlassungen namens des säumigen Trägers der Krankenversicherung selbst zu treffen.

**Vorläufiger Verwalter**

§ 451. (1) Die Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der im gleichen Verhältnis wie der aufgelöste Verwaltungskörper aus Vertretern der Dienstgeber und der Dienstnehmer bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 420 Abs. 2 bis 6 und 432 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 421 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) Die Bestimmungen des Abs.1 über die Auflösung eines Verwaltungskörpers und die Übertragung der vorläufigen Geschäftsführung und Vertretung auf einen vorläufigen Verwalter sind entsprechend anzuwenden, solange und soweit ein Verwaltungskörper die ihm obliegenden Geschäfte nicht ausführt.

**Vorgeschlagene Fassung****Entscheidungsbefugnis**

§ 450. (1) Die Aufsichtsbehörde hat vorbehaltlich der gesetzlichen Bestimmungen über die Zuständigkeit anderer Stellen und unbeschadet der Rechte Dritter bei Streit über Rechte und Pflichten der Verwaltungskörper und deren Mitglieder sowie über die Auslegung der Satzung zu entscheiden.

(2) Die Aufsichtsbehörde ist berechtigt, wenn ein Träger der Krankenversicherung seiner Verpflichtung zur Abfuhr der anderen Stellen gebührenden Beiträge oder zur Weiterleitung der für fremde Rechnung eingehobenen Beiträge, Umlagen und dergleichen nicht nachkommt, die zur Sicherstellung der pünktlichen Abfuhr erforderlichen Veranlassungen namens des säumigen Trägers der Krankenversicherung selbst zu treffen.

**Vorläufige Geschäftsführung und Vertretung**

§ 451. (1) Die Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer Acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter/einer vorläufigen Verwalterin zu übertragen. Diesem/dieser ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der im gleichen Verhältnis wie der aufgelöste Verwaltungskörper aus Vertreter/inne/n der Dienstgeber/innen und der Dienstnehmer/innen bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden. Die §§ 420 Abs. 2 bis 6 und 432 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter/die vorläufige Verwalterin hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner/ihrer Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach § 421 zu treffen. Ihm/ihr obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 über die Auflösung eines Verwaltungskörpers und die Übertragung der vorläufigen Geschäftsführung und Vertretung auf einen vorläufigen Verwalter/eine vorläufige Verwalterin sind entsprechend anzuwenden, solange und soweit ein Verwaltungskörper die ihm obliegenden Geschäfte nicht ausführt.

**Geltende Fassung**

(3) Verfügungen des vorläufigen Verwalters, die über den Rahmen laufender Geschäftsführung hinausgehen, wie insbesondere derartige Verfügungen über die dauernde Anlage von Vermögensbeständen im Werte von mehr als 14 534,57 Euro, über den Abschluß von Verträgen, die den Versicherungsträger für länger als sechs Monate verpflichten, und über den Abschluß, die Änderung oder Auflösung von Dienstverträgen mit einer Kündigungsfrist von mehr als drei Monaten oder von unkündbaren Dienstverträgen bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

**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.

**Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht**

§ 452a. Gegen Bescheide der Aufsichtsbehörde und wegen Verletzung ihrer Entscheidungspflicht kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.

**Satzung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes)**

§ 453. (1) Die Satzung hat, soweit dies gesetzlich vorgesehen und nicht der Regelung durch die Krankenordnung überlassen ist, die Tätigkeit der Versicherungsträger zu regeln und insbesondere Bestimmungen zu enthalten:

1. bis 3. unverändert.

4. über die Zahl der Mitglieder der Beiräte und deren Bestellung.

(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

**Vorgeschlagene Fassung**

(3) Verfügungen des vorläufigen Verwalters/der vorläufigen Verwalterin, die über den Rahmen laufender Geschäftsführung hinausgehen, wie insbesondere derartige Verfügungen über die dauernde Anlage von Vermögensbeständen im Wert von mehr als 14 534,57 €, über den Abschluss von Verträgen, die den Versicherungsträger für länger als sechs Monate verpflichten, und über den Abschluss, die Änderung oder Auflösung von Dienstverträgen mit einer Kündigungsfrist von mehr als drei Monaten oder von unkündbaren Dienstverträgen, bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

**Kosten der Aufsicht**

§ 452. Die Kosten der von der Aufsichtsbehörde angeordneten Maßnahmen belasten den Versicherungsträger (Dachverband). Zur Deckung der durch die Aufsicht erwachsenden sonstigen Kosten haben die Versicherungsträger und der Dachverband durch Entrichtung einer Aufsichtsgebühr beizutragen. Deren Höhe hat die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz nach Anhörung des betreffenden Versicherungsträgers (des Dachverbandes) zu bestimmen.

**Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht**

§ 452a. Gegen Bescheide der Aufsichtsbehörde und wegen Verletzung ihrer Entscheidungspflicht kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.

**Satzung der Versicherungsträger (des Dachverbandes)**

§ 453. (1) Die Satzung hat, soweit dies gesetzlich vorgesehen und nicht der Regelung durch die Krankenordnung überlassen ist, die Tätigkeit der Versicherungsträger zu regeln und insbesondere Bestimmungen zu enthalten:

1. bis 3. unverändert.

4. Aufgehoben.

(2) Durch die Satzung des Versicherungsträgers (des Dachverbandes) kann vorgesehen werden, dass Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich der Hauptversammlung oder des Verwaltungsrates (der Konferenz) fallen, bei Gefahr im Verzug zur Abwendung eines dem Versicherungsträger (dem Dachverband) drohenden Schadens bzw. zur Sicherung eines dem Versicherungsträger (dem Dachverband) entgehenden Vorteiles vorläufig durch Verfügung des/der Vorsitzenden des Verwaltungsrates (der Konferenz) zu regeln sind, wenn der in

**Geltende Fassung**

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) unverändert.

**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) unverändert.

**Krankenordnung der Träger der Krankenversicherung**

§ 456. (1) Die Träger der Krankenversicherung haben eine Krankenordnung aufzustellen, die insbesondere die Pflichten der Versicherten und der

**Vorgeschlagene Fassung**

Betracht kommende Verwaltungskörper nicht rechtzeitig zusammentreten kann. Die Verfügungen sind im Einvernehmen mit dem Stellvertreter/der Stellvertreterin des/der Vorsitzenden des Verwaltungsrates (der Konferenz) zu treffen, bei ihrer Abwesenheit, ihrer Verhinderung oder fehlenden Zustimmung sind sie nicht gültig. Der/Die Vorsitzende des Verwaltungsrates (der Konferenz) hat in derartigen Fällen vom zuständigen Verwaltungskörper die nachträgliche Genehmigung einzuholen.

(3) unverändert.

**Satzung des Dachverbandes**

§ 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) Die Konferenz des Dachverbandes hat für den Bereich der Krankenversicherung eine Mustersatzung zu beschließen und kann Bestimmungen dieser Mustersatzung für alle Versicherungsträger für verbindlich erklären. 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) unverändert.

**Krankenordnung der Träger der Krankenversicherung**

§ 456. (1) Die Träger der Krankenversicherung haben eine Krankenordnung aufzustellen, die insbesondere die Pflichten der Versicherten und der

**Geltende Fassung**

Leistungsempfänger im Leistungsfall, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und die Kontrolle der Kranken zu regeln hat. § 455 Abs. 1 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass für die Genehmigung der Krankenordnung und jeder ihrer Änderungen ausschließlich die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zuständig ist.

(2) und (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) Die Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper und jede ihrer Änderungen sind innerhalb von vier Wochen nach der Beschlußfassung dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen gesondert zur Kenntnis zu bringen.

(3) Die Geschäftsordnungen der Vorstände (der Trägerkonferenz, des Verbandsvorstandes) 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

**Vorgeschlagene Fassung**

Leistungsempfänger/innen im Leistungsfall, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und die Kontrolle der Kranken zu regeln hat. Für die Genehmigung der Krankenordnung und jeder ihrer Änderungen ist die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zuständig.

(2) und (3) unverändert.

**Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper**

**§ 456a.** (1) Die einzelnen Verwaltungskörper der Versicherungsträger und des Dachverbandes 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) Die Geschäftsordnungen (samt Anhang) der Verwaltungskörper und jede ihrer Änderungen sind innerhalb von vier Wochen nach der Beschlussfassung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur Genehmigung vorzulegen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Grundsätze der jeweiligen Mustergeschäftsordnung eingehalten werden.

(3) Die Geschäftsordnungen der Verwaltungsräte haben Anhänge zu enthalten, in denen der Zeitpunkt und der Wortlaut ihrer Beschlüsse anzuführen sind, mit denen sie einzelne ihrer Obliegenheiten dem Obmann/der Obfrau oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen haben. Diese Anhänge sind in ihrer jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertreter/innen des Versicherungsträgers sowie der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur Kenntnis zu bringen und außerdem im Internet zu verlautbaren.

(4) Die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hat bis längstens 1. April 2019 durch Verordnung für den Verwaltungsrat und die Hauptversammlung gesonderte Mustergeschäftsordnungen aufzustellen, wobei die Mustergeschäftsordnung für den Verwaltungsrat auch einen Anhang nach Abs. 3 zu enthalten hat. Diese

**Geltende Fassung**

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 Kriegsoferversorgung**

§ 458. Die Behörden der Arbeitslosenversicherung sowie der Kriegsoferversorgung 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 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 Kriegsoferversorgung nach § 458 zu erlassen.

**Vorgeschlagene Fassung**

Mustergeschäftsordnungen gelten so lange unmittelbar als Geschäftsordnungen für die genannten Verwaltungskörper, bis für den einzelnen Verwaltungskörper eine Geschäftsordnung nach Abs. 1 erlassen worden ist.

(5) Die Abs. 3 und 4 sind auf die Verwaltungskörper des Dachverbandes sinngemäß anzuwenden.

**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 **Dachverband** 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 **Dachverband** bekanntzugeben.

**Mitwirkung der Behörden der Arbeitslosenversicherung und der Kriegsoferversorgung**

§ 458. Die Behörden der Arbeitslosenversicherung sowie der Kriegsoferversorgung sind verpflichtet, den Trägern der Sozialversicherung und dem **Dachverband** 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 und Soziales hat nach Anhörung des **Dachverbandes** 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 Kriegsoferversorgung nach § 458 zu erlassen.

**Geltende Fassung****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:

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 Umfangs 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

**Vorgeschlagene Fassung****Mitwirkung bei der Feststellung von Kindererziehungszeiten**

**§ 459d.** (1) Die **Österreichische Gesundheitskasse** als Kompetenzzentrum nach **§ 25 Abs. 2 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 **Dachverband** zu übermitteln:

1. bis 11. unverändert.

(2) Der **Dachverband** 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 Umfangs von Leistungen nach diesem Bundesgesetz, dem GSVG und dem BSVG verwendet werden.

**Zusammenwirken bei der Gesundheitsversorgung**

**§ 459e.** (1) Die Sozialversicherungsträger und der **Dachverband** 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 **Dachverbandes**) 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

**Geltende Fassung**

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.

(1a) Der **Hauptverband** und die Krankenversicherungsträger sind berechtigt, zur Unterstützung der Ausbildung von Turnusärztinnen und -ärzten nach den §§ 12 und 12a des Ärztegesetzes 1998 befristete Ausbildungsverhältnisse im Rahmen eines Dienstverhältnisses einzugehen. Diese Dienstverhältnisse sind im Dienstpostenplan nicht zu berücksichtigen.

(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) unverändert.

(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) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung**

abgeschlossen werden und der **Dachverband** vor dem Abschluß schriftlich zugestimmt hat. Die Versicherungsträger und der **Dachverband** 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.

(1a) Der **Dachverband** und die Krankenversicherungsträger sind berechtigt, zur Unterstützung der Ausbildung von Turnusärztinnen und -ärzten nach den §§ 12 und 12a des Ärztegesetzes 1998 befristete Ausbildungsverhältnisse im Rahmen eines Dienstverhältnisses einzugehen. Diese Dienstverhältnisse sind im Dienstpostenplan nicht zu berücksichtigen.

(2) unverändert.

(3) Die Bediensteten der Versicherungsträger (des **Dachverbandes**) 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) unverändert.

(3b) Ist ein Bediensteter (eine Bedienstete) eines Versicherungsträgers (des **Dachverbandes**) 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 **Dachverbandes** dürfen erst nach vorher eingeholter Zustimmung des jeweils zuständigen Bundesministers (§ 446 Abs. 3 Z 1 und 2) bestellt und entlassen werden.

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

(5) unverändert.

**Geltende Fassung****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.

**Träger der Krankenversicherung**

**§ 471i.** Zur Durchführung der Krankenversicherung ist die **nach dem Wohnsitz der versicherten Person örtlich zuständige Gebietskrankenkasse** berufen, es sei denn, die versicherte Person ist

1. und 2. unverändert

einem **der im § 23 Abs. 1 angeführten Versicherungsträger** zugehörig. Sodann ist dieser Träger zur Durchführung der Krankenversicherung zuständig.

**Vorgeschlagene Fassung****Elektronische Datenverarbeitung**

**§ 460d.** Die Versicherungsnummer nach § 31 Abs. 4 Z 1 sowie die bei den Sozialversicherungsträgern (**Dachverband**) 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.

**Träger der Krankenversicherung**

**§ 471i.** Zur Durchführung der Krankenversicherung ist die **Österreichische Gesundheitskasse** berufen, es sei denn, die versicherte Person ist

1. und 2. unverändert

einem **anderen im § 23 Abs. 1 angeführten Versicherungsträger** zugehörig. Sodann ist dieser Träger zur Durchführung der Krankenversicherung zuständig.

**Geltende Fassung****ABSCHNITT II****Sonderbestimmungen für die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau versicherten Personen****1. UNTERABSCHNITT****Krankenversicherung****2. UNTERABSCHNITT****Unfallversicherung****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. bis 3. unverändert;
4. von den Bestimmungen des Achten Teiles die §§ 421 bis 425, 426 Abs. 1 Z 2 und Abs. 2, 431 bis 434 mit der Maßgabe, daß eine gültige Beschlußfassung über die Satzung und deren Änderung, soweit es sich um Beiträge und Leistungen handelt, oder über die Auflösung eines Trägers der zusätzlichen Pensionsversicherung nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen in jeder der beiden Gruppen erfolgen kann, 436 bis 438, 443, 444, 446, 447, 448 bis 453, 455 Abs. 1, 460, 460a und 460e; § 421 für den Bereich des Pensionsinstitutes der Linz AG mit der weiteren Maßgabe, dass die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber vom Betriebsunternehmer Linz AG für Energie, Telekommunikation, Verkehr und Kommunale Dienste zu entsenden sind.

**Vorgeschlagene Fassung****ABSCHNITT II****Sonderbestimmungen für die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau versicherten Personen****Aufgehoben****Aufgehoben****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. bis 3. unverändert;
4. von den Bestimmungen des Achten Teiles die §§ 421 bis 425, 426 Abs. 1 Z 2 und Abs. 2, 431 bis 434 mit der Maßgabe, daß eine gültige Beschlußfassung über die Satzung und deren Änderung, soweit es sich um Beiträge und Leistungen handelt, oder über die Auflösung eines Trägers der zusätzlichen Pensionsversicherung nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen in jeder der beiden Gruppen erfolgen kann, 436 bis 438, 443, 444, 446, 447, § 448 mit der Maßgabe, dass anstelle von 14 % 5,6% und anstelle von 7 % 2,8 % anzuwenden sind, 449 bis 453, 455 Abs. 1, 460, 460a und 460e; § 421 für den Bereich des Pensionsinstitutes der Linz AG mit der weiteren Maßgabe, dass die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber vom Betriebsunternehmer Linz AG für Energie, Telekommunikation, Verkehr und Kommunale Dienste zu entsenden sind.

**Geltende Fassung**

(3) und (4) unverändert.

**ABSCHNITT IIa**

**Krankenversicherung der öffentlich-rechtlich Bediensteten, die der WIENER LINIEN GmbH & Co KG zur Dienstleistung zugewiesen sind**

**Vorgeschlagene Fassung**

(3) und (4) unverändert.

**Aufgehoben****8. Unterabschnitt****Zusammenführung der Gebietskrankenkassen****Österreichische Gesundheitskasse – Errichtung**

**§ 538t.** (1) Die Burgenländische, Kärntner, Niederösterreichische, Oberösterreichische, Salzburger, Steiermärkische, Tiroler, Vorarlberger und Wiener Gebietskrankenkasse werden ab 1. April 2019 mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2020 zur Österreichischen Gesundheitskasse zusammengeführt. Die Österreichische Gesundheitskasse ist Versicherungsträger im Sinne des § 32.

(2) Alle Rechte und Verbindlichkeiten der im Abs. 1 genannten Gebietskrankenkassen gehen mit 1. Jänner 2020 auf die Österreichische Gesundheitskasse über. Sie ist ab 1. Jänner 2020 zur Durchführung der Verwaltungs- und Leistungssachen zuständig, die nach den am 31. Dezember 2019 geltenden Vorschriften von den in Abs. 1 genannten Gebietskrankenkassen zu besorgen sind. Der Österreichischen Gesundheitskasse obliegt die Erstellung der Rechnungsabschlüsse, der Geschäftsberichte (§ 444 Abs. 1) und der statistischen Nachweisungen (§ 444 Abs. 2) für das Jahr 2019 für die im Abs. 1 genannten Gebietskrankenkassen.

(3) Personen, die am 31. Dezember 2019 in einem Dienstverhältnis zu einer Gebietskrankenkasse stehen, sind ab 1. Jänner 2020 Bedienstete der Österreichischen Gesundheitskasse.

**Österreichische Gesundheitskasse – Versicherungsvertreter/innen und Konstituierung der Verwaltungskörper**

**§ 538u.** (1) Die Versicherungsvertreter/innen der Österreichischen Gesundheitskasse sind erstmals bis 31. März 2019 nach den Bestimmungen der §§ 420 ff. in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 in die

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Hauptversammlung und die Landesstellenausschüsse zu entsenden, wobei die Entsendung mit 1. Jänner 2020 wirksam wird.

(2) Die Mitglieder des Überleitungsausschusses (§ 538v) sind ab 1. Jänner 2020 die Mitglieder des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse. Der/Die Vorsitzende des Überleitungsausschusses und der/die Stellvertreter/in des/der Vorsitzenden übernehmen ab 1. Jänner 2020 die Funktion des/der Obmannes/Obfrau und des/der Stellvertreters/Stellvertreterin.

(3) Die Hauptversammlung (§ 419 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018) und die Landesstellenausschüsse (§ 419 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018) sind vom Verwaltungsrat nach dessen erstmaligem Zusammentreten einzuberufen. Hinsichtlich der Angelobung der Versicherungsvertreter/innen gilt § 431 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018.

(4) Die Amtsdauer nach § 425 beginnt für alle Verwaltungskörper mit 1. Jänner 2020.

**Überleitungsausschuss – Errichtung**

**§ 538v.** (1) Für den Zeitraum 1. April 2019 bis 31. Dezember 2019 wird ein Überleitungsausschuss nach den für den Verwaltungsrat maßgeblichen Bestimmungen der §§ 420 ff. in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 gebildet. Die Mitglieder des Überleitungsausschusses dürfen keinem anderen Verwaltungskörper eines Versicherungsträgers oder des Hauptverbandes angehören. Die §§ 448 und 449 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 sind hinsichtlich des Überleitungsausschusses sinngemäß anzuwenden. Kommt ein gültiger Beschluss (Abs. 3) des Überleitungsausschusses nicht zustande, so kann der/die Vorsitzende, wenn wichtige Interessen der Österreichischen Gesundheitskasse gefährdet scheinen, die Angelegenheit der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur Entscheidung vorlegen. Sind finanzielle Interessen des Bundes berührt, so ist das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen herzustellen.

(2) Im Fall der Verhinderung der im Abs. 1 genannten Versicherungsvertreter/innen kann eine Übertragung des Stimmrechtes nach § 420 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 erfolgen. Im Übrigen finden für die Mitglieder des Überleitungsausschusses die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Versicherungsvertreter/innen in

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 sinngemäß Anwendung.

(3) Die Mitglieder des Überleitungsausschusses sind erstmals von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur konstituierenden Sitzung so einzuladen, dass der Überleitungsausschuss ab 1. April 2019 seine Aufgaben und Obliegenheiten nach § 538w wahrnehmen kann. Mit seinem ersten Zusammentreten ist der Überleitungsausschuss konstituiert. In der konstituierenden Sitzung wählen die Mitglieder des Ausschusses aus ihrer Mitte eine/n Vorsitzende/n und eine/n Stellvertreter/in; das an Lebensjahren älteste Mitglied führt hierbei den Vorsitz. Der/Die Vorsitzende hat der Gruppe der Dienstgeber/innen anzugehören; der/die Stellvertreter/in hat der Gruppe der Dienstnehmer/innen anzugehören. Der Ausschuss ist bei Anwesenheit der Hälfte der Mitglieder beschlussfähig. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit, sofern im § 432 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzblattes BGBl. I Nr. xx/2018 nichts anderes bestimmt ist. Der Ausschuss wird vom Vorsitzenden/von der Vorsitzenden, bei dessen/deren Verhinderung vom seinem/ihrer Stellvertreter/seiner/ihrer Stellvertreterin einberufen. Der Überleitungsausschuss hat sich zur zweckmäßigen Erfüllung seiner Aufgaben auf Basis der von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zu erlassenden Mustergeschäftsordnung eine Geschäftsordnung zu geben.

(4) Die Organisation der Bürogeschäfte des Überleitungsausschusses obliegt bis zur Bestellung des leitenden Angestellten der Österreichischen Gesundheitskasse (§ 538w Abs. 4) einem/einer von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu bestellenden/zu bestellender kommissarischen Leiter/in, der/die von den leitenden Angestellten der Gebietskrankenkassen (des Hauptverbandes) zu unterstützen ist. Der/die kommissarische Leiter/Leiterin kann sich zur Erfüllung seiner/ihrer Aufgaben der Infrastruktur der Gebietskrankenkassen (des Hauptverbandes) bedienen. Mit Bestellung des/der leitenden Angestellten der Österreichischen Gesundheitskasse geht diese Aufgabe auf diese/n über, wobei er/sie von den leitenden Angestellten der Gebietskrankenkassen (des Hauptverbandes) zu unterstützen ist.

(5) Der zur Ausführung der Tätigkeit des Überleitungsausschusses erforderliche sowie auf Grund seiner Beschlüsse anfallende Aufwand ist anteilmäßig im Verhältnis der Anspruchsberechtigten der Gebietskrankenkassen zum Stichtag 1. Jänner 2018 zu tragen. Zur Ermittlung der jeweiligen Anteile sind

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

diese Aufwendungen beim Hauptverband in einem eigenen Rechenkreis darzustellen.

**Überleitungsausschuss – Aufgaben**

**§ 538w.** (1) Folgende Beschlüsse aus dem Wirkungsbereich der Verwaltungskörper der Gebietskrankenkassen sind, unbeschadet der aufsichtsbehördlichen Genehmigungsrechte (§§ 448 und 449 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018), allein durch den Überleitungsausschuss zu fassen:

1. Beschlüsse betreffend EDV und Informatik, mit welchen die Verfügungen über einen 100 000 Euro übersteigenden Betrag getroffen werden;
2. sämtliche Beschlüsse betreffend
  - a. Leiter/innen des gehobenen und des höheren Dienstes sowie Angestellte des bereichsleitenden und des leitenden Dienstes nach der DO. A, soweit diese im Verwaltungsdienst tätig sind,
  - b. Ärzte und Ärztinnen, die nach § 37 Z 1 und 2 DO. B eingereiht sind,
  - c. Höherreihungen außerhalb der am 30. Juni 2018 gültigen Dienstpostenpläne und
  - d. Personalaufnahmen im Verwaltungsbereich.

(2) Der Überleitungsausschuss kann sämtliche Beschlüsse, für deren Wirksamkeit die Zustimmung der Kontrollversammlung erforderlich ist, vor Beschlussfassung im Vorstand der jeweiligen Gebietskrankenkasse an sich ziehen und über diese Angelegenheiten selbst entscheiden. Darüber hinaus kann er auch sämtliche Entscheidungen, die in den Aufgabenbereich des Vorstandes (§ 434) der Gebietskrankenkassen fallen und die sich auf die Zusammenführung der Versicherungsträger auswirken, jederzeit an sich ziehen. Im Übrigen haben die Vorstände der zusammenzuführenden Versicherungsträger die ihnen nach diesem Bundesgesetz zukommenden Aufgaben und Obliegenheiten bis 31. Dezember 2019 zu erfüllen.

(3) Der Überleitungsausschuss hat unter sinngemäßer Anwendung des § 443 für das Jahr 2020 eine konsolidierte Gebarungsvorschaurechnung zu erstellen, sowie längstens bis 31. Dezember 2019 einen Jahresvoranschlag zu beschließen.

(3a) Der Überleitungsausschuss hat die für die Zusammenführung der

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Gebietskrankenkassen erforderlichen vorbereitenden Handlungen zu setzen.

(4) Der Überleitungsausschuss hat für die Österreichische Gesundheitskasse mit Wirkung ab 1. Juli 2019 den/die leitende/n Angestellte/n und dessen/deren drei ständige Stellvertreter/innen sowie mit Wirkung ab 1. Jänner 2020 den leitenden Arzt/die leitende Ärztin und dessen/deren ständige/n Stellvertreter/in für jeweils 5 Jahre (§ 460 Abs. 3a) zu bestellen; hinsichtlich der Bestellung dieser Personen nach dem 31. Dezember 2019 sind die nach diesem Bundesgesetz zuständigen Verwaltungskörper berufen.

(5) Die Gebietskrankenkassen haben dem Überleitungsausschuss auf sein Verlangen sämtliche zur Erfüllung der diesem nach diesem Bundesgesetz übertragenen Aufgaben erforderlichen Mitteilungen zu machen. Der Ausschuss kann die notwendigen Erhebungen durch eines oder mehrere seiner Mitglieder auch unmittelbar bei den einzelnen Versicherungsträgern durchführen.

(6) Der Überleitungsausschuss kann zu allen Sitzungen der Verwaltungskörper der Gebietskrankenkassen Vertreter/innen entsenden, denen beratende Funktion zukommt. Er ist von jeder Sitzung der Verwaltungskörper ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieser Verwaltungskörper; es sind ihm auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Sitzungsprotokolle, Tagesordnungen, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

**Allgemeine Unfallversicherungsanstalt – Versicherungsvertreter/innen und  
Konstituierung der Verwaltungskörper**

**§ 538x.** (1) In die Verwaltungskörper der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt nach den Bestimmungen der §§ 420 ff. in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 sind die Versicherungsvertreter/innen bis 31. März 2019 zu entsenden. Die Entsendung wird nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen wirksam.

(2) Die Entsendung in den Verwaltungsrat (§ 419 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018) wird mit 1. April 2019 wirksam. Dieser hat bis 31. Dezember 2019 ausschließlich die Aufgaben nach § 538w wahrzunehmen, ab 1. Jänner 2020 seine Aufgaben und Obliegenheiten nach § 432 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018. Vom 1. April 2019 bis 31. Dezember 2019 dürfen die Mitglieder des Verwaltungsrates keinem anderen Verwaltungskörper eines Versicherungsträgers oder des Hauptverbandes angehören.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

(3) Die Entsendungen in die Hauptversammlung (§ 419 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018) und in die Landesstellenausschüsse (§ 419 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018) werden mit 1. Jänner 2020 wirksam. Diese Verwaltungskörper haben ihre Aufgaben ab diesem Zeitpunkt wahrzunehmen.

(4) Die Mitglieder des Verwaltungsrates der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt sind erstmals von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur konstituierenden Sitzung so einzuladen, dass der Verwaltungsrat ab 1. April 2019 seine Aufgaben und Obliegenheiten nach § 538w wahrnehmen kann. Mit seinem ersten Zusammentreten ist der Verwaltungsrat konstituiert. In der konstituierenden Sitzung wählen die Mitglieder des Ausschusses aus ihrer Mitte eine/n Vorsitzende/n und eine/n Stellvertreter/in; das an Lebensjahren älteste Mitglied führt hierbei den Vorsitz. Er/Sie muss der Gruppe der Dienstgeber/innen angehören. Der/Die Stellvertreter/in hat jener Gruppe anzugehören, der nicht der/die Vorsitzende/r angehört. Der Verwaltungsrat ist bei Anwesenheit der Hälfte der Mitglieder beschlussfähig. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Der Verwaltungsrat wird vom Vorsitzenden/von der Vorsitzenden, bei dessen/deren Verhinderung vom seinem/ihrem Stellvertreter/seiner/ihrer Stellvertreterin einberufen. Der Verwaltungsrat hat sich zur zweckmäßigen Erfüllung seiner Aufgaben auf Basis der von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zu erlassenden Mustergeschäftsordnung eine Geschäftsordnung zu geben.

(5) Die Hauptversammlung und die Landesstellenausschüsse sind vom Verwaltungsrat erstmals nach dessen Konstituierung so einzuberufen, dass diese ihre Aufgaben ab 1. Jänner 2020 wahrnehmen können. Hinsichtlich der Angelobung der Versicherungsvertreter/innen gilt § 431 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018.

(6) Die Amtsdauer nach § 425 beginnt für alle Verwaltungskörper mit 1. Jänner 2020.

**Pensionsversicherungsanstalt – Versicherungsvertreter/innen und  
Konstituierung der Verwaltungskörper**

**§ 538y.** (1) In die Verwaltungskörper der Pensionsversicherungsanstalt nach den Bestimmungen der §§ 420 ff. in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 sind die Versicherungsvertreter/innen bis 31. März 2019 zu

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

entsenden. Die Entsendung wird nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen wirksam.

(2) Die Entsendung in den Verwaltungsrat (§ 419 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018) wird mit 1. April 2019 wirksam. Dieser hat bis 31. Dezember 2019 ausschließlich die Aufgaben nach § 538w wahrzunehmen, ab 1. Jänner 2020 seine Aufgaben und Obliegenheiten nach § 432 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018. Vom 1. April 2019 bis 31. Dezember 2019 dürfen die Mitglieder des Verwaltungsrates keinem anderen Verwaltungskörper eines Versicherungsträgers oder des Hauptverbandes angehören.

(3) Die Entsendungen in die Hauptversammlung (§ 419 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018) und in die Landesstellenausschüsse (§ 419 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018) werden mit 1. Jänner 2020 wirksam. Diese Verwaltungskörper haben ihre Aufgaben ab diesem Zeitpunkt wahrzunehmen.

(4) Die Mitglieder des Verwaltungsrates der Pensionsversicherungsanstalt sind erstmals von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur konstituierenden Sitzung so einzuladen, dass der Verwaltungsrat ab 1. April 2019 seine Aufgaben und Obliegenheiten nach § 538w wahrnehmen kann. Mit seinem ersten Zusammentreten ist der Verwaltungsrat konstituiert. In der konstituierenden Sitzung wählen die Mitglieder des Ausschusses aus ihrer Mitte eine/n Vorsitzende/n und eine/n Stellvertreter/in; das an Lebensjahren älteste Mitglied führt hierbei den Vorsitz. Der/Die Vorsitzende hat der Gruppe der Dienstnehmer/innen anzugehören; der/die Stellvertreter/in hat der Gruppe der Dienstgeber/innen anzugehören. Der erstmalige Wechsel des Vorsitizes nach § 430 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 erfolgt mit 1. Juli 2020. Der Verwaltungsrat ist bei Anwesenheit der Hälfte der Mitglieder beschlussfähig. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Der Verwaltungsrat wird vom Vorsitzenden/von der Vorsitzenden, bei dessen/deren Verhinderung vom seinem/ihrem Stellvertreter/seiner/ihrer Stellvertreterin einberufen. Der Verwaltungsrat hat sich zur zweckmäßigen Erfüllung seiner Aufgaben auf Basis der von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zu erlassenden Mustergeschäftsordnung eine Geschäftsordnung zu geben.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

(5) Die Hauptversammlung und die Landesstellenausschüsse sind vom Verwaltungsrat erstmals nach dessen Konstituierung so einzuberufen, dass diese ihre Aufgaben ab 1. Jänner 2020 wahrnehmen können. Hinsichtlich der Angelobung der Versicherungsvertreter/innen gilt § 431 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018.

(6) Die Amtsdauer nach § 425 beginnt für alle Verwaltungskörper mit 1. Jänner 2020.

**Dachverband der Sozialversicherungsträger – Mitglieder und  
Konstituierung der Verwaltungskörper**

**§ 538z.** (1) Der/Die jeweilige Vorsitzende des Verwaltungsrates bzw. Überleitungsausschusses der Sozialversicherungsträger sowie deren Stellvertreter/in sind ab 15. April 2019 Mitglieder der Überleitungskonferenz, die in sinngemäßer Anwendung des § 441a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 zu bilden ist. Die §§ 448 und 449 sind hinsichtlich des Überleitungsausschusses sinngemäß anzuwenden.

(2) Die Mitglieder der Überleitungskonferenz sind ab 1. Jänner 2020 die Mitglieder der Konferenz und haben ab diesem Zeitpunkt ihre Aufgaben und Obliegenheiten nach § 441c in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 wahrzunehmen.

(3) Die weiteren Mitglieder des Verwaltungsrates eines Sozialversicherungsträgers sind ab 1. Jänner 2020 Mitglieder der Hauptversammlung (§ 441b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018). Sie hat ihre Aufgaben ab diesem Zeitpunkt wahrzunehmen. Die Hauptversammlung ist von der Überleitungskonferenz erstmals nach deren Konstituierung so einzuberufen, dass sie ihre Aufgaben ab 1. Jänner 2020 wahrnehmen kann. Hinsichtlich der Angelobung der Mitglieder gilt § 431 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018.

(4) Die Amtsdauer nach § 425 beginnt für alle Verwaltungskörper mit 1. Jänner 2020.

(5) Die Mitglieder der Überleitungskonferenz sind erstmals von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur konstituierenden Sitzung so einzuladen, dass die Überleitungskonferenz ab 15. April 2019 ihre Aufgaben und Obliegenheiten nach Abs. 7 wahrnehmen kann. Mit ihrem ersten Zusammentreten ist die Überleitungskonferenz konstituiert. Den

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Vorsitz führt der/die Vorsitzende des Überleitungsausschusses für die Österreichische Gesundheitskasse. Die Überleitungskonferenz wird vom Vorsitzenden/von der Vorsitzenden, bei dessen/deren Verhinderung von dem/der Stellvertreter/in einberufen. Die Überleitungskonferenz hat sich zur zweckmäßigen Erfüllung ihrer Aufgaben auf Basis der von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zu erlassenden Mustergeschäftsordnung eine Geschäftsordnung zu geben.

(6) Die Überleitungskonferenz hat bis 31. Dezember 2019 ausschließlich die Aufgaben nach Abs. 7 wahrzunehmen. Für die Beschlussfähigkeit und die Beschlussfassung gilt § 441a Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018. Kommt ein gültiger Beschluss der Überleitungskonferenz nicht zustande, so kann der/die Vorsitzende, wenn wichtige Interessen des Dachverbandes gefährdet scheinen, die Angelegenheit der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur Entscheidung vorlegen. Sind finanzielle Interessen des Bundes berührt, so ist das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen herzustellen.

(7) Die Aufgaben der Überleitungskonferenz sind:

1. die Bestellung des/der Generalsekretärs/-sekretärin mit Wirkung ab 1. Juli 2019;
2. Erstellung des Voranschlags für 2020;
3. Vorbereitung der Überstellung der Mitarbeiter/innen des Hauptverbandes.

(8) Die Organisation der Bürogeschäfte der Überleitungskonferenz obliegt bis zur Bestellung des/der Generalsekretärs/Generalsekretärin des Dachverbandes (Abs. 7 Z 1) einem/einer von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu bestellenden/zu bestellender kommissarischen Leiter/in, der/die von den leitenden Angestellten des Hauptverbandes zu unterstützen ist. Mit Bestellung des/der Generalsekretärs/Generalsekretärin des Dachverbandes geht diese Aufgabe auf diese/n über, wobei er/sie von den leitenden Angestellten des Hauptverbandes zu unterstützen ist.

(9) Das Büro des Hauptverbandes hat die Überleitungskonferenz bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen. Der Hauptverband hat der Überleitungskonferenz auf sein Verlangen sämtliche zur Erfüllung der dieser nach diesem Bundesgesetz übertragenen Aufgaben erforderlichen Mitteilungen

**Geltende Fassung****Schlussbestimmungen zu Art. 10 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 59/2018**

§ 716. (1) unverändert.

(2) Bis zum Ablauf des Jahres 2019 sind Beschlüsse der Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, dem GSVG, dem BSVG, dem B-KUVG und dem NVG sowie des Hauptverbandes in Liegenschafts- und Bauangelegenheiten nur dann zulässig, wenn sie die laufende Instandhaltung und Instandsetzung betreffen. Nicht davon betroffen sind Maßnahmen der Neuorganisation der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, die zur Hebung von Synergien und Strukturbereinigungsmaßnahmen notwendig sind. Dies gilt auch nicht für Beschlüsse, die zur Abwendung eines drohenden Schadens für den Versicherungsträger oder den Hauptverband unbedingt erforderlich sind.

(3) Bis zum Ablauf des Jahres 2019 dürfen die im Abs. 2 genannten Versicherungsträger und der Hauptverband

1. Leiter/innen des gehobenen und des höheren Dienstes sowie Angestellte des bereichsleitenden und des leitenden Dienstes nach der DO. A, soweit diese im Verwaltungsdienst tätig sind, und

2. Ärzte und Ärztinnen, die nach § 37 Z 1 und 2 DO. B eingereicht sind,

nur befristet (wieder)bestellen, und zwar längstens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019.

(4) unverändert.

(5) Bis zum Ablauf des Jahres 2019 sind bei den im Abs. 2 genannten Versicherungsträgern und beim Hauptverband keine Personalaufnahmen im Verwaltungsbereich zulässig. Nachbesetzungen von Personalabgängen im Verwaltungsbereich können jedoch erfolgen, wenn diese von dem zum 1. Jänner 2018 gültigen Dienstpostenplan gedeckt sind.

**Vorgeschlagene Fassung**

zu machen. Der Ausschuss kann die notwendigen Erhebungen durch eines oder mehrere seiner Mitglieder auch unmittelbar bei den einzelnen Versicherungsträgern durchführen.

(10) Die Überleitungskonferenz kann zu allen Sitzungen der Verwaltungskörper des Hauptverbandes Vertreter/innen entsenden, denen beratende Funktion zukommt. Er ist von jeder Sitzung der Verwaltungskörper ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieser Verwaltungskörper; es sind ihm auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Sitzungsprotokolle, Tagesordnungen, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

**Schlussbestimmungen zu Art. 10 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 59/2018**

§ 716. (1) unverändert.

(2) Aufgehoben.

(3) Aufgehoben.

(4) unverändert.

(5) Aufgehoben.

**Geltende Fassung**

(6) Höherreichungen außerhalb der am 30. Juni 2018 gültigen Dienstpostenpläne sind bis zum Ablauf des Jahres 2019 unzulässig.

(7) Für die nach § 342 abzuschließenden Gesamtverträge oder bei Änderungen von Gesamtverträgen ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 der nachhaltig ausgeglichene Gebarung gegenüber den im § 342 Abs. 2a sonst angeführten Zielsetzungen der Vorrang zu geben. Dies gilt auch für alle anderen Gesamtverträge und sonstigen Vereinbarungen mit Anbieter/inne/n von Gesundheitsdienstleistungen. Honorarabschlüsse, durch die das Honorarvolumen (einschließlich Frequenzentwicklung) stärker ansteigt als die prognostizierte Beitragseinnahmentwicklung des jeweiligen Trägers, sind unzulässig. Kommt im Falle eines befristeten Ablaufes kein neuer Gesamtvertrag zustande, so bleibt der bisherige Gesamtvertrag bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 aufrecht.

(8) unverändert.

**Vorgeschlagene Fassung**

(6) Aufgehoben.

(7) Aufgehoben.

(8) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018**

**§ 718.** (1) Es treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2019 die §§ 51 Abs. 1 Z 2, 53a Abs. 1, 319a Abs. 2, 447f Abs. 18 sowie der 8. Unterabschnitt des Abschnittes I des Zehnten Teiles samt Überschrift;
2. mit 1. Jänner 2020 die Überschrift zu § 3, die §§ 3 Abs. 1 und 4, 5 Abs. 1 Z 3 lit. b und c sowie Z 9, 5a samt Überschrift, 7 Z 2 lit. a und c, Z 3 lit. b, Z 4, 8 Abs. 1 Z 1 lit. a sublit. bb und cc, Abs. 1 Z 3 lit. e, 9 erster Satz, 11 Abs. 2, 12 Abs. 7, 14 Abs. 2 erster Satz, 15 Abs. 3 Z 3, 16 Abs. 4 und 5, die Überschrift zu Abschnitt III des Ersten Teiles, der erste und zweite Unterabschnitt des Abschnittes III des Ersten Teiles samt Überschriften, 3. Unterabschnitt des Abschnittes III des Ersten Teiles samt Überschriften, 31, 31a Abs. 1 erster Satz, Abs. 4 letzter Satz, Abs. 7 erster Satz, Abs. 8 dritter und vierter Satz, Abs. 9 letzter Satz und Abs. 10 zweiter Satz, 31b Abs. 1 erster und zweiter Satz, Abs. 2 erster, zweiter, fünfter und neunter Satz, Abs. 3 zweiter Satz sowie Abs. 4 erster Satz, 31c Abs. 4 zweiter Satz, 31d Abs. 1, Abs. 2 Einleitung und Abs. 3 erster Satz, die Überschrift zum 5. Unterabschnitt des Abschnittes III des Ersten Teiles, 32 Abs. 1 und 2, 32a Abs. 3, 37c erster Satz, 37d erster Satz, 41 Abs. 1, 42a, 42b Abs. 2, 4 sowie Abs. 5 erster und zweiter Satz, 49 Abs. 4 erster Satz, Abs. 6 und 7 Einleitung, 51d Abs. 4 erster Satz,

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

53b Abs. 1 und 3, 67a Abs. 5 letzter Satz und Abs. 5a, 67c Abs. 1, 70 Abs. 1 erster Satz und Abs. 2 erster Satz sowie Abs. 4, 70a Abs. 1 und 3, 73 Abs. 2, 4 und 5, 74 Abs. 3 Z 3, 75a samt Überschrift, 80a Abs. 6 und 8, 80c Abs. 1, Abs. 2 erster Satz und Abs. 4, 81 Abs. 1 erster Satz, Abs. 2, Abs. 2a, Abs. 2b erster Satz und Abs. 3 letzter Satz, 81a, 82 Abs. 1 erster Satz und Abs. 3 erster Satz und Abs. 5 erster Satz, 84 Abs. 6, 84a Abs. 1 erster Satz, Abs. 2 Einleitung, Abs. 3 und Abs. 5 Z 2 sowie letzter Satz, 84c, 85 Abs. 2, 99 Abs. 3 Z 1 lit. b, 109 erster und zweiter Satz, 110 Abs. 1 Z 1, Z 2 lit. a und b sowie Z 3, 131 Abs. 1, 132a Abs. 6, 132b Abs. 2 erster Satz, Abs. 4 und 6, 132c Abs. 3 erster Satz, 136 Abs. 5 und 6, 143c Abs. 2 erster und zweiter Satz, 114 Abs. 1 erster Satz, 148 Z 3 zweiter Satz, Abs. 8 zweiter Satz und Abs. 10 zweiter Satz, 149 Abs. 1 erster Satz, Abs. 3 erster und zweiter Satz, Abs. 3a, Abs. 3b erster Satz und Abs. 4 zweiter Satz, 152 samt Überschrift, 153a Abs. 3 erster und zweiter Satz sowie Abs. 5 erster und zweiter Satz, 154a Abs. 7 vierter Satz, 155 Abs. 4, 194 erster Satz, 231 Z 1 lit. b, 232 Abs. 3, 307c zweiter Satz, 307d Abs. 2 Z 1, 307g Abs. 3 und 4, die Überschrift zum Fünften Teil, 318 Abs. 1 Einleitung, 319a Abs. 1 und Abs. 5 erster Halbsatz, Überschrift zum 4. Unterabschnitt des Fünften Teiles, 321 Abs. 2, 322 Abs. 2, 322a Abs. 1, Abs. 2 erster Satz, Abs. 6, Abs. 7 erster Halbsatz und Abs. 8 erster Halbsatz, 322b Abs. 1 erster Satz und Abs. 2 dritter Satz, die Überschrift zum Sechsten Teil, 338 Abs. 1 erster bis dritter Satz, 339 Abs. 1 erster und zweiter Satz, die Überschrift zu Abschnitt III des Sechsten Teiles, 340 Abs. 1 und 3, 340a zweiter Satz, 341 Abs. 1, 342 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 1 Z 3 und 6 sowie Abs. 2b und 2c, 342a Abs. 4 dritter Satz und Abs. 5 erster Satz, 342b Abs. 1 zweiter und dritter Satz sowie Abs. 4, 342c Abs. 3 zweiter Satz, Abs. 7 zweiter Satz, Abs. 12 dritter Satz und Abs. 13 erster Satz, 342d Abs. 1 und Abs. 2 letzter Satz, 343 Abs. 1 fünfter Satz und Abs. 1a, 343a Abs. 1 erster Halbsatz, 343b Abs. 1, 343c Abs. 1, 343d Abs. 2 Z 2, 343e Abs. 1 erster Satz, Abs. 2 erster Satz sowie Abs. 4 dritter und vierter Satz, 343f erster bis dritter Satz, 345 Abs. 1 letzter Satz, 346 Abs. 2 dritter Satz, Abs. 4 Z 3 und Abs. 5 vierter und fünfter Satz, 347 Abs. 2 erster Satz, Abs. 3, 3a, 4, 6 dritter und vierter Satz und Abs. 7, 347b Abs. 2 erster und zweiter Satz sowie Abs. 3, 348 Abs. 1, Abs. 2 zweiter Satz und Abs. 4 erster Satz, Überschrift zu Abschnitt III des Sechsten Teiles, 348a Abs. 3 Einleitung, 348b Abs. 1 und 2, 348c Abs. 1 erster

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Satz, Abs. 2 und Abs. 3 dritter Satz, 348d Abs. 2 zweiter Satz, Abs. 3 erster und vierter Satz, Abs. 4 zweiter und vierter Satz sowie Abs. 5, 348e Abs. 1 erster und zweiter Satz sowie Abs. 2 zweiter Satz, 348g zweiter Satz, Überschrift zu IV des Sechsten Teiles, 349 Abs. 2 zweiter und dritter Satz, 349a zweiter Satz, 350 Abs. 1 Z 3, 351a erster Halbsatz, 351c Abs. 1 erster, dritter und vierter Satz, Abs. 2 Einleitung, Abs. 5 erster Satz, Abs. 6 fünfter Satz, Abs. 9a Z 1 dritter Satz und Z 3, Abs. 10 Z 1 Einleitung und lit. b zweiter Satz, Z 2 Einleitung und lit. b zweiter Satz, Z 3 erster Satz, Z 4 sowie Z 5 und 11 erster, dritter und fünfter Satz, die Überschrift zu § 351d, 351d Abs. 1 erster Satz und Abs. 3, 351e Abs. 1 zweiter Satz und Abs. 2 erster Halbsatz, 351f Abs. 1 erster, dritter und vierter Satz sowie Abs. 2 erster Satz, 351g Abs. 1 erster und letzter Satz, Abs. 1a zweiter, dritter, vierter und letzter Satz, Abs. 1b zweiter Satz, Abs. 1c zweiter Satz, Abs. 2 dritter und vierter Satz, Abs. 3, Abs. 4 erster und dritter Satz sowie Abs. 5, 351h Abs. 2, Abs. 3 erster bis dritter Satz, Abs. 4 erster und dritter Satz sowie Abs. 5 erster, zweiter, vierter und fünfter Satz, 351i Abs. 3 zweiter Satz, 351j Abs. 1 vierter Satz, 354 Z 1, 355 Z 5, 360 Abs. 1 erster und zweiter Satz, Abs. 3 erster Satz, Abs. 5 sowie Abs. 6 erster und vierter Satz, 360a erster und zweiter Satz, 412a Einleitung sowie Z 2 lit. a, 412b Abs. 1 und 2, 412c Abs. 1 bis 4, 412d Z 1 und 2, 413 samt Überschrift, der Abschnitt I des Achten Teiles, die Abschnitte II und III des Achten Teiles samt Überschriften, Abschnitt IVa des Achten Teiles samt Überschriften, 443 und 444 samt Überschriften, 446 Abs. 1 erster und zweiter Satz, Abs. 3 sowie Abs. 4 erster Satz, 446a erster Satz, 447 Abs. 1 und 1a, 447a samt Überschrift, 447f Abs. 3 Z 4 und Abs. 6a, 447h samt Überschrift, 447i Abs. 1 erster und zweiter Satz sowie Abs. 4 erster Satz, der Abschnitt VI des Achten Teiles, Überschrift zu 453, 453 Abs. 1 Z 4, Abs. 2 und 3, die Überschrift zu 454, 455 Abs. 2 erster Satz, 456 Abs. 1 und 2, 456a, 457 Abs. 1 und 3, 458 erster Satz, 459, 459d Abs. 1 und Abs. 2 erster Satz, 459e Abs. 1 erster Satz, 460 Abs. 1 erster, vierter und fünfter Satz, Abs. 1a erster Satz, Abs. 3 erster Satz, Abs. 3b, 4 und 4a, 460d erster Satz, 460 Abs. 4a, 460d erster Satz, 471i sowie 479 Abs. 2 Z 4.

**(2) Es treten außer Kraft:**

1. mit Ablauf des 31. Dezember 2018 die §§ 79c samt Überschrift, 347 Abs. 5;

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

2. mit Ablauf des 31. März 2019 § 716 Abs. 2, 3 und 5 bis 7;
3. mit Ablauf des 31. Dezember 2019 § 70 Abs. 3, 71 samt Überschrift, 129 samt Überschrift sowie 319a Abs. 6, der Abschnitt IV des Achten Teiles, 445 samt Überschrift, 447b samt Überschrift, der erste und zweite Unterabschnitt des Abschnittes II sowie der Abschnitt IIa des Neunten Teiles samt Überschriften;
4. mit Ablauf des 31. Dezember 2022 § 319a samt Überschrift.

(3) Für die Erstattung von Beiträgen, die vor dem 1. Jänner 2019 entrichtet wurden, sind weiterhin die §§ 70 und 70a in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung anzuwenden; dies gilt nicht, soweit diese Beiträge zusammen mit Beiträgen, die ab 1. Jänner 2019 entrichtet wurden, für ein bestimmtes Kalenderjahr entrichtet wurden.

(4) § 131 Abs. 1 tritt zu dem Zeitpunkt in Kraft, den die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz durch Verordnung festsetzt. Die Verordnung ist zu erlassen, sobald für die Österreichische Gesundheitskasse ein Gesamtvertrag nach § 341 abgeschlossen wurde und ein einheitlicher Leistungskatalog wirksam wird.

(5) § 319a samt Überschrift tritt mit 31. Dezember 2022 außer Kraft. Der im § 319a Abs. 6 vorgesehene besondere Pauschbetrag ist von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt letztmalig für das Jahr 2019 zu überweisen.

(6) Die zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen mit der Österreichischen Ärztekammer oder den örtlich zuständigen Ärztekammern sowie die zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden Verträge dieser Versicherungsträger mit den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen zur Erbringung der Leistungen der Krankenversicherung gelten bis zu neuen Vertragsabschlüssen durch die Österreichische Gesundheitskasse weiter. Die gesetzlichen Kündigungs- und Erlöschenstatbestände mit Ausnahme der §§ 342c Abs. 4 Z 1 und 2 sowie 343 Abs. 2 Z 1 und 2 bleiben von diesem Rechtsübergang unberührt.

(7) Die nach §§ 342c Abs. 3 und 343 Abs. 1 in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern bestehende Wirksamkeit der Verträge bleibt für diesen Teilbereich der

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen ab dem 1. Jänner 2020 solange aufrecht, bis ein neuer Gesamtvertrag nach § 57 Abs. 2 SVSG abgeschlossen wird.

(8) Die Betriebskrankenkassen der Wiener Verkehrsbetriebe, Mondi, voestalpine Bahnsysteme, Zeltweg und Kapfenberg werden mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2020 aufgelöst. Das zum Stichtag 31. Dezember 2019 vorhandene Vermögen und die Verbindlichkeiten der Betriebskrankenkassen Mondi, voestalpine Bahnsysteme, Zeltweg und Kapfenberg, abzüglich des in Abs. 9 genannten Betrages, gehen mit 1. Jänner 2020 auf die Österreichische Gesundheitskasse über. Dies gilt nicht, sofern mittels Betriebsvereinbarung eine betriebliche Wohlfahrtseinrichtung im Sinne des § 5a errichtet wurde. Das zum Stichtag 31. Dezember 2019 vorhandene Vermögen und die Verbindlichkeiten der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe, abzüglich des in Abs. 9 genannten Betrages, gehen entsprechend des Versichertenstandes zum Stichtag 31. Dezember 2019 auf die Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau über. Die eigene Einrichtung der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe geht mit 1. Jänner 2020 auf die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau über.

(9) Die Betriebsunternehmer der in Abs. 2 genannten Betriebe können zum Zweck der Aufrechterhaltung des für die Versicherten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen der jeweiligen Betriebskrankenkasse zum Zeitpunkt der Auflösung bestehenden Leistungsniveaus jeweils eine Privatstiftung zur Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten einrichten. Dieser Stiftung sind von der jeweiligen Betriebskrankenkasse xx% ihres im Jahresabschluss 2019 ausgewiesenen Reinvermögens zu widmen. Näheres ist durch Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zu regeln.

(10) Bezüglich des im Abs. 8 verfügten Vermögensüberganges auf die Österreichische Gesundheitskasse bzw. die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau wird Folgendes festgelegt:

1. Der Jahresbericht für das Geschäftsjahr 2019 der Betriebskrankenkassen ist von der Österreichischen Gesundheitskasse bzw. der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau zu erstellen. Alle Schriften, Bücher und Akten der Betriebskrankenkassen sind mit 1. Jänner 2020 der Österreichischen

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Gesundheitskasse bzw. der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau zu übergeben.

2. Die Österreichische Gesundheitskasse bzw. die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau hat
  - a. zur Nachweisung der Übernahme des Vermögens der mit 31. Dezember 2019 aufgelösten Betriebskrankenkassen dieses (Aktiva/Passiva) in geeigneten Aufzeichnungen gesondert zu erfassen; abweichende Zuordnungen von Aktiva und Passiva in der Vermögensrechnung sind näher zu begründen;
  - b. in ihrer Schlussbilanz zum 31. Dezember 2020 in der Einzelnachweisung zu den Posten allgemeine Rücklage, Leistungssicherungsrücklage und Unterstützungsfonds die übernommenen Vermögensteile jeweils gesondert als „Vermögensübertragung“ anzugeben;
  - c. in ihrem Geschäftsbericht für das Jahr 2020 jedenfalls über das übernommene Vermögen (Aktiva/Passiva) sowie über den zum 1. Jänner 2020 übernommenen Versichertenstand näher zu berichten;
  - d. die Aufbewahrungsfristen nach § 58 der Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes (Rechnungsvorschriften – RV) hinsichtlich aller übernommenen Bücher, Aufzeichnungen und sonstigen Unterlagen zu beachten.

(11) Die Österreichische Gesundheitskasse hat bis längstens 31. Dezember 2020 eine Satzung und eine Krankenordnung zu erlassen, die an die Stelle der von den Gebietskrankenkassen erlassenen Satzungen bzw. Krankenordnungen tritt. Bis zur Erlassung dieser Satzung (Krankenordnung) gelten die Satzungen (Krankenordnungen) der Gebietskrankenkassen weiter.

(12) Für die am 31. Dezember 2019 beim Hauptverband beschäftigten Bediensteten kommen mit Wirkung vom 1. Jänner 2020 folgende Regelungen zur Anwendung:

1. Das Dienstverhältnis eines/einer Bediensteten, der/die in einer im Abs 18 genannten Abteilungen beschäftigt ist, geht mit Wirkung vom 1. Jänner 2020 auf den Dachverband über. Bedienstete der hier nicht angeführten

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Abteilungen gehen im Rahmen ihrer Abteilung in die Österreichische Gesundheitskasse über.

2. Durch Erklärung des Dienstgebers/der Dienstgeberin kann der/die Bedienstete entsprechend seinem/ihrer bisherigen Aufgabenbereich einer Organisationseinheit bzw. einem Arbeitsplatz des Dachverbandes oder des Versicherungsträgers zur dauernden Dienstleistung zugewiesen werden.

3. Dem/Der Bediensteten bleiben die ihm/ihr aus dem bisherigen Dienstverhältnis und der auf ihn/sie anzuwendenden Dienstordnung zustehenden Rechte unverändert gewahrt.

(13) Die bisher dem Hauptverband zukommende Kollektivvertragsfähigkeit geht mit 1. Jänner 2020 auf den Dachverband über. Normen der kollektiven Rechtsgestaltung bleiben aufrecht.

(14) Für Bedienstete, die am 31. Dezember 2019 mit einer Funktion nach § 460 Abs. 3a betraut sind, finden hinsichtlich der Entgeltbedingungen abweichend von § 460 Abs. 3b die Regelungen des § 36 Abs. 3 DO. A bzw. des § 36 Abs. 2 DO. B sinngemäß Anwendung. Diese Bediensteten dürfen jedoch auch vor Ablauf der Befristung im Rahmen der Organisationsreform mit einem Dienstposten des bereichsleitenden Dienstes oder eines anderen gehobenen Aufgabenfeldes betraut werden.

(15) Sozialversicherungsbedienstete, die sich am 31. Dezember 2018 in einem aufrechten Dienstverhältnis befanden, dürfen dienstgeberseitig nicht aus dem alleinigen Grund der Organisationsänderungen durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. xx/2018 gekündigt werden.

(16) Der Überleitungsausschuss bzw. ab 1. Jänner 2020 die Österreichische Gesundheitskasse hat der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und dem Dachverband ab 1. Juni 2019 monatlich über den Umsetzungsstand der Zusammenführung der Gebietskrankenkassen zu berichten. Näheres über die Art und den Umfang der Berichterstattung hat die Bundesministerin mit Verordnung festzusetzen.

(17) Der Dachverband hat dafür Sorge zu tragen, dass für die Sozialversicherungsbediensteten die besondere Fach- und Führungskräfteausbildung einschließlich der Abschlussprüfungen (§§ 30a Abs. 1 Z 3 und 30b Abs. 1 Z 2) in Kooperation mit bestehenden Fachhochschulen ab 1. Jänner 2021 als Kolloquien erfolgen können.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

(18) Folgende Abteilungen des Hauptverbandes, basierend auf dem Anhang zur Geschäftsordnung des Hauptverbandes gehen in den Dachverband über.

1. Finanz- und Rechnungswesen einschließlich Fondsverwaltung
2. Statistik, Grundlagen und Versicherungsmathematik
3. Dienstrecht, Akademie und Personal
4. Allgemeine Rechtsangelegenheiten, interne Revision und Organisation der Selbstverwaltung mit Ausnahme der Öffentlichkeitsarbeit
5. Trägerübergreifendes Controlling (TÜC)
6. Aus dem Bereich der internationalen Angelegenheiten verbleibt das Büro in Brüssel beim Dachverband
7. IT-Management inklusive SVC, Schnittstelle ITSV sowie IT-Organisation.

Unabhängig davon kann die Konferenz der Sozialversicherungsträger weitere Personalkörper oder Mitarbeiter durch Beschluss an Sozialversicherungsträger übertragen:

**Zuständigkeitsänderungen**

§ 719. Sind auf Grund von Änderungen dieses Bundesgesetzes Änderungen im sachlichen Wirkungsbereich der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) vorgesehen, so gelten auch die Zuständigkeitsvorschriften in anderen Bundesgesetzen als entsprechend geändert.

**Ersetzung von Begriffen**

§ 720. Werden in anderen Bundesgesetzen die in der linken Spalte genannten Begriffe verwendet, so treten mit 1. Jänner 2020 an deren Stelle - in der grammatikalisch richtigen Form - die in der rechten Spalte genannten Begriffe. Dies gilt nicht für die Verwendung dieser Begriffe in Schluss- und Übergangsbestimmungen sowie in In-Kraft-Tretens- und Außer-Kraft-Tretens-Bestimmungen.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	Dachverband der Sozialversicherungsträger
---	---

Wiener Gebietskrankenkasse	Österreichische Gesundheitskasse
Niederösterreichische Gesundheitskasse	Österreichische Gesundheitskasse
Burgenländische Gebietskrankenkasse	Österreichische Gesundheitskasse
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	Österreichische Gesundheitskasse

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Steiermärkische Gebietskrankenkasse	Österreichische Gesundheitskasse
Kärntner Gebietskrankenkasse	Österreichische Gesundheitskasse
Salzburger Gebietskrankenkasse	Österreichische Gesundheitskasse
Tiroler Gebietskrankenkasse	Österreichische Gesundheitskasse
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	Österreichische Gesundheitskasse
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

**Artikel 2****Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes****Teilversicherung in der Kranken- bzw. Pensionsversicherung**

§ 3. (1) Pflichtversichert in der Krankenversicherung sind

1. und 2. unverändert.
3. BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001, wenn nach § 28 KBGG die **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft** zuständig ist;
4. Bezieher von Familienzeitbonus nach dem Familienzeitbonusgesetz (FamZeitbG), BGBl. I Nr. 53/2016, wenn nach § 4 FamZeitbG die **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft** zuständig ist.

(2) bis (5) unverändert.

**Teilversicherung in der Kranken- bzw. Pensionsversicherung**

§ 3. (1) Pflichtversichert in der Krankenversicherung sind

1. und 2. unverändert.
3. BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001, wenn nach § 28 KBGG die **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** zuständig ist;
4. Bezieher von Familienzeitbonus nach dem Familienzeitbonusgesetz (FamZeitbG), BGBl. I Nr. 53/2016, wenn nach § 4 FamZeitbG die **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** zuständig ist.

(2) bis (5) unverändert.

**Geltende Fassung****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.

**ABSCHNITT III**  
**Versicherungsträger**

**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 hiezu 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 sublit. aa nicht übersteigt.

**Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge zur Pensionsversicherung bei Ausübung mehrerer versicherungspflichtiger Erwerbstätigkeiten**

§ 35a. (1) **Übt ein nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in der Pensionsversicherung Pflichtversicherter auch eine Erwerbstätigkeit aus, die die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz begründet, und macht der Versicherte glaubhaft, daß die Summe aus den Beitragsgrundlagen in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz einschließlich der Sonderzahlungen und den Beitragsgrundlagen in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz**

**Vorgeschlagene Fassung****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 **Dachverband** (§ 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 **Dachverband** dadurch erwachsen, sind diesem von der ersuchenden Stelle zur Gänze zu erstatten.

**Aufgehoben.****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 Dachverband hiezu erlassenen Richtlinien** (§ 30a Abs. 1 Z 17) 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 sublit. aa nicht übersteigt.

**Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge zur Pensionsversicherung bei Ausübung mehrerer versicherungspflichtiger Erwerbstätigkeiten**

§ 35a. (1) **Übt eine in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherte Person auch eine Erwerbstätigkeit aus, die die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG begründet, so ist die vorläufige Beitragsgrundlage in der Pensionsversicherung (§ 25a) für die Monate der gleichzeitigen Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG und nach diesem Bundesgesetz so festzusetzen, dass die Summe aus**

**Geltende Fassung**

die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 48 für im Kalenderjahr liegende Beitragsmonate der Pflichtversicherung, wobei sich deckende Beitragsmonate nur einmal zu zählen sind, überschreiten wird, so ist die vorläufige Beitragsgrundlage in der Pensionsversicherung (§ 25a) für die Monate eines gleichzeitigen Bestandes der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und nach diesem Bundesgesetz in einer Höhe festzusetzen, die voraussichtlich nicht zu einer solchen Überschreitung führt.

(2) bis (4) unverändert.

**Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge zur Krankenversicherung bei Ausübung mehrerer versicherungspflichtiger Erwerbstätigkeiten**

**§ 35b. (1)** Übt ein nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in der Krankenversicherung Pflichtversicherter auch eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus, die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG oder B-KUVG begründen, und macht der Versicherte glaubhaft, daß die Summe aus den monatlichen Beitragsgrundlagen in der Krankenversicherung (einschließlich der Sonderzahlungen) in den Pflichtversicherungen in der Krankenversicherung nach diesem und den anderen Bundesgesetzen die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 48 für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung, wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, überschreiten wird, so ist die Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz für die Monate eines gleichzeitigen Bestandes der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz und anderen Bundesgesetzen vorläufig in einer Höhe festzusetzen, die voraussichtlich nicht zu einer solchen Überschreitung führt (vorläufige Differenzbeitragsgrundlage). Können die

**Vorgeschlagene Fassung**

1. den Beitragsgrundlagen in der Pensionsversicherung nach dem ASVG (einschließlich der Sonderzahlungen) und
2. den Beitragsgrundlagen in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz

die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen nach § 48 für die im Kalenderjahr liegenden Beitragsmonate der Pflichtversicherung voraussichtlich nicht überschreitet; sich deckende Beitragsmonate sind dabei nur einmal zu zählen.

(2) bis (4) unverändert.

**Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge zur Krankenversicherung bei Ausübung mehrerer versicherungspflichtiger Erwerbstätigkeiten**

**§ 35b. (1)** Übt eine in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherte Person auch eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus, die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG und/oder B-KUVG begründen, so ist die Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz für die Monate der gleichzeitigen Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem und anderen Bundesgesetzen vorläufig so festzusetzen, dass die Summe aus den monatlichen Beitragsgrundlagen (einschließlich der Sonderzahlungen) in der Krankenversicherung nach diesen Bundesgesetzen die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen nach § 48 für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung voraussichtlich nicht überschreitet (vorläufige Differenzbeitragsgrundlage); sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung sind dabei nur einmal zu zählen. Können die vorgenannten Voraussetzungen erst nach Ablauf des Beitragsjahres festgestellt werden, so ist eine vorläufige Festsetzung der Beitragsgrundlage so lange zulässig, als die Summe der monatlichen Beitragsgrundlagen für dieses

**Geltende Fassung**

vorgenannten Voraussetzungen erst nach Ablauf des Beitragsjahres festgestellt werden, so ist eine vorläufige Festsetzung der Beitragsgrundlage so lange zulässig, als die Summe der monatlichen Beitragsgrundlagen für dieses Kalenderjahr noch nicht endgültig festgestellt werden kann. § 36 Abs. 2 ist anzuwenden.

(2) bis (5) unverändert.

**Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung**

**§ 36.** (1) Überschreitet bei in der Krankenversicherung Pflichtversicherten nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in einem Kalenderjahr die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen, einschließlich der Sonderzahlungen, die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 48 für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung (Abs. 2), wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, so ist der Beitrag zur Krankenversicherung, der auf den Überschreibungsbetrag entfällt, dem Versicherten vom leistungszuständigen Versicherungsträger mit 4%, soweit jedoch ein Zusatzbeitrag nach § 27c geleistet wurde, mit 7,4% zu erstatten.

(2) unverändert.

(3) Der (die) Versicherte kann bei sonstigem Ausschluß bis zum Ablauf des dem Beitragsjahr drittfolgenden Kalenderjahres für die im Beitragsjahr fällig gewordenen Beiträge bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft den Antrag auf Erstattung stellen. Ein Antrag kann auch für die folgenden Beitragsjahre gestellt werden.

(4) Der dem/der Versicherten zu erstattende Betrag ist nach dem Verhältnis der Summen aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen (einschließlich der Sonderzahlungen) nach diesem Bundesgesetz, dem ASVG, BSVG und B-KUVG aufzuteilen. Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hat Anspruch auf Ersatz des Anteils des Krankenversicherungsträgers nach dem ASVG, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter.

**Vorgeschlagene Fassung**

Kalenderjahr noch nicht endgültig festgestellt werden kann. § 36 Abs. 2 ist anzuwenden.

(2) bis (5) unverändert.

**Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung**

**§ 36.** (1) Überschreitet bei in der Krankenversicherung Pflichtversicherten nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in einem Kalenderjahr die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen, einschließlich der Sonderzahlungen, die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 48 für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung (Abs. 2), wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, so hat der leistungszuständige Versicherungsträger nach Abs. 3 der versicherten Person die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge zur Krankenversicherung in jener Höhe zu erstatten, in der diese Beiträge von der versicherten Person zu tragen sind.

(2) unverändert.

(3) Der Versicherungsträger hat die Beitragserstattung bis zum 30. Juni des Kalenderjahres, das dem Jahr der gänzlichen Entrichtung der Beiträge zur Krankenversicherung für ein Kalenderjahr folgt, durchzuführen, erstmals bis zum 30. Juni 2020 für die im Jahr 2019 gänzlich für ein Kalenderjahr entrichteten Beiträge, wenn er von der versicherten Person und ihren Angehörigen am geringsten in Anspruch genommen worden ist.

(4) Der dem/der Versicherten zu erstattende Betrag ist nach dem Verhältnis der Summen aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen (einschließlich der Sonderzahlungen) nach diesem Bundesgesetz, dem ASVG, BSVG und B-KUVG aufzuteilen. Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen hat Anspruch auf Ersatz des Anteils des Krankenversicherungsträgers nach dem ASVG und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau.

**Geltende Fassung****Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge**

§ 41. (1) und (2) unverändert.

(3) Wenn für eine Person auf Grund einer bestimmten Tätigkeit nachträglich statt der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz die Pflichtversicherung nach dem ASVG festgestellt wird, so hat die **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft**

1. und 2. unverändert.

Soweit aus diesem Grund Beiträge zur Pflichtversicherung in der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung zu Ungebühr entrichtet wurden, sind diese an den für die Beitragseinhebung zuständigen Krankenversicherungsträger zu überweisen. Abs. 1 ist nicht anzuwenden. Der zuständige Versicherungsträger hat die überwiesenen Beiträge auf die ihm geschuldeten Beiträge anzurechnen. Übersteigen die anzurechnenden die dem zuständigen Versicherungsträger geschuldeten Beiträge, so ist der Überschuss der versicherten Person durch den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten.

(4) bis (6) unverändert.

**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. Diese Information hat weiters für die Versicherten und ihre Angehörigen den Hinweis zu enthalten, dass ELGA-Teilnehmer/innen der jederzeitige generelle Widerspruch (§ 15 Abs. 2 des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 [GTelG 2012], BGBl. I Nr. 111/2012), das jederzeitige Einsichtsrecht (§ 16 Abs. 1 Z 1 GTelG 2012), das Recht auf Aufnahme von ELGA-Gesundheitsdaten (§ 16 Abs. 2 Z 1 GTelG 2012), der Widerspruch im Einzelfall (§ 16 Abs. 2 Z 2 GTelG 2012), die Bestimmung der individuellen Zugriffsberechtigungen für Gesundheitsdiensteanbieter und ELGA-

**Vorgeschlagene Fassung****Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge**

§ 41. (1) und (2) unverändert.

(3) Wenn für eine Person auf Grund einer bestimmten Tätigkeit nachträglich statt der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz die Pflichtversicherung nach dem ASVG festgestellt wird, so hat die **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen**

1. und 2. unverändert.

Soweit aus diesem Grund Beiträge zur Pflichtversicherung in der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung zu Ungebühr entrichtet wurden, sind diese an den für die Beitragseinhebung zuständigen Krankenversicherungsträger zu überweisen. Abs. 1 ist nicht anzuwenden. Der zuständige Versicherungsträger hat die überwiesenen Beiträge auf die ihm geschuldeten Beiträge anzurechnen. Übersteigen die anzurechnenden die dem zuständigen Versicherungsträger geschuldeten Beiträge, so ist der Überschuss der versicherten Person durch den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten.

(4) bis (6) unverändert.

**Aufgehoben**

**Geltende Fassung**

Gesundheitsdaten (§ 16 Abs. 1 Z 2 GTelG 2012) sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme der ELGA-Ombudsstelle (§ 17 GTelG 2012) offensteht.

(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 vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, zulässig.

**Unterstützungsfonds**

§ 44. (1) Der Versicherungsträger kann einen Unterstützungsfonds anlegen.

(2) Dem Unterstützungsfonds können

1. für den Bereich der Krankenversicherung bis zu 3 vT der Erträge an Versicherungsbeiträgen,
2. für den Bereich der Pensionsversicherung bis zu 1,25 vT der Erträge an Versicherungsbeiträgen nach § 27 Abs. 1 Z 2

überwiesen werden.

(3) Überweisungen nach Abs. 2 dürfen nur insoweit erfolgen, daß die Mittel des Unterstützungsfonds am Ende des Geschäftsjahres

1. im Bereich der Krankenversicherung den Betrag von 15 vT der Erträge an Versicherungsbeiträgen aus dieser Versicherung,
2. im Bereich der Pensionsversicherung den Betrag von 2,5 vT der in Abs. 2 Z 2 bezeichneten Erträge

nicht übersteigen.

(4) Die Mittel des Unterstützungsfonds können in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse der zu unterstützenden Person, verwendet werden

1. für Unterstützungen nach Maßgabe der hierfür vom Vorstand zu erlassenden Richtlinien;

**Vorgeschlagene Fassung****Aufgehoben**

**Geltende Fassung****ABSCHNITT VI  
Befreiung von Abgaben****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 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 § 132b 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** hierzu erlassenen Richtlinien von der

**Vorgeschlagene Fassung****Aufgehoben.****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 **Dachverband der Sozialversicherungsträger** abgeschlossene vertragliche Regelungen in Pauschbeträgen unabhängig von der dem einzelnen Anspruchsberechtigten erbrachten Leistung festgesetzt ist;
- c) bei Sachleistungen, wenn durch die vom **Dachverband der 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 § 132b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien des **Dachverbandes der 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 **Dachverband der Sozialversicherungsträger** hierzu erlassenen Richtlinien von der Einhebung der

**Geltende Fassung**

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 (PensionsbezieherInnen, Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung zu leisten. Die Zuzahlung beträgt pro Verpflegstag

1. bis 3. unverändert.

An die Stelle dieser Zuzahlungsbeträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2012, die unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der versicherten (pensionsbeziehenden) Person von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen oder diese herabzusetzen, und zwar nach Maßgabe der **vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27 ASVG)**. Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im Voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu leisten und darf für jede versicherte (pensionsbeziehende, angehörige) Person für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr eingehoben werden.

**Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

**§ 100.** (1) bis (3) unverändert.

(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.

**Beitrag des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen**

**§ 102d.** Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen leistet der **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft** einen Beitrag in der Höhe von 70% der Aufwendungen für die Leistungen nach § 102a.

**Vorgeschlagene Fassung**

Rezeptgebühr abzusehen.

(6) Der Versicherungsträger hat von der Einhebung der Rezeptgebühr auch bei Erreichen der in den **Richtlinien des Dachverbandes nach § 30a Abs. 1 Z 16 ASVG** vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

**Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung**

**§ 99a.** (1) bis (6) unverändert.

(7) Werden Versicherte (PensionsbezieherInnen, Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung zu leisten. Die Zuzahlung beträgt pro Verpflegstag

1. bis 3. unverändert.

An die Stelle dieser Zuzahlungsbeträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2012, die unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der versicherten (pensionsbeziehenden) Person von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen oder diese herabzusetzen, und zwar nach Maßgabe der **vom Dachverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30a Abs. 1 Z 29 ASVG)**. Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im Voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu leisten und darf für jede versicherte (pensionsbeziehende, angehörige) Person für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr eingehoben werden.

**Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

**§ 100.** (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch nach Maßgabe der **vom Dachverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30a Abs. 1 Z 30 ASVG)** durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

**Beitrag des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen**

**§ 102d.** Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen leistet der **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** einen Beitrag in der Höhe von 70% der Aufwendungen für die Leistungen nach § 102a.

**Geltende Fassung****Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit**

**§ 104a.** (1) bis (5) unverändert.

(6) Der **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger** hat der **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft** die Daten zur Feststellung der Betriebsgröße nach Abs. 2 Z 1 elektronisch zur Verfügung zu stellen.

**Erstattung von Beiträgen in der Pensionsversicherung**

**§ 127b.** (1) Überschreitet in einem Kalenderjahr bei einer oder mehreren die Pflichtversicherung nach dem ASVG begründenden Beschäftigungen und einer oder mehreren die Pflichtversicherung begründenden selbständigen Erwerbstätigkeiten nach diesem Bundesgesetz die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung – einschließlich der Sonderzahlungen – die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen nach § 48 für die im Kalenderjahr liegenden Beitragsmonate der Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit, wobei sich deckende Beitragsmonate nur ein Mal zu zählen sind, so hat die versicherte Person Anspruch auf Beitragserstattung nach **den** Abs. 2 **und** 3. Dies gilt nicht, wenn ausschließlich Beiträge nach dem ASVG entrichtet wurden; in diesen Fällen erfolgt die Beitragserstattung nach § 70 ASVG.

(2) **Bei Anfall einer Leistung aus den Versicherungsfällen des Alters oder der Erwerbsunfähigkeit sind der versicherten Person von Amts wegen zu erstatten:**

1. die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge nach dem **ASVG in halber Höhe und**

2. die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge nach § 27 Abs. 2 Z 1 dieses Bundesgesetzes oder nach § 8 FSVG in voller Höhe,

**jeweils aufgewertet mit dem der zeitlichen Lagerung entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 47).** Ist jedoch das APG anzuwenden, so ist in gleicher Weise nur der Überschreibungsbetrag nach § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG zu erstatten, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit das gesamte Kalenderjahr hindurch bestanden hat; ist dies nicht der Fall, so ist die für die Erstattung maßgebliche Jahreshöchstbeitragsgrundlage abweichend von § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG aus der Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen zu bilden.

**Vorgeschlagene Fassung****Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit**

**§ 104a.** (1) bis (5) unverändert.

(6) Der **Dachverband der Sozialversicherungsträger** hat der **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** die Daten zur Feststellung der Betriebsgröße nach Abs. 2 Z 1 elektronisch zur Verfügung zu stellen.

**Erstattung von Beiträgen in der Pensionsversicherung**

**§ 127b.** (1) Überschreitet in einem Kalenderjahr bei einer oder mehreren die Pflichtversicherung nach dem ASVG begründenden Beschäftigungen und einer oder mehreren die Pflichtversicherung begründenden selbständigen Erwerbstätigkeiten nach diesem Bundesgesetz die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung – einschließlich der Sonderzahlungen – die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen nach § 48 für die im Kalenderjahr liegenden Beitragsmonate der Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit, wobei sich deckende Beitragsmonate nur ein Mal zu zählen sind, so hat die versicherte Person Anspruch auf Beitragserstattung nach Abs. 2. Dies gilt nicht, wenn ausschließlich Beiträge nach dem ASVG entrichtet wurden; in diesen Fällen erfolgt die Beitragserstattung nach § 70 ASVG.

(2) **Der versicherten Person sind zu erstatten:**

1. **45% der auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge nach dem ASVG und**

2. **die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge nach § 27 Abs. 2 Z 1 dieses Bundesgesetzes oder nach § 8 FSVG in voller Höhe,**

**und zwar bis zum 30. Juni des Kalenderjahres, das dem Jahr der gänzlichen Entrichtung dieser Beiträge für ein Kalenderjahr folgt, erstmals bis zum 30. Juni 2020 für die im Jahr 2019 gänzlich für ein Kalenderjahr entrichteten Beiträge; die Aufwertung der Beiträge erfolgt mit dem ihrer zeitlichen Lagerung entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 47).** Ist jedoch das APG anzuwenden, so ist in gleicher Weise nur der Überschreibungsbetrag nach § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG zu erstatten, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit das gesamte Kalenderjahr hindurch bestanden hat; ist dies nicht der Fall, so ist die

**Geltende Fassung**

(3) Die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge sind auf Antrag auch vor Anfall der Leistung nach Abs. 2 zu erstatten. Für die Erstattung der Beiträge gilt Abs. 2 entsprechend.

(4) Die Abs. 1 bis 3 sind auf die Fälle eines Anrechnungsbetrages nach § 13 des Bundesbezügegesetzes, BGBl. I Nr. 64/1997, entsprechend anzuwenden.

**Übertragung der Durchführung von Maßnahmen der Rehabilitation**

§ 166. (1) und (2) unverändert.

(3) Die beteiligten Versicherungsträger bzw. die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die im Abs. 2 genannten Einrichtungen können zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Zahl der in Betracht kommenden Fälle und auf die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten medizinischen bzw. beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation die Zahlung jährlicher Pauschbeträge vereinbaren.

**Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers**

§ 169. (1) unverändert.

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

1. 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);

2. und 3. unverändert.

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) unverändert.

**Kompetenzzentrum Begutachtung**

§ 171a. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Rehabilitation sind unter Beachtung der Grundsätze nach den Richtlinien des Hauptverbandes (§ 31 Abs. 5 Z 36 ASVG) zu erstellen.

(4) Für die Ausbildung von Personen, die zur Erstellung von Gutachten in

**Vorgeschlagene Fassung**

für die Erstattung maßgebliche Jahreshöchstbeitragsgrundlage abweichend von § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG aus der Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen zu bilden.

(3) Aufgehoben.

(4) Die Abs. 1 und 2 sind auf die Fälle eines Anrechnungsbetrages nach § 13 des Bundesbezügegesetzes, BGBl. I Nr. 64/1997, entsprechend anzuwenden.

**Übertragung der Durchführung von Maßnahmen der Rehabilitation**

§ 166. (1) und (2) unverändert.

(3) Die beteiligten Versicherungsträger bzw. die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und die im Abs. 2 genannten Einrichtungen können zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Zahl der in Betracht kommenden Fälle und auf die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten medizinischen bzw. beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation die Zahlung jährlicher Pauschbeträge vereinbaren.

**Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers**

§ 169. (1) unverändert.

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

1. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der vom Dachverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30a Abs. 1 Z 30 ASVG);

2. und 3. unverändert.

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) unverändert.

**Kompetenzzentrum Begutachtung**

§ 171a. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Rehabilitation sind unter Beachtung der Grundsätze nach den Richtlinien des Dachverbandes (§ 30a Abs. 1 Z 37 ASVG) zu erstellen.

(4) Für die Ausbildung von Personen, die zur Erstellung von Gutachten in

**Geltende Fassung**

Angelegenheiten der Versicherungsfälle der Erwerbsunfähigkeit und des Pflegegeldes im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes herangezogen werden dürfen, hat der Versicherungsträger – gemeinsam mit den Trägern der Pensionsversicherung nach dem ASVG und dem BSVG und der **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter** – im Rahmen eines gemeinnützigen Vereines eine Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung aufzubauen und zu betreiben.

**Einrichtung**

§ 189a. Bei der **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft** wird für alle Kunschtchaffenden, insbesondere für die als KünstlerInnen im Sinne des § 2 Abs. 1 K-SVFG tätigen Personen, ein KünstlerInnen-Servicezentrum (im Folgenden kurz „Servicezentrum“) eingerichtet.

**Monitoring**

§ 189d. Die **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft** hat bis zum 30. Juni eines jeden Kalenderjahres, erstmals im Kalenderjahr 2012, dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht über die Tätigkeit des Servicezentrums im jeweils vorangegangenen Kalenderjahr vorzulegen. Der Bericht hat insbesondere eine Evaluierung der vom Servicezentrum erledigten Anträge und Anfragen der KünstlerInnen zu enthalten.

**Vorgeschlagene Fassung**

Angelegenheiten der Versicherungsfälle der Erwerbsunfähigkeit und des Pflegegeldes im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes herangezogen werden dürfen, hat der Versicherungsträger – gemeinsam mit den Trägern der Pensionsversicherung nach dem ASVG und dem BSVG und der **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau** – im Rahmen eines gemeinnützigen Vereines eine Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung aufzubauen und zu betreiben.

**Einrichtung**

§ 189a. Bei der **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** wird für alle Kunschtchaffenden, insbesondere für die als KünstlerInnen im Sinne des § 2 Abs. 1 K-SVFG tätigen Personen, ein KünstlerInnen-Servicezentrum (im Folgenden kurz „Servicezentrum“) eingerichtet.

**Monitoring**

§ 189d. Die **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** hat bis zum 30. Juni eines jeden Kalenderjahres, erstmals im Kalenderjahr 2012, dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht über die Tätigkeit des Servicezentrums im jeweils vorangegangenen Kalenderjahr vorzulegen. Der Bericht hat insbesondere eine Evaluierung der vom Servicezentrum erledigten Anträge und Anfragen der KünstlerInnen zu enthalten.

**Geltende Fassung****ABSCHNITT IV****Beziehungen zu den Vertragspartnern****VIERTER TEIL****Aufbau der Verwaltung****ABSCHNITT I****Haupt-, Landes- und Außenstellen****ABSCHNITT II****Verwaltungskörper****ABSCHNITT III****Aufgaben der Verwaltungskörper****ABSCHNITT IIIa****Beirat****ABSCHNITT IV****Vermögensverwaltung****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**

**Vorgeschlagene Fassung****Aufgehoben.****VIERTER TEIL****Aufbau der Verwaltung****Aufgehoben.****Aufgehoben.****Aufgehoben.****Aufgehoben.****Aufgehoben.****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 **Dachverband der**

**Geltende Fassung**

österreichischen Sozialversicherungsträger bekanntzugeben.

(2) Der Bundesminister für soziale Verwaltung 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.

§ 229a. (1) und (2) unverändert.

(3) Das Verfahren der Übermittlung und der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung von in den Abs. 1 und 2 genannten Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Maßgabe der technisch-organisatorischen Möglichkeiten zu bestimmen. Für die Erfassung der pflichtversicherten Selbständigen sind die im Abs. 2 genannten Einkünfte (aus selbständiger Arbeit und aus Gewerbebetrieb) der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft auch für Kalenderjahre zu übermitteln, die vor dem 1. Jänner 1998 liegen. Diese Kalenderjahre sowie das Verfahren zur Übermittlung der Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu bestimmen.

**ABSCHNITT VIII****Bedienstete****Abschnitt IX****Elektronische Datenverarbeitung****Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes hinsichtlich des Bezuges ausländischer Renten (§ 29a)**

§ 229g. (1) und (2) unverändert.

(3) Das Verfahren der Übermittlung sowie der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung der in Abs. 1 genannten Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz nach Maßgabe der technisch-organisatorischen Möglichkeiten festzulegen. Die Datenübermittlungen sind vollständig in elektronischer Form im Wege des Hauptverbandes vorzunehmen.

**Vorgeschlagene Fassung**

Sozialversicherungsträger bekanntzugeben.

(2) Der Bundesminister für soziale Verwaltung hat nach Anhörung des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger nähere Vorschriften über den Umfang, den Inhalt und die Form der vom Versicherungsträger zu führenden Aufzeichnungen zu erlassen.

§ 229a. (1) und (2) unverändert.

(3) Das Verfahren der Übermittlung und der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung von in den Abs. 1 und 2 genannten Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Maßgabe der technisch-organisatorischen Möglichkeiten zu bestimmen. Für die Erfassung der pflichtversicherten Selbständigen sind die im Abs. 2 genannten Einkünfte (aus selbständiger Arbeit und aus Gewerbebetrieb) der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen auch für Kalenderjahre zu übermitteln, die vor dem 1. Jänner 1998 liegen. Diese Kalenderjahre sowie das Verfahren zur Übermittlung der Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu bestimmen.

**Aufgehoben.****Aufgehoben.****Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes hinsichtlich des Bezuges ausländischer Renten (§ 29a)**

§ 229g. (1) und (2) unverändert.

(3) Das Verfahren der Übermittlung sowie der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung der in Abs. 1 genannten Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz nach Maßgabe der technisch-organisatorischen Möglichkeiten festzulegen. Die Datenübermittlungen sind vollständig in elektronischer Form im Wege des Dachverbandes vorzunehmen.

**Geltende Fassung****Einziehung und Abfuhr der Beiträge zur Unfallversicherung selbständig  
Erwerbstätiger**

§ 250. (1) Der Versicherungsträger hat den Unfallversicherungsbeitrag der gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Unfallversicherung teilversicherten selbständig Erwerbstätigen einzuziehen und die eingezahlten Beiträge bis zum 20. des der Einziehung zweitfolgenden Kalendermonates an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt abzuführen. Für die Einziehung dieser Beiträge gelten die Vorschriften über die Einziehung der Beiträge nach diesem Bundesgesetz entsprechend.

(2) Der Versicherungsträger erhält zur Abgeltung der Kosten, die ihm durch die Einziehung und Abfuhr der Beiträge zur Unfallversicherung entstehen, eine Vergütung, deren Höhe der Bundesminister für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der beteiligten Stellen festzusetzen hat.

**Vorgeschlagene Fassung****Aufgehoben.**

§ 250. (1) Der Versicherungsträger hat den Unfallversicherungsbeitrag der gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Unfallversicherung teilversicherten selbständig Erwerbstätigen einzuziehen und die eingezahlten Beiträge bis zum 20. des der Einziehung zweitfolgenden Kalendermonates an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt abzuführen. Für die Einziehung dieser Beiträge gelten die Vorschriften über die Einziehung der Beiträge nach diesem Bundesgesetz entsprechend.

(2) Der Versicherungsträger erhält zur Abgeltung der Kosten, die ihm durch die Einziehung und Abfuhr der Beiträge zur Unfallversicherung entstehen, eine Vergütung, deren Höhe der Bundesminister für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der beteiligten Stellen festzusetzen hat.

**Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018**

§ 373. (1) Die §§ 3 Abs. 1 Z 3 und 4, 5 Abs. 4, 27c Abs. 4, 35a Abs. 1, 35b Abs. 1, 36 Abs. 1, 3 und 4, 41 Abs. 3, 86 Abs. 6 lit. b und c, 89 Abs. 1, 92 Abs. 5 und 6, 99a Abs. 7, 100 Abs. 4, 102d, 104a Abs. 6, 127b Abs. 1, 2 und 4, 166 Abs. 3, 169 Abs. 2 Z 1, 171a Abs. 3 und 4, 189a, 189d, 228 Abs. 1 und 2, 229a Abs. 3 sowie 229g Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

(2) Der Abschnitt III des Ersten Teiles samt Überschrift, die §§ 43 bis 44 samt Überschriften, der Abschnitt VI des Ersten Teiles samt Überschrift, § 127b Abs. 3, der Abschnitt IV des Dritten Teiles samt Überschrift, die Abschnitte I bis VI, VIII und IX des Vierten Teiles samt Überschriften sowie § 250 samt Überschrift treten mit Ablauf des 31. Dezember 2019 außer Kraft.

(3) Für die Erstattung von Beiträgen, die vor dem 1. Jänner 2019 entrichtet wurden, sind weiterhin die §§ 36 und 127b in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung anzuwenden; dies gilt nicht, soweit diese Beiträge zusammen mit Beiträgen, die ab 1. Jänner 2019 entrichtet wurden, für ein bestimmtes Kalenderjahr entrichtet wurden.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung****Artikel 3****Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes****Teilversicherung in der Krankenversicherung**

§ 4. In der Krankenversicherung sind überdies auf Grund dieses Bundesgesetzes pflichtversichert:

1. und 2. ...
3. BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001, wenn nach § 28 KBGG die Sozialversicherungsanstalt der **Bauern** zuständig ist;
4. Bezieher von Familienzeitbonus nach dem Familienzeitbonusgesetz (FamZeitbG), BGBl. I Nr. 53/2016, wenn nach § 4 FamZeitbG die Sozialversicherungsanstalt der **Bauern** zuständig ist.

**ABSCHNITT III****Versicherungsträger****Sozialversicherungsanstalt der Bauern**

§ 13. (1) Träger der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz ist für das ganze Bundesgebiet die Sozialversicherungsanstalt der Bauern mit dem Sitz in Wien.

(2) Zur Erfüllung der dem Versicherungsträger obliegenden Aufgaben ist er berechtigt, nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung,
- b) Einrichtungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes,
- c) Unfallkrankenhäuser, Unfallstationen, Sonderkrankenanstalten zur Untersuchung und Behandlung von Berufskrankheiten und
- d) Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, sowie Einrichtungen für berufliche Rehabilitation

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur

**Teilversicherung in der Krankenversicherung**

§ 4. In der Krankenversicherung sind überdies auf Grund dieses Bundesgesetzes pflichtversichert:

1. und 2. ...
3. BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001, wenn nach § 28 KBGG die Sozialversicherungsanstalt der **Selbständigen** zuständig ist;
4. Bezieher von Familienzeitbonus nach dem Familienzeitbonusgesetz (FamZeitbG), BGBl. I Nr. 53/2016, wenn nach § 4 FamZeitbG die Sozialversicherungsanstalt der **Selbständigen** zuständig ist.

**Geltende Fassung**

zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist. Der Versicherungsträger ist überdies berechtigt, nach Maßgabe der jeweils hiefür geltenden Vorschriften Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 148y und 150 bis 161 bezeichneten Aufgaben, ausgenommen Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen gemäß § 19 Abs. 1 lit. a oder b des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1969, zu errichten, zu erwerben oder zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 148y und 150 bis 161 bezeichneten Aufgaben zu beteiligen. Der Versicherungsträger ist überdies berechtigt, arbeitsmedizinische Untersuchungs-, Behandlungs- und Forschungsstellen sowie arbeitsmedizinische Zentren im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes ASchG, BGBl. Nr. 450/1994 zu errichten, zu erwerben oder zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen bzw. solche Einrichtungen zu fördern.

**Zugehörigkeit zum Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger**

§ 14. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern gehört dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an.

**Rechtliche Stellung des Versicherungsträgers**

§ 15. (1) Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes und hat Rechtspersönlichkeit. Sie ist berechtigt, das Wappen der Republik Österreich in Siegeln, Drucksorten und Aufschriften zu führen.

(2) Der allgemeine Gerichtsstand des Versicherungsträgers ist das sachlich und örtlich zuständige Gericht seines Sitzes.

**Zusatzbeitrag für Angehörige**

§ 24b. (1) bis (3) ...

(4) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten nach Maßgabe der vom **Hauptverband** hiezu 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 sublit. aa nicht übersteigt.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Zusatzbeitrag für Angehörige**

§ 24b. (1) bis (3) ...

(4) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten nach Maßgabe der vom **Dachverband** hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30a Abs. 1 Z 17 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 sublit. aa nicht übersteigt.

**Geltende Fassung****Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge zur Pensionsversicherung bei Ausübung mehrerer versicherungspflichtiger Erwerbstätigkeiten**

§ 33a. (1) Übt ein nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in der Pensionsversicherung Pflichtversicherter auch eine Erwerbstätigkeit aus, die die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und (oder) nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz begründet, und macht der Versicherte glaubhaft, daß die Summe aus den Beitragsgrundlagen in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz einschließlich der Sonderzahlungen und (oder) den Beitragsgrundlagen in der Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz und nach diesem Bundesgesetz die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 23 Abs. 9 lit. a für im Kalenderjahr liegende Beitragsmonate der Pflichtversicherung, wobei sich deckende Beitragsmonate nur einmal zu zählen sind, überschreiten wird, so ist die Beitragsgrundlage in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz für die Monate eines gleichzeitigen Bestandes der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und (oder) nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz und nach diesem Bundesgesetz in einer Höhe festzusetzen, die voraussichtlich nicht zu einer solchen Überschreitung führt.

(2) ...

**Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge zur Krankenversicherung bei Ausübung mehrerer versicherungspflichtiger Erwerbstätigkeiten**

§ 33b. (1) Übt ein nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in der Krankenversicherung Pflichtversicherter auch eine oder mehrere

**Vorgeschlagene Fassung****Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge zur Pensionsversicherung bei Ausübung mehrerer versicherungspflichtiger Erwerbstätigkeiten**

§ 33a. (1) Übt eine in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherte Person auch eine Erwerbstätigkeit aus, die die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG und/oder GSVG begründet, so ist die Beitragsgrundlage in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz für die Monate der gleichzeitigen Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG und/oder GSVG und nach diesem Bundesgesetz so festzusetzen, dass die Summe aus

1. den Beitragsgrundlagen in der Pensionsversicherung nach dem ASVG (einschließlich der Sonderzahlungen) und/oder den Beitragsgrundlagen in der Pensionsversicherung nach dem GSVG und
2. den Beitragsgrundlagen in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz

die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen nach § 23 Abs. 9 lit. a für die im Kalenderjahr liegenden Beitragsmonate der Pflichtversicherung voraussichtlich nicht überschreitet; sich deckende Beitragsmonate sind dabei nur einmal zu zählen.

(2) ...

**Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge zur Krankenversicherung bei Ausübung mehrerer versicherungspflichtiger Erwerbstätigkeiten**

§ 33b. (1) Übt eine in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherte Person auch eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus, die die

**Geltende Fassung**

Erwerbstätigkeiten aus, die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach einem anderen Bundesgesetz begründen, und macht der Versicherte glaubhaft, daß die Summe aus den monatlichen Beitragsgrundlagen in der Krankenversicherung (einschließlich der Sonderzahlungen) in den Pflichtversicherungen in der Krankenversicherung nach diesem und den anderen Bundesgesetzen die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 48 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung, wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, überschreiten wird, so ist die Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz für die Monate eines gleichzeitigen Bestandes der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz und anderen Bundesgesetzen vorläufig in einer Höhe festzusetzen, die voraussichtlich nicht zu einer solchen Überschreitung führt (vorläufige Differenzbeitragsgrundlage). Können die vorgenannten Voraussetzungen erst nach Ablauf des Beitragsjahres festgestellt werden, so ist eine vorläufige Festsetzung der Beitragsgrundlage so lange zulässig, als die Summe der monatlichen Beitragsgrundlagen für dieses Kalenderjahr noch nicht endgültig festgestellt werden kann. § 33c Abs. 2 ist anzuwenden.

(2) bis (4) ...

**Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung**

§ 33c. (1) Überschreitet bei in der Krankenversicherung Pflichtversicherten nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in einem Kalenderjahr die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen, einschließlich der Sonderzahlungen, die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 48 für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung (Abs. 2), wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, so ist der Beitrag zur Krankenversicherung, der auf den Überschreibungsbetrag entfällt, dem Versicherten vom leistungszuständigen Versicherungsträger mit 4%, soweit jedoch ein Zusatzbeitrag nach § 24b geleistet wurde, mit 7,4% zu erstatten, vorausgesetzt, die versicherte Person war nach diesem Bundesgesetz zur Beitragszahlung verpflichtet.

(2) ...

(3) Der (die) Versicherte kann bei sonstigem Ausschluß bis zum Ablauf des

**Vorgeschlagene Fassung**

Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach einem anderen Bundesgesetz begründen, so ist die Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz für die Monate der gleichzeitigen Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem und anderen Bundesgesetzen vorläufig so festzusetzen, dass die Summe aus den monatlichen Beitragsgrundlagen (einschließlich der Sonderzahlungen) in der Krankenversicherung nach diesen Bundesgesetzen die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen nach § 48 GSVG für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung voraussichtlich nicht überschreitet (vorläufige Differenzbeitragsgrundlage); sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung sind dabei nur einmal zu zählen. Können die vorgenannten Voraussetzungen erst nach Ablauf des Beitragsjahres festgestellt werden, so ist eine vorläufige Festsetzung der Beitragsgrundlage so lange zulässig, als die Summe der monatlichen Beitragsgrundlagen für dieses Kalenderjahr noch nicht endgültig festgestellt werden kann. § 33c Abs. 2 ist anzuwenden.

(2) bis (4) ...

**Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung**

§ 33c. (1) Überschreitet bei in der Krankenversicherung Pflichtversicherten nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in einem Kalenderjahr die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen, einschließlich der Sonderzahlungen, die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 48 für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung (Abs. 2), wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, so hat der leistungszuständige nach Abs. 3 Versicherungsträger der versicherten Person die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge zur Krankenversicherung in jener Höhe zu erstatten, in der diese Beiträge von der versicherten Person zu tragen sind, vorausgesetzt, die versicherte Person war nach diesem Bundesgesetz zur Beitragszahlung verpflichtet.

(2) ...

(3) Der Versicherungsträger hat die Beitragserstattung bis zum 30. Juni des

**Geltende Fassung**

dem Beitragsjahr drittfolgenden Kalenderjahres für die im Beitragsjahr fällig gewordenen Beiträge bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern den Antrag auf Erstattung stellen. Ein Antrag kann auch für die folgenden Beitragsjahre gestellt werden.

(4) Der dem/der Versicherten zu erstattende Betrag ist nach dem Verhältnis der Summen aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen (einschließlich der Sonderzahlungen) nach diesem Bundesgesetz, dem ASVG, GSVG und B KUVG aufzuteilen. Die Sozialversicherungsanstalt der **Bauern** hat Anspruch auf Ersatz des Anteils des Krankenversicherungsträgers nach dem ASVG, **der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft** und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter.

**Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge**

§ 40. (1) und (2) ...

(3) Wird rückwirkend festgestellt, dass eine bestimmte Nebentätigkeit im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 letzter Satz die Pflichtversicherung nach dem ASVG begründet, so hat die Sozialversicherungsanstalt der **Bauern** die auf diese Tätigkeit entfallenden Teile der Beiträge zur Pflichtversicherung in der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung, die zu Ungebühr entrichtet wurden, an den für die Beitragseinhebung zuständigen Krankenversicherungsträger zu überweisen, wenn es sich bei der in Betracht kommenden Person um den Betriebsführer/die Betriebsführerin selbst handelt. Bezieht sich die Beitragsüberweisung hingegen auf eine hauptberuflich beschäftigte angehörige Person, so sind nur die personenbezogenen Teile der Beiträge zur Pflichtversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung davon umfasst. Abs. 1 ist nicht anzuwenden. Der zuständige Versicherungsträger hat die überwiesenen Beitragsteile auf die ihm geschuldeten Beiträge anzurechnen. Übersteigen die anzurechnenden die dem zuständigen Versicherungsträger geschuldeten Beiträge, so ist der Überschuss dem Beitragsschuldner/der Beitragsschuldnerin nach diesem Bundesgesetz durch den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten.

(4) und (5) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

Kalenderjahres, das dem Jahr der gänzlichen Entrichtung der Beiträge zur Krankenversicherung für ein Kalenderjahr folgt, durchzuführen, erstmals bis zum 30. Juni 2020 für die im Jahr 2019 gänzlich für ein Kalenderjahr entrichteten Beiträge, wenn er von der versicherten Person und ihren Angehörigen am geringsten in Anspruch genommen worden ist.

(4) Der dem/der Versicherten zu erstattende Betrag ist nach dem Verhältnis der Summen aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen (einschließlich der Sonderzahlungen) nach diesem Bundesgesetz, dem ASVG, GSVG und B KUVG aufzuteilen. Die Sozialversicherungsanstalt der **Selbständigen** hat Anspruch auf Ersatz des Anteils des Krankenversicherungsträgers nach dem ASVG und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, **Eisenbahnen und Bergbau**.

(5) Dies gilt nicht, wenn ausschließlich Beiträge nach dem ASVG entrichtet wurden; in diesen Fällen erfolgt die Beitragserstattung nach § 70 ASVG.

**Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge**

§ 40. (1) und (2) ...

(3) Wird rückwirkend festgestellt, dass eine bestimmte Nebentätigkeit im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 letzter Satz die Pflichtversicherung nach dem ASVG begründet, so hat die Sozialversicherungsanstalt der **Selbständigen** die auf diese Tätigkeit entfallenden Teile der Beiträge zur Pflichtversicherung in der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung, die zu Ungebühr entrichtet wurden, an den für die Beitragseinhebung zuständigen Krankenversicherungsträger zu überweisen, wenn es sich bei der in Betracht kommenden Person um den Betriebsführer/die Betriebsführerin selbst handelt. Bezieht sich die Beitragsüberweisung hingegen auf eine hauptberuflich beschäftigte angehörige Person, so sind nur die personenbezogenen Teile der Beiträge zur Pflichtversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung davon umfasst. Abs. 1 ist nicht anzuwenden. Der zuständige Versicherungsträger hat die überwiesenen Beitragsteile auf die ihm geschuldeten Beiträge anzurechnen. Übersteigen die anzurechnenden die dem zuständigen Versicherungsträger geschuldeten Beiträge, so ist der Überschuss dem Beitragsschuldner/der Beitragsschuldnerin nach diesem Bundesgesetz durch den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten.

(4) und (5) ...

**Geltende Fassung****Verwendung der Mittel**

**§ 41.** (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 einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen im Bereich der Krankenversicherung in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren. Diese Information hat weiters für die Versicherten und ihre Angehörigen den Hinweis zu enthalten, dass ELGA-Teilnehmer/inne/n der jederzeitige generelle Widerspruch (§ 15 Abs. 2 des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 [GTelG 2012], BGBl. I Nr. 111/2012), das jederzeitige Einsichtsrecht (§ 16 Abs. 1 Z 1 GTelG 2012), das Recht auf Aufnahme von ELGA-Gesundheitsdaten (§ 16 Abs. 2 Z 1 GTelG 2012), der Widerspruch im Einzelfall (§ 16 Abs. 2 Z 2 GTelG 2012), die Bestimmung der individuellen Zugriffsberechtigungen für Gesundheitsdiensteanbieter und ELGA-Gesundheitsdaten (§ 16 Abs. 1 Z 2 GTelG 2012) sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme der ELGA-Ombudsstelle (§ 17 GTelG 2012) offensteht.

(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 vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, zulässig.

**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.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****Unterstützungsfonds**

§ 42. (1) Der Versicherungsträger kann einen Unterstützungsfonds anlegen.

(2) Dem Unterstützungsfonds können

1. für den Bereich der Krankenversicherung bis zu 3 vT der Erträge an Versicherungsbeiträgen,
2. für den Bereich der Unfallversicherung bis zu 1 vT der Erträge an Versicherungsbeiträgen nach § 30 Abs. 1, 3 und 6,
3. für den Bereich der Pensionsversicherung bis zu 1,25 vT der Erträge an Versicherungsbeiträgen,

überwiesen werden.

(3) Überweisungen nach Abs. 2 dürfen nur insoweit erfolgen, daß die Mittel des Unterstützungsfonds am Ende des Geschäftsjahres

1. im Bereich der Krankenversicherung den Betrag von 15 vT der in Abs. 2 Z 1 bezeichneten Erträge,
2. im Bereich der Unfallversicherung 15 vT der in Abs. 2 Z 2 bezeichneten Erträge,
3. im Bereich der Pensionsversicherung 2,5 vT der in Abs. 2 Z 3 bezeichneten Erträge

nicht übersteigen.

(4) Die Mittel des Unterstützungsfonds können in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Unterstützten, für Unterstützungen nach Maßgabe der hierfür vom Vorstand zu erlassenden Richtlinien verwendet werden.

**ABSCHNITT VI****Befreiung von Abgaben****Persönliche Abgabenfreiheit**

§ 43. Der Versicherungsträger genießt die persönliche Gebührenfreiheit von den Stempel- und Rechtsgebühren. Inwieweit er körperschaftsteuerpflichtig ist, wird durch das Körperschaftsteuergesetz 1988, BGBl. Nr. 401, bestimmt.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****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. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden, sonstige Schriften und die im Verfahren vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechts, Verwaltungsgerichten, 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 dem Versicherungsträger einerseits und den Versicherten, den Anspruchswerbern und Anspruchsberechtigten auf Leistungen der Versicherung, den Vertragspartnern des Versicherungsträgers sowie den Trägern der Sozialhilfe andererseits,
  - b) vom Versicherungsträger 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 des Versicherungsträgers notwendig sind;
4. Kostenbeteiligungen (Zuzahlungen), die von den Versicherten bei der Inanspruchnahme der nach diesem Bundesgesetz gebührenden Leistungen zu

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

tragen sind.

(2) Aufgehoben.

(3) Die Befreiung gemäß Abs. 1 besteht für Rechtsurkunden und sonstige Schriften nur so lange, als diese zur Begründung und Abwicklung der dort bezeichneten Rechtsverhältnisse verwendet werden. Wird davon ein anderer Gebrauch gemacht, so sind die in Betracht kommenden Abgaben nachträglich zu entrichten.

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

**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 § 132b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien des **Hauptverbandes** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger durchzuführen.

(2) ...

**Heilmittel**

§ 86. (1) bis (4) ...

(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der vom **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger hierzu 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.

**Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung**

§ 96a. (1) bis (6) ...

(7) Werden Versicherte (PensionsbezieherInnen, Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung zu leisten. Die Zuzahlung beträgt pro Verpflegungstag

**Vorgeschlagene Fassung****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 § 132b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien des **Dachverbandes** der Sozialversicherungsträger durchzuführen.

(2) ...

**Heilmittel**

§ 86. (1) bis (4) ...

(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der vom **Dachverband** der Sozialversicherungsträger hierzu 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 **Dachverbandes nach § 30a** Abs. 1 Z 16 ASVG vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

**Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung**

§ 96a. (1) bis (6) ...

(7) Werden Versicherte (PensionsbezieherInnen, Angehörige) für Rechnung des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung zu leisten. Die Zuzahlung beträgt pro Verpflegungstag

**Geltende Fassung**

1. 7,00 € <sup>(Anm. 1)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Betrag nach § 141 Abs. 1 lit. a sublit. bb zuzüglich 581,38 € nicht übersteigt;
2. 12,00 € <sup>(Anm. 2)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Gesamtbetrag nach Z 1, nicht aber den Betrag nach § 141 Abs. 1 lit. a sublit. bb zuzüglich 1 162,77 € übersteigt;
3. 17,00 € <sup>(Anm. 3)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Gesamtbetrag nach Z 2 übersteigt.

An die Stelle dieser Zuzahlungsbeträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2012, die unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der versicherten (pensionsbeziehenden) Person von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen oder diese herabzusetzen, und zwar nach Maßgabe der vom **Hauptverband** hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im Voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu leisten und darf für jede versicherte (pensionsbeziehende, angehörige) Person für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr eingehoben werden.

**Beitrag des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfe**

§ 99b. Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen leistet der Sozialversicherungsanstalt der **Bauern** einen Beitrag in der Höhe von 70% der Aufwendungen für die Leistungen nach § 98.

**Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

§ 100. (1) bis (3) ...

(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.

**Erstattung von Beiträgen in der Pensionsversicherung**

§ 118b. (1) Überschreitet in einem Kalenderjahr

1. bei einer oder mehreren die Pflichtversicherung nach diesem

**Vorgeschlagene Fassung**

1. 7,00 € <sup>(Anm. 1)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Betrag nach § 141 Abs. 1 lit. a sublit. bb zuzüglich 581,38 € nicht übersteigt;
2. 12,00 € <sup>(Anm. 2)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Gesamtbetrag nach Z 1, nicht aber den Betrag nach § 141 Abs. 1 lit. a sublit. bb zuzüglich 1 162,77 € übersteigt;
3. 17,00 € <sup>(Anm. 3)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Gesamtbetrag nach Z 2 übersteigt.

An die Stelle dieser Zuzahlungsbeträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2012, die unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachten Beträge. Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der versicherten (pensionsbeziehenden) Person von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen oder diese herabzusetzen, und zwar nach Maßgabe der vom **Dachverband** hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30a Abs. 1 Z 29 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im Voraus an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger zu leisten und darf für jede versicherte (pensionsbeziehende, angehörige) Person für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr eingehoben werden.

**Beitrag des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfe**

§ 99b. Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen leistet der Sozialversicherungsanstalt der **Selbständigen** einen Beitrag in der Höhe von 70% der Aufwendungen für die Leistungen nach § 98.

**Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

§ 100. (1) bis (3) ...

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch nach Maßgabe der vom **Dachverband** hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30a Abs. 1 Z 30 **ASVG**) durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

**Erstattung von Beiträgen in der Pensionsversicherung**

§ 118b. (1) Überschreitet in einem Kalenderjahr

1. bei einer oder mehreren die Pflichtversicherung nach diesem

**Geltende Fassung**

Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeiten oder

2. bei einer oder mehreren die Pflichtversicherung nach dem ASVG begründenden Beschäftigungen und einer oder mehreren die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeiten oder
3. bei einer oder mehreren die Pflichtversicherung nach dem GSVG und nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeiten

die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung - einschließlich der Sonderzahlungen - die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen nach § 48 GSVG für die im Kalenderjahr liegenden Beitragsmonate der Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit, wobei sich deckende Beitragsmonate nur ein Mal zu zählen sind, so hat die versicherte Person Anspruch auf Beitragserstattung nach **den** Abs. 2 **und** 3. Dies gilt nicht, wenn ausschließlich Beiträge nach dem ASVG und/oder GSVG entrichtet wurden; in diesen Fällen erfolgt die Beitragserstattung nach § 70 ASVG oder nach § 127b GSVG.

(2) **Bei Anfall einer Leistung aus den Versicherungsfällen des Alters oder der Erwerbsunfähigkeit sind der** versicherten Person **von Amts wegen** zu erstatten:

1. **die** auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge nach dem ASVG **in halber Höhe**,
2. die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge nach § 27 Abs. 2 Z 1 GSVG oder nach § 8 FSVG in voller Höhe und
3. die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge nach diesem Bundesgesetz in jener Höhe, in der die Beiträge von der versicherten Person zu tragen sind,

**jeweils aufgewertet mit dem der** zeitlichen Lagerung entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 45). Ist jedoch das APG anzuwenden, so ist in gleicher Weise nur der Überschreibungsbetrag nach § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG zu erstatten, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit das gesamte Kalenderjahr hindurch bestanden hat; ist dies nicht der Fall, so ist die für die Erstattung maßgebliche Jahreshöchstbeitragsgrundlage abweichend von § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG aus der Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen zu bilden.

**Vorgeschlagene Fassung**

Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeiten oder

2. bei einer oder mehreren die Pflichtversicherung nach dem ASVG begründenden Beschäftigungen und einer oder mehreren die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeiten oder
3. bei einer oder mehreren die Pflichtversicherung nach dem GSVG und nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeiten

die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung - einschließlich der Sonderzahlungen - die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen nach § 48 GSVG für die im Kalenderjahr liegenden Beitragsmonate der Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit, wobei sich deckende Beitragsmonate nur ein Mal zu zählen sind, so hat die versicherte Person Anspruch auf Beitragserstattung nach Abs. 2. Dies gilt nicht, wenn ausschließlich Beiträge nach dem ASVG und/oder GSVG entrichtet wurden; in diesen Fällen erfolgt die Beitragserstattung nach § 70 ASVG oder nach § 127b GSVG.

(2) **Der** versicherten Person **sind** zu erstatten:

1. **45% der** auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge nach dem ASVG,
2. die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge nach § 27 Abs. 2 Z 1 GSVG oder nach § 8 FSVG in voller Höhe und
3. die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge nach diesem Bundesgesetz in jener Höhe, in der die Beiträge von der versicherten Person zu tragen sind,

**und zwar bis zum 30. Juni des Kalenderjahres, das dem Jahr der gänzlichen Entrichtung dieser Beiträge für ein Kalenderjahr folgt, erstmals bis zum 30. Juni 2020 für die im Jahr 2019 gänzlich für ein Kalenderjahr entrichteten Beiträge; die Aufwertung der Beiträge erfolgt mit dem ihrer** zeitlichen Lagerung entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 45). Ist jedoch das APG anzuwenden, so ist in gleicher Weise nur der Überschreibungsbetrag nach § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG zu erstatten, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit das gesamte Kalenderjahr hindurch bestanden hat; ist dies nicht der Fall, so ist die für die Erstattung maßgebliche Jahreshöchstbeitragsgrundlage abweichend von § 12 Abs. 1 zweiter Satz APG aus der Summe der monatlichen

**Geltende Fassung**

(3) Die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge sind auf Antrag auch vor Anfall der Leistung nach Abs. 2 zu erstatten. Für die Erstattung der Beiträge gilt Abs. 2 entsprechend.

(4) Die Abs. 1 bis 3 sind auf die Fälle eines Anrechnungsbetrages nach § 13 des Bundesbezügegesetzes, BGBl. I Nr. 64/1997, entsprechend anzuwenden.

**Entschädigung aus mehreren Versicherungsfällen**

§ 149l. (1) ...

(2) Eine Gesamtrente gemäß Abs. 1 ist auch zu bilden, wenn neben einer Betriebsrente ein Anspruch auf eine Versehrtenrente besteht, für die gemäß § 28 ASVG die Sozialversicherungsanstalt der Bauern leistungszuständig ist. Abs. 1 vorletzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

(3) und (4) ...

**Integritätsabgeltung**

§ 149m. (1) bis (3) ...

(4) Die näheren Bestimmungen zur Durchführung der Abs. 1 und 2, insbesondere über das Ausmaß der Leistung, sind in vom Vorstand im Einvernehmen mit der Kontrollversammlung des Versicherungsträgers zu erlassenden Richtlinien zu regeln, die der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales bedürfen. Die Richtlinien haben auf das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten sowie auf den Grad der Beeinträchtigung von Körperfunktionen, den Grad der Verunstaltung des äußerlichen Erscheinungsbildes des Versicherten sowie den Grad einer unfall- oder berufskrankheitsbedingten seelischen Störung Bedacht zu nehmen. Die Richtlinien sind im Internet zu verlautbaren.

**Übertragung der Durchführung von Maßnahmen der Rehabilitation**

§ 158. (1) und (2) ...

(3) Die beteiligten Versicherungsträger bzw. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die im Abs. 2 genannten Einrichtungen können zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Zahl der in Betracht kommenden Fälle und auf die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten medizinischen bzw. beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation die

**Vorgeschlagene Fassung**

Höchstbeitragsgrundlagen zu bilden.

(4) Die Abs. 1 und 2 sind auf die Fälle eines Anrechnungsbetrages nach § 13 des Bundesbezügegesetzes, BGBl. I Nr. 64/1997, entsprechend anzuwenden.

**Entschädigung aus mehreren Versicherungsfällen**

§ 149l. (1) ...

(2) Eine Gesamtrente gemäß Abs. 1 ist auch zu bilden, wenn neben einer Betriebsrente ein Anspruch auf eine Versehrtenrente besteht, für die gemäß § 28 ASVG die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen leistungszuständig ist. Abs. 1 vorletzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

(3) und (4) ...

**Integritätsabgeltung**

§ 149m. (1) bis (3) ...

(4) Die näheren Bestimmungen zur Durchführung der Abs. 1 und 2, insbesondere über das Ausmaß der Leistung, sind in vom Verwaltungsrat des Versicherungsträgers zu erlassenden Richtlinien zu regeln, die der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales bedürfen. Die Richtlinien haben auf das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten sowie auf den Grad der Beeinträchtigung von Körperfunktionen, den Grad der Verunstaltung des äußerlichen Erscheinungsbildes des Versicherten sowie den Grad einer unfall- oder berufskrankheitsbedingten seelischen Störung Bedacht zu nehmen. Die Richtlinien sind im Internet zu verlautbaren.

**Übertragung der Durchführung von Maßnahmen der Rehabilitation**

§ 158. (1) und (2) ...

(3) Die beteiligten Versicherungsträger bzw. die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und die im Abs. 2 genannten Einrichtungen können zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Zahl der in Betracht kommenden Fälle und auf die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten medizinischen bzw. beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation

**Geltende Fassung**

Zahlung jährlicher Pauschbeträge vereinbaren.

**Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers**

§ 161. (1) ...

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

1. 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**);

2. und 3. ...

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) ...

**Kompetenzzentrum Begutachtung**

§ 163a. (1) und (2) ...

(3) Die Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Rehabilitation sind unter Beachtung der Grundsätze nach den Richtlinien des **Hauptverbandes (§ 31 Abs. 5 Z 36 ASVG)** zu erstellen.

(4) Für die Ausbildung von Personen, die zur Erstellung von Gutachten in Angelegenheiten der Versicherungsfälle der Erwerbsunfähigkeit und des Pflegegeldes im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes herangezogen werden dürfen, hat der Versicherungsträger – gemeinsam mit den Trägern der Pensionsversicherung nach dem ASVG und **dem GSVG und** der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter – im Rahmen eines gemeinnützigen Vereines eine Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung aufzubauen und zu betreiben.

**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

**Vorgeschlagene Fassung**

die Zahlung jährlicher Pauschbeträge vereinbaren.

**Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers**

§ 161. (1) ...

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

1. Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten oder Zuschüsse zu einem solchen nach Maßgabe der vom **Dachverband** hiezu erlassenen Richtlinien (§ 30a Abs. 1 Z 30 ASVG);

2. und 3. ...

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) ...

**Kompetenzzentrum Begutachtung**

§ 163a. (1) und (2) ...

(3) Die Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Rehabilitation sind unter Beachtung der Grundsätze nach den Richtlinien des **Dachverbandes (§ 30a Abs. 1 Z 37 ASVG)** zu erstellen.

(4) Für die Ausbildung von Personen, die zur Erstellung von Gutachten in Angelegenheiten der Versicherungsfälle der Erwerbsunfähigkeit und des Pflegegeldes im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes herangezogen werden dürfen, hat der Versicherungsträger – gemeinsam mit den Trägern der Pensionsversicherung nach dem ASVG und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, **Eisenbahnen und Bergbau** – im Rahmen eines gemeinnützigen Vereines eine Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung aufzubauen und zu betreiben.

**Geltende Fassung**

Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Primärversorgungseinheiten, 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 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. § 343 Abs. 1 zweiter Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes für die im § 85 Abs. 1 Z 1 bis 3 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes den Ärzten Gleichgestellten nicht anzuwenden ist;
4. die Bestimmungen des § 343a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend auch auf die Durchführung der Untersuchungen bzw. Maßnahmen gemäß den §§ 81, 82 und 82a anzuwenden sind;
5. die für jedes Land gemäß den §§ 344 und 345 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichteten Kommissionen bzw. die gemäß § 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Bundesschiedskommission auch zuständig ist, wenn am Verfahren der Versicherungsträger beteiligt ist;

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

6. die Bestimmungen des § 350 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auch auf Verschreibungen von Heilmitteln durch nicht in einem Vertragsverhältnis mit dem Versicherungsträger stehende Ärzte anzuwenden sind.

**VIERTER TEIL**  
**Aufbau der Verwaltung**

**ABSCHNITT I****Hauptstelle und Regionalbüros**

§ 183. (1) Die Verwaltung des Versicherungsträgers ist durch die Hauptstelle und durch Regionalbüros zu führen.

(2) Die Hauptstelle ist am Sitz des Versicherungsträgers eingerichtet.

(3) Der Versicherungsträger hat für die Bundesländer Niederösterreich und Wien ein gemeinsames und für jedes weitere Bundesland ein eigenes Regionalbüro zu errichten, deren jeweiliger Sitz durch die Satzung zu bestimmen ist.

**ABSCHNITT II****Verwaltungskörper****Arten der Verwaltungskörper**

§ 184. Die Verwaltungskörper des Versicherungsträgers sind

1. der Vorstand;
2. die Generalversammlung;
3. die Kontrollversammlung;
4. die regionalen Leistungsausschüsse.

**Versicherungsvertreter**

§ 185. (1) Die Verwaltungskörper bestehen aus Vertretern der Versicherten (Versicherungsvertreter).

(2) Versicherungsvertreter können nur österreichische Staatsbürger sein, die

**Vorgeschlagene Fassung**

**VIERTER TEIL**  
**Aufbau der Verwaltung**

**Geltende Fassung**

nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sind, am Tag der Berufung das 18. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnort oder Betriebssitz im Gebiet der Republik Österreich haben. Sie müssen entweder seit mindestens sechs Monaten in Österreich eine die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründende selbständige Erwerbstätigkeit ausüben oder Vorstandsmitglieder oder Bedienstete einer gesetzlichen beruflichen Vertretung oder einer Berufsvereinigung der nach diesem Bundesgesetz Pflichtversicherten sein.

(3) Jeder Versicherungsvertreter muß, sofern es sich nicht um ein Vorstandsmitglied oder um einen Bediensteten einer gesetzlichen beruflichen Vertretung oder einer Berufsvereinigung der im Abs. 2 genannten Pflichtversicherten handelt, im Zeitpunkt seiner Entsendung dem Versicherungsträger als Pflichtversicherter oder als freiwillig Versicherter angehören.

(4) Kein Mitglied eines Verwaltungskörpers darf in diesem mehr als eine Stimme führen.

(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 Vorsitzende-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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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.

(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.

**Bestellung der VersicherungsvertreterInnen**

§ 186. (1) Die VersicherungsvertreterInnen sind nach den Abs. 2 und 2a in die Verwaltungskörper des Versicherungsträgers zu entsenden, und zwar unter Bedachtnahme auf ihre fachliche Eignung und auf das Erreichen der Geschlechterparität in den Verwaltungskörpern durch ein ausgewogenes Verhältnis an Versicherungsvertreterinnen und Versicherungsvertretern. Stichtag für die Entsendung ist der 1. Juli des dem Beginn der Amtsdauer (§ 190) vorangegangenen Kalenderjahres.

(2) Die örtlich und sachlich zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretungen der nach diesem Bundesgesetz Versicherten haben im Wege der Landwirtschaftskammer Österreich 30 VersicherungsvertreterInnen in die Generalversammlung und acht VersicherungsvertreterInnen in den Vorstand zu entsenden. Dabei sind namhaft zu machen:

1. für die Entsendebereiche Niederösterreich/Wien, Oberösterreich und Steiermark je vier Mitglieder für die Generalversammlung und je ein Mitglied sowohl für die Generalversammlung als auch für den Vorstand;
2. für die Entsendebereiche Salzburg, Tirol, Vorarlberg, Burgenland und Kärnten je zwei Mitglieder für die Generalversammlung und je ein Mitglied sowohl für die Generalversammlung als auch für den Vorstand.

(2a) Die Landwirtschaftskammer Österreich hat 30 VersicherungsvertreterInnen in die Generalversammlung, sechs VersicherungsvertreterInnen in den Vorstand sowie die Mitglieder der Kontrollversammlung zu entsenden. Die Entsendung ist auf Vorschlag der jeweils

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

wahlwerbenden Gruppen so vorzunehmen, dass diese im jeweiligen Verwaltungskörper insgesamt nach dem System d'Hondt vertreten sind. Dabei ist die Summe der auf die einzelnen wahlwerbenden Gruppen entfallenden gültigen Stimmen bei den Wahlen zu den satzungsgebenden Organen der gesetzlichen beruflichen Vertretungen der nach diesem Bundesgesetz Versicherten zugrunde zu legen. § 191 Abs. 2 ist zu beachten. Die Wahlzahl ist ungerundet zu errechnen. Haben nach dieser Berechnung mehrere wahlwerbende Gruppen den gleichen Anspruch auf einen Versicherungsvertreter/eine Versicherungsvertreterin, so entscheidet das Los. Auf die zweitstärkste wahlwerbende Gruppe hat jedenfalls ein Mandat in der Kontrollversammlung zu entfallen. Die gleichzeitige Entsendung ein und derselben Person als VersicherungsvertreterIn sowohl in die Kontrollversammlung als auch in die Generalversammlung ist unzulässig.

(3) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat die in Betracht kommenden entsendeberechtigten Stellen aufzufordern, die Vertreter innerhalb einer angemessenen Frist, die mindestens einen Monat zu betragen hat, zu entsenden. Im Falle der Säumigkeit einer entsendeberechtigten Stelle hat die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz nach dem System d'Hondt unter Zugrundelegung der Mandatsergebnisse der Wahl zum jeweils satzungsgebenden Organ unter Anwendung von Abs. 2a fünfter und sechster Satz zu bestellen, ohne an einen Vorschlag gebunden zu sein.

(4) 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 § 441e Abs. 1 ASVG, so ist auch für dessen Stellvertreter auf Dauer ein Stellvertreter zu bestellen.

(5) Scheidet ein Mitglied oder ein Stellvertreter dauernd aus, so hat die Stelle, die den Ausgeschiedenen bestellt hat, für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied (einen neuen Stellvertreter) zu bestellen. Bis zur Bestellung des neuen Mitgliedes gilt Abs. 4 zweiter Satz. Ist die Bestellung des neuen Mitgliedes (Stellvertreters) durch eine Enthebung des ausgeschiedenen Mitgliedes (Stellvertreters) von seinem Amt (§ 188) erforderlich geworden und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen der Bestellung des neuen Mitgliedes (Stellvertreters).

**Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung**

§ 187. (1) Das Amt eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Bestellung (§ 186) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 190 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.

**Enthebung von Versicherungsvertretern (Stellvertretern)**

§ 188. (1) Ein Versicherungsvertreter (Stellvertreter) ist seines Amtes zu entheben:

1. wenn Tatsachen bekannt werden, die seine Bestellung ausschließen würden;
2. wenn der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) seine Pflichten verletzt;
3. unbeschadet der Bestimmung des § 185 Abs. 2 zweiter Satz, wenn ein Versicherungsvertreter (Stellvertreter) seit mehr als drei Monaten aufgehört hat, in der Kranken-, Unfall- oder Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz versichert zu sein;
4. wenn ein wichtiger persönlicher Grund zur Enthebung vorliegt und der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) seine Enthebung unter Berufung darauf beantragt;
5. wenn einer der im § 185 Abs. 6 genannten Ausschließungsgründe nach der Entsendung eingetreten ist.

Vor der Enthebung des Versicherungsvertreters (Stellvertreters) gemäß Z 4 oder 5 ist die zur Entsendung berufene Stelle anzuhören.

(2) Die Enthebung des Obmannes, des Vorsitzenden der Kontrollversammlung sowie deren Stellvertreter steht der Aufsichtsbehörde, die der sonstigen Mitglieder der Kontrollversammlung dem Vorsitzenden dieser Versammlung, die der sonstigen Versicherungsvertreter (Stellvertreter) dem Obmann zu.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

(3) Die Aufsichtsbehörde kann Versicherungsvertreter (Stellvertreter) auf begründeten Antrag der zur Entsendung berufenen Stelle ihres Amtes entheben.

(4) Vor der Enthebung eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) gemäß Abs. 1 Z 1 bis 3, Abs. 2 und 3 ist diesem Gelegenheit zur Äußerung zu geben und gleichzeitig die zur Entsendung berufene Stelle zu verständigen. Dem vom Obmann oder vom Vorsitzenden der Kontrollversammlung Enthobenen steht das Recht der Beschwerde zu. Sie ist binnen zwei Wochen nach Zustellung des Beschlusses über die Enthebung bei der Aufsichtsbehörde einzubringen. Dieser entscheidet endgültig.

*(Anm.: Abs. 5 aufgehoben durch BGBl. I Nr. 31/2007)*

(6) Ist das Mitglied eines Verwaltungskörpers gleichzeitig auch Mitglied eines anderen Verwaltungskörpers beim Versicherungsträger (§ 191 Abs. 2), so erstreckt sich die Enthebung auch auf das Amt in anderen Verwaltungskörpern.

(7) Von einer Enthebung ist die Aufsichtsbehörde in Kenntnis zu setzen, die die entsendeberechtigte Stelle zur Entsendung eines neuen Versicherungsvertreters (Stellvertreters) aufzufordern hat.

(8) Der Beschwerde gegen die Enthebung eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) von seinem Amt kommt keine aufschiebende Wirkung zu. Eine Aufhebung der Entscheidung über die Enthebung eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) wirkt nicht zurück.

**Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter**

**§ 189.** Die Mitglieder der Verwaltungskörper des Versicherungsträgers 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 aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Der Versicherungsträger kann auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde verzichten. Macht der Versicherungsträger trotz mangelnder Genehmigung der Aufsichtsbehörde die Haftung nicht geltend, so kann diese die Haftung an Stelle und auf Kosten des Versicherungsträgers geltend machen.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****Amtsdauer**

§ 190. Die Amtsdauer der Verwaltungskörper währt jeweils fünf Jahre. Nach Ablauf der Amtsdauer hat der alte Verwaltungskörper die Geschäfte so lange weiterzuführen, bis der neue Verwaltungskörper zusammentritt. Die Zeit der Weiterführung der Geschäfte durch den alten Verwaltungskörper zählt auf die fünfjährige Amtsdauer des neuen Verwaltungskörpers.

**Zusammensetzung der Verwaltungskörper**

§ 191. (1) Die Zahl der Versicherungsvertreter beträgt:

- |                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| 1. in der Generalversammlung .....  | 60; |
| 2. im Vorstand .....                | 14; |
| 3. in der Kontrollversammlung ..... | 9.  |

(2) Die Mitglieder des Vorstandes gehören gleichzeitig der Generalversammlung an. Ihre Zahl ist auf die Zahl der Gruppe anzurechnen, der sie im Vorstand angehören.

**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.

(2) Im Anschluß an die Wahl des Obmannes sind für diesen aus der Mitte des Vorstandes zwei Stellvertreter zu wählen.

(3) Den Vorsitzenden der Kontrollversammlung hat die Versammlung aus ihrer Mitte zu wählen. Im Anschluß daran ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen.

(4) Die Mitglieder der regionalen Leistungsausschüsse haben aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden zu wählen.

(5) Der gewählte Obmann und die sonstigen Vorsitzenden von Verwaltungskörpern sowie ihre Stellvertreter sind, wenn sie die Annahme der Wahl dem zur Wahl berufenen Verwaltungskörper ausdrücklich erklärt haben, sofort oder ab einem anlässlich der Wahl vom Verwaltungskörper festgelegten Zeitpunkt zur Ausübung ihrer Funktion berechtigt.

(6) Scheidet ein Vorsitzender (Stellvertreter) eines Verwaltungskörpers

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

infolge einer Enthebung von seinem Amt als Versicherungsvertreter (§ 188) aus und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen einer bereits erfolgten Wahl seines Nachfolgers und es ist neuerlich eine entsprechende Wahl durchzuführen.

**Angelobung der Versicherungsvertreter**

§ 193. Der Obmann und die sonstigen Vorsitzenden der Verwaltungskörper sowie ihre Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 189 hinzuweisen.

**ABSCHNITT III****Aufgaben der Verwaltungskörper****Aufgaben der Generalversammlung**

§ 194. (1) Die Generalversammlung hat jährlich mindestens einmal zusammenzutreten. Sie ist vom Vorstand einzuberufen. Ihr ist vorbehalten:

1. die Beschlußfassung über den Jahresvoranschlag (Haushaltsplan);
2. die Beschlußfassung über den aus dem Rechnungsabschluß und den Statistischen Nachweisungen bestehenden Jahresbericht des Vorstandes und über dessen Entlastung;
3. die Beschlußfassung über allfällige Zuweisungen an den Unterstützungsfonds;
4. die Beschlußfassung über die Satzung und deren Änderung;
5. die Entscheidung über die Verfolgung von Ansprüchen, die dem Versicherungsträger gegen Mitglieder der Verwaltungskörper aus deren Amtsführung erwachsen, und die Bestellung der zur Verfolgung dieser Ansprüche Beauftragten;
6. die Beschlußfassung über die Zahl der Mitglieder des Beirates und deren Bestellung.

(2) Über die im Abs. 1 Z 2 und 4 genannten Gegenstände kann nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen gültig Beschluß gefaßt werden. Die Aufsichtsbehörde kann eine vorläufige Verfügung treffen, wenn

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

innerhalb einer von ihr festgesetzten Frist ein gültiger Beschluß der Generalversammlung über die Satzung und deren Änderung nicht zustande kommt. Die vorläufige Verfügung der Aufsichtsbehörde tritt außer Kraft, sobald ein gesetzmäßiger gültiger Beschluß der Generalversammlung über die Satzung bzw. deren Änderung gefaßt und der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis gebracht worden ist. Bei Ablehnung der Entlastung hat die Aufsichtsbehörde zu entscheiden.

**Aufgaben des Vorstandes und Vertretung des Versicherungsträgers**

§ 195. (1) Dem Vorstand obliegt die Geschäftsführung, soweit diese nicht durch Gesetz der Generalversammlung zugewiesen ist sowie die Vertretung des Versicherungsträgers. Er hat für die Bundesländer Niederösterreich und Wien einen gemeinsamen, für jedes weitere Bundesland einen eigenen regionalen Leistungsausschuss aus Mitgliedern der Generalversammlung mit Sitz am jeweiligen Regionalbüro einzurichten. Die Zahl der Versicherungsvertreter beträgt in den Ausschüssen der Bundesländer Niederösterreich/Wien, Oberösterreich und Steiermark jeweils fünf, in den übrigen jeweils drei. Darüber hinaus kann er unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit weitere Ausschüsse aus Mitgliedern der Generalversammlung einsetzen und diesen einzelne seiner Obliegenheiten übertragen; darüber hinaus kann er einzelne seiner Obliegenheiten dem Obmann und die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen.

(2) Die Vertretungsbefugnis natürlicher Personen wird durch eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde oder einen Auszug aus dem die sonstigen Betroffenen erfassenden Teil des Ergänzungsregisters (§ 6 Abs. 4 in Verbindung mit § 2 Z 7 des E-Government-Gesetzes, BGBl. I Nr. 10/2004) nachgewiesen.

(3) Der Vorstand ist berechtigt, an den Sitzungen der Kontrollversammlung durch drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Er ist deshalb von jeder Sitzung der Kontrollversammlung ebenso in Kenntnis zu setzen wie deren Mitglieder; in gleicher Weise ist er auch mit den den Mitgliedern der Kontrollversammlung etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu beteiligen.

**Aufgaben der regionalen Leistungsausschüsse**

§ 196. Den Leistungsausschüssen obliegt

1. die Feststellung der Leistungen der Pensionsversicherung sowie

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

außerhalb des Leistungsfeststellungsverfahrens die Feststellung von Versicherungszeiten der Pensionsversicherung,

2. die Feststellung der Leistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz,
3. die Feststellung der Leistungen der Unfallversicherung mit Ausnahme der Bewilligung einer Abfindung der Rente durch die Gewährung eines dem Werte der abzufindenden Jahresrente entsprechenden Kapitals,
4. die Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation nach Maßgabe der Richtlinien des Vorstandes,
5. die Gewährung einer Leistung aus dem Unterstützungsfonds nach Maßgabe der Richtlinien des Vorstandes,
6. die Gewährung einer freiwilligen Leistung,

soweit nicht die Besorgung darauf Bezug nehmender bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro gemäß § 195 Abs. 1 übertragen ist. Hierbei richtet sich der örtliche Wirkungsbereich nach dem Wohnsitz des Versicherten im Inland, in Ermangelung eines solchen nach dem (letzten) Betriebssitz im Inland.

**Aufgaben der Kontrollversammlung**

§ 197. (1) Die Kontrollversammlung ist berufen, die gesamte Gebarung des Versicherungsträgers ständig zu überwachen, zu diesem Zweck insbesondere die Buch- und Kassenführung und den Rechnungsabschluß zu überprüfen, über ihre Wahrnehmungen Bericht zu erstatten und die entsprechenden Anträge zu stellen. Insbesondere hat sie den Antrag auf Genehmigung des Rechnungsabschlusses und Entlastung des Vorstandes in der Generalversammlung zu stellen.

(2) Der Vorstand und der leitende Angestellte des Versicherungsträgers sind verpflichtet, der Kontrollversammlung alle Aufklärungen zu geben und alle Belege und Behelfe vorzulegen, die sie zur Ausübung ihrer Tätigkeit benötigt. Der Kontrollversammlung ist vor der Beschlußfassung über den Jahresvoranschlag Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(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.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

(4) Auf Begehren des Vorstandes hat die Kontrollversammlung ihre Anträge samt deren Begründung dem Vorstand auch schriftlich ausgefertigt zu übergeben. Die Kontrollversammlung ist berechtigt, ihre Ausführungen binnen drei Tagen nach der durch den Vorstand erfolgten Beschlußfassung zu ergänzen. Handelt es sich um Beschlüsse des Vorstandes, die zu ihrem Vollzug der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen, so hat diese dem Ansuchen um Erteilung dieser Genehmigung die Ausführungen der Kontrollversammlung beizuschließen.

(5) Die Kontrollversammlung kann mit Zweidrittelmehrheit die Einberufung einer außerordentlichen Generalversammlung beschließen. Der Obmann ist verpflichtet, einen solchen Beschluß der Kontrollversammlung ohne Verzug zu vollziehen.

(6) Beschließt die Generalversammlung ungeachtet eines Antrages der Kontrollversammlung auf Verfolgung von Ansprüchen gegen Mitglieder des Vorstandes von einer Verfolgung abzusehen, so hat die Kontrollversammlung hievon die Aufsichtsbehörde in Kenntnis zu setzen. Diese kann in einem solchen Fall auf Antrag der Kontrollversammlung deren Vorsitzenden beauftragen, die Verfolgung namens des Versicherungsträgers einzuleiten.

**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,

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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 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 § 41 Abs. 2;
9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsübereinkommen nach dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017.

(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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Generalversammlung entweder zu bestätigen oder aufzuheben. Ein bestätigter Beschluß der außerordentlichen Generalversammlung ist zu vollziehen.

**Sitzungen**

§ 199. (1) Die Sitzungen der Verwaltungskörper sind nichtöffentlich. Der leitende Angestellte und seine Stellvertreter sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper und ihrer Ausschüsse mit beratender Stimme teilzunehmen. Der Obmann kann die Teilnahme von Bediensteten des Versicherungsträgers verfügen.

(2) Der ordnungsmäßig einberufene Verwaltungskörper ist bei Anwesenheit eines Vorsitzenden und von mindestens der Hälfte der Versicherungsvertreter beschlußfähig. Der Vorsitzende zählt hierbei auf die erforderliche Mindestzahl von anwesenden Versicherungsvertretern.

(3) In den Sitzungen der Verwaltungskörper hat auch der Vorsitzende Stimmrecht, bei Stimmgleichheit gibt seine Stimme den Ausschlag, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt.

(4) Verstoßen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers gegen eine Rechtsvorschrift oder in einer wichtigen Frage gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit der Gebarung des Versicherungsträgers, so hat der Obmann oder der Vorsitzende des Verwaltungskörpers ihre Durchführung vorläufig aufzuschieben und unter gleichzeitiger Angabe der Gründe für seine Vorgangsweise die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen.

**Teilnahme der Betriebsvertretung an den Sitzungen der Verwaltungskörper des Versicherungsträgers**

§ 200. (1) An den Sitzungen der Generalversammlung, des Vorstandes und, insoweit Angelegenheiten zur Erörterung stehen, die Belange der Bediensteten berühren, auch an den Sitzungen der Ausschüsse (§ 195 Abs. 1) ist die Betriebsvertretung des Versicherungsträgers mit zwei Vertretern mit beratender Stimme teilnahmeberechtigt.

(2) Das nach dem Arbeitsverfassungsgesetz, BGBl. Nr. 22/1974, in Betracht kommende Organ der Betriebsvertretung hat dem Obmann des Versicherungsträgers die für die Teilnahme an den Sitzungen der Verwaltungskörper vorgesehenen Vertreter namhaft zu machen. Diese Vertreter sind von jeder Sitzung des Verwaltungskörpers ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieses Verwaltungskörpers; es sind ihnen auch die diesen zur

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Verfügung gestellten Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

**ABSCHNITT IIIa****Beirat****Aufgaben des Beirates**

**§ 201.** (1) Der Versicherungsträger hat zur Wahrnehmung sozialversicherungsrechtlicher Anliegen der Versicherten und der Leistungsbezieher (§ 202) an seinem Sitz einen Beirat zu errichten.

(2) Der Beirat hat jährlich mindestens einmal zusammenzutreten. Er ist vom Vorsitzenden des Beirates einzuberufen.

(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 § 202 Abs.1 Z 1 oder 3 die absolute Stimmenmehrheit der in diesen Ziffern genannten Beiratsmitglieder.

(4) Das Nähere über die Sitzungen und die Beschlußfassung hat die vom Beirat zu beschließende Geschäftsordnung zu bestimmen. Für die Beschlußfassung der Geschäftsordnung und jede ihrer Änderungen gilt Abs. 3 zweiter Satz.

(5) Der Vorsitzende des Beirates und sein 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. die nach Abs. 3 beschlossenen Anträge und Stellungnahmen des Beirates im zuständigen Verwaltungskörper einzubringen.

(6) Auf Antrag des Vorsitzenden hat der Beirat Vertreter in erforderlicher Anzahl zu wählen, die berechtigt sind, an den Sitzungen der Ausschüsse des Vorstandes mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie müssen der Personengruppe nach § 202 Abs. 1 Z 1 oder 3 angehören. Abs. 3 dritter Satz ist anzuwenden.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****Mitglieder des Beirates**

§ 202. (1) Der beim Versicherungsträger errichtete Beirat besteht aus Vertretern von

1. Beziehern einer Pension (Rente), sofern sie auf Dauer aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind,
2. nach diesem Bundesgesetz Pflichtversicherten,
3. Beziehern einer Leistung nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach einer gleichartigen landesgesetzlichen Vorschrift, sofern sie die Voraussetzungen bezüglich der Altersgrenze für eine Leistung aus einem der Versicherungsfälle des Alters nicht erfüllen.

(2) Die Beiratsmitglieder müssen im Zeitpunkt ihrer Bestellung das 19. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnsitz oder Betriebssitz im Gebiet der Republik Österreich haben. Überdies müssen sie zu diesem Zeitpunkt dem Versicherungsträger als Leistungsberechtigte oder Pflichtversicherte angehören. Beiratsmitglieder können auch Vorstandsmitglieder oder Bedienstete von gemäß § 202 b Abs. 2 vorschlagsberechtigten Vereinen und deren Verbänden sein.

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

(4) § 185 Abs. 5 Z 1 und 3 ist so anzuwenden, dass Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten sowie auf Sitzungsgeld besteht

1. für die Teilnahme an Sitzungen des Beirates nach § 201 Abs. 2 höchstens viermal im Kalenderjahr,
2. für die Teilnahme an Sitzungen der Generalversammlung, des Vorstandes und seiner Ausschüsse.

**Pflichten der Beiratsmitglieder**

§ 202a. (1) Den Mitgliedern des Beirates obliegt es,

1. zum Zwecke der Information und Vertretung im sozialversicherungsrechtlichen Bereich Verbindung zu möglichst vielen Mitgliedern jenes Personenkreises aufzunehmen, als dessen Vertreter sie bestellt worden sind, und
2. an den Sitzungen des Beirates teilzunehmen und dabei unter Bedachtnahme auf die Aufgaben des Versicherungsträgers die sozialversicherungsrechtlichen Interessen des von ihnen zu vertretenden

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Personenkreises durch die Anregung von und die Teilnahme an darauf abzielenden Erörterungen sowie die Einbringung entsprechender Anträge an den Beirat wahrzunehmen.

(2) § 189 erster und zweiter Satz ist anzuwenden.

**Bestellung der Beiratsmitglieder**

**§ 202b.** (1) Die Mitglieder des beim Versicherungsträger errichteten Beirates werden über Vorschlag eines gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Vereins von der Generalversammlung des Versicherungsträgers für die Amtsdauer der Verwaltungskörper (§ 190) bestellt. Für jedes Mitglied des Beirates ist gleichzeitig mit dessen Bestellung auf dieselbe Art ein Stellvertreter zu bestellen. Bei der Bestellung der Beiratsmitglieder ist für jede der im Beirat vertretenen Gruppen im Verhältnis der Zahl der den Vereinen angehörenden Mitgliedern nach dem System d'Hondt vorzugehen und nach Möglichkeit auf regionale, betriebliche oder wirtschaftliche Interessen der Gruppen Bedacht zu nehmen.

(2) Das Vorschlagsrecht steht Vereinen zu, die sich beim Versicherungsträger angemeldet haben und der Generalversammlung glaubhaft machen, daß sie durch die Zahl ihrer Mitglieder und durch die Qualität ihrer Vereinstätigkeit die Interessen des von ihnen vertretenen Personenkreises wirksam vertreten können. Sofern sie diese Voraussetzungen erfüllen, stehen Vorschlagsrechte insbesondere folgenden Vereinen zu:

1. Hinsichtlich der Vertreter von Pensionsbeziehern jenen Vereinen, zu deren Vereinszwecken die Wahrnehmung oder Förderung der Interessen von Pensionsbeziehern gehört,
2. hinsichtlich der Vertreter von beim Versicherungsträger Pflichtversicherten jenen Vereinen, zu deren Vereinszwecken die Wahrnehmung oder Förderung der Interessen auch solcher Versicherter gehört,
3. hinsichtlich der Vertreter der im § 202 Abs. 1 Z 3 genannten Leistungsbezieher jenen Vereinen, die von ihrer Tätigkeit her dazu geeignet erscheinen, die Interessen dieses Personenkreises wahrzunehmen oder zumindest wirksam zu fördern.

(3) Die Bestellungsvorschläge sind spätestens am Tag vor Beginn einer neuen Amtsdauer zugleich mit dem Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 beim Versicherungsträger einzubringen.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

(4) Scheidet ein Beiratsmitglied vor Ablauf der Amtsdauer der Verwaltungskörper aus seinem Amt, so hat der Vorstand des Versicherungsträgers den vorschlagsberechtigten Verein davon unverzüglich zu verständigen und aufzufordern, binnen vier Wochen ein neues Mitglied vorzuschlagen, das abweichend von Abs. 1 vom Vorstand ehestmöglich zu bestellen ist.

**Enthebung von Beiratsmitgliedern (Stellvertretern)**

§ 202c. (1) Ein Mitglied des Beirates (Stellvertreter) ist von seinem Amt zu entheben:

1. wenn die im § 202 Abs. 2 genannten Bedingungen nicht mehr zutreffen;
2. wenn einer der im § 202 Abs. 3 bezeichneten Ausschließungsgründe nach der Bestellung eingetreten ist. Überdies findet § 188 Abs. 1 Z 1 bis 4 Anwendung.

(2) Die Enthebung des Vorsitzenden des Beirates steht der Generalversammlung, die Enthebung der sonstigen Mitglieder (Stellvertreter) des Beirates dem Vorstand zu.

**Zusammensetzung des Beirates**

§ 202d. (1) Die Generalversammlung hat unter Berücksichtigung des sachlichen und örtlichen Wirkungskreises des Versicherungsträgers die Zahl der Mitglieder des Beirates festzusetzen; sie muß durch sechs teilbar sein und darf 18 nicht übersteigen.

(2) Die Mitglieder des Beirates setzen sich zusammen zu

1. zwei Sechsteln aus Vertretern der im § 202 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Gruppen,
2. drei Sechsteln aus Vertretern der im § 202 Abs. 1 Z 2 bezeichneten Gruppe,
3. einem Sechstel aus Vertretern der im § 202 Abs. 1 Z 3 bezeichneten Gruppe.

**Vorsitz im Beirat, Sitzungen**

§ 202e. (1) Den Vorsitz im Beirat hat der vom Beirat aus der Gruppe der im § 202 Abs. 1 Z 1 und Z 3 genannten Personen und für dessen Amtsdauer gewählte Vorsitzende zu führen. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit sowohl aller Beiratsmitglieder als auch jener Gruppe der Beiratsmitglieder, welcher der

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

zu Wählende angehört, erforderlich. Gleichzeitig ist auf dieselbe Art ein Stellvertreter zu wählen. Der Vorsitzende hat unbeschadet des Abs. 2 zu den Sitzungen einzuberufen.

(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) Die Sitzungen des Beirates sind nichtöffentlich. Der ordnungsgemäß einberufene Beirat ist bei Anwesenheit des Vorsitzenden und von mindestens der Hälfte seiner Mitglieder beschlußfähig.

(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 IV****Vermögensverwaltung****Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung**

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

(2) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Der der Gebarungsvorschau zu Grunde zu legende Planungszeitraum sind die dem jeweiligen Geschäftsjahr nächstfolgenden zwei Geschäftsjahre.

**Rechnungsabschluß und Nachweisungen**

§ 204. (1) Der Versicherungsträger hat für jedes Geschäftsjahr einen Rechnungsabschluss, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres bestehen muss, und einen Geschäftsbericht zu verfassen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, soweit es sich jedoch um Angelegenheiten der Pensionsversicherung handelt, dem Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vorzulegen.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

(2) Der Versicherungsträger hat statistische Nachweisungen zu verfassen.

(3) In der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung hat der Versicherungsträger für jede dieser Versicherungen die Erfolgsrechnung und die statistischen Nachweisungen getrennt zu erstellen. Gemeinsame Erträge und Aufwendungen sind auf die genannten Versicherungen nach den Bestimmungen der Rechnungsvorschriften aufzuteilen.

(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) Der Versicherungsträger hat die von der Generalversammlung beschlossene Erfolgsrechnung binnen vier Monaten nach der Beschlußfassung im Internet zu verlautbaren.

(6) Der Versicherungsträger ist ermächtigt, aus der allgemeinen Rücklage der Unfallversicherung jährlich Mittel in die allgemeine Rücklage der Krankenversicherung oder aus der allgemeinen Rücklage der Krankenversicherung jährlich Mittel in die allgemeine Rücklage der Unfallversicherung zu übertragen.

**Schulden-, Vermögens- und Liquiditätsmanagement**

**§ 206.** (1) Der Versicherungsträger hat bei der Vermögensverwaltung sowie beim Schulden- und Liquiditätsmanagement die Grundsätze nach § 2a des Bundesfinanzierungsgesetzes sinngemäß anzuwenden. Die zur Anlage verfügbaren Mittel des Versicherungsträgers sind grundsätzlich zinsbringend anzulegen. Anlagesicherheit und Liquidität haben Vorrang gegenüber der Erzielung eines angemessenen Ertrages. Die Mittel dürfen im Sinne der Anlagesicherheit unbeschadet des Abs. 3 und des § 207 nur angelegt werden:

1. in verzinslichen Schuldverschreibungen (verzinslichen Wertpapieren), die in Euro von Mitgliedstaaten (bzw. deren Teilstaaten, Bundesländern, Provinzen) des EWR begeben wurden, deren Bonität als zweifelsfrei vorhanden erachtet wird, oder

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

2. in verzinlichen Schuldverschreibungen, die in Euro von Kreditinstituten begeben wurden, deren Bonität als zweifelsfrei vorhanden erachtet wird und die ihren Sitz in einem Mitgliedstaat des EWR haben, oder
3. in auf Euro lautenden Einlagen bei Kreditinstituten, deren Bonität als zweifelsfrei vorhanden erachtet wird und die ihren Sitz in einem Mitgliedstaat des EWR haben, oder
4. in verzinlichen Schuldverschreibungen (Emissionen), deren Bonität als zweifelsfrei vorhanden erachtet wird und die von Emittenten/Emittentinnen mit Sitz in einem Mitgliedstaat des EWR begeben wurden, oder
5. in Unternehmensanleihen von Emittenten/Emittentinnen, deren Bonität als zweifelsfrei vorhanden erachtet wird und die ihren Sitz in einem Mitgliedstaat des EWR haben, oder
6. in Fonds im Sinne des Investmentfondsgesetzes 2011, BGBl. I Nr. 77/2011, die den Kriterien nach den Z 1 bis 5 entsprechen.

Für die Beurteilung der Bonität können Mindest-Ratings der vom Markt anerkannten Rating-Agenturen herangezogen werden. Veranlagungen in nachrangige Schuldverschreibungen (nachrangige Wertpapiere) sind nicht zulässig.

(2) Der Einsatz derivativer Instrumente im Sinne der Arten von Derivatgeschäften nach Anhang II Abs. 1 lit. a bis d der Verordnung (EU) Nr. 575/2013 über Aufsichtsanforderungen an Kreditinstitute und Wertpapierfirmen und zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 646/2012, ABl. Nr. L 176 vom 27.06.2013 S 1, zuletzt geändert durch die Delegierte Verordnung (EU) 2015/1556, ABl. Nr. L 244 vom 19.09.2015 S. 9, ist zulässig, wenn er nachweislich zur Absicherung bestehender Positionen nach Abs. 1 dient.

(3) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Vermögensveranlagungen, die in den Abs. 1 und 2 nicht erwähnt sind, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen. Kriterien für die Genehmigung der beabsichtigten Vermögensveranlagung sind jedenfalls Anlagensicherheit, Liquidität und Ertragsangemessenheit. Gegenstand solcher Beschlüsse können sowohl konkrete Vermögensanlagen in einem einzelnen Fall als auch durch gemeinsame Gruppenmerkmale gekennzeichnete und voraussichtlich vorzunehmende

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Vermögensanlagen sein.

(4) Der Versicherungsträger hat dafür zu sorgen, dass die Veranlagung durch Personen erfolgt, die dafür fachlich geeignet sind und eine entsprechende Berufserfahrung nachweisen können. Für jede Vermögensanlage ist begleitend ein Risikomanagement durchzuführen. Eine angemessene Funktionstrennung zwischen der Veranlagung und dem Risikomanagement ist zu gewährleisten.

**Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen**

**§ 206a.** Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 13 Abs. 2 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. Das Gleiche gilt für Beschlüsse der Verwaltungskörper über Finanzierungs- und Betreibermodelle im Sinne des § 41 Abs. 2 sowie für die Gründung von Tochtergesellschaften bzw. die Beteiligung an weiteren Vereinen und Gesellschaften im Rahmen solcher Finanzierungs- und Betreibermodelle.

**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 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) Die Genehmigung gemäß Abs. 1 ist nicht erforderlich,

1. wenn dem Beschluß ein Betrag zugrunde liegt, der das Dreitausendfache der Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 45 Abs. 1 ASVG nicht übersteigt, oder

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

2. wenn Erhaltungs- oder Instandsetzungsarbeiten mit genehmigungspflichtigen Vorhaben in keinem ursächlichen Zusammenhang stehen.

(2a) Die Genehmigung nach Abs. 1a ist nicht erforderlich, wenn

1. die den beschlussgegenständlichen Bestandvertrag betreffende Gesamtfläche weniger als 500 m<sup>2</sup> beträgt und

2. der Jahresbruttobestandzins auf Grund des beschlussgegenständlichen Bestandvertrages das Tausendfache der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 Abs. 1 ASVG nicht übersteigt und

3. der beschlussgegenständliche Bestandvertrag keinen Kündigungsverzicht von mehr als zehn Jahren vorsieht.

(3) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Angelegenheiten nach den Abs. 2 und 2a sind binnen einem Monat nach Beschlussfassung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen anzuzeigen.

**ABSCHNITT V****Aufsicht des Bundes****Aufsichtsbehörde**

**§ 208.** (1) Der Versicherungsträger samt seinen Anstalten und Einrichtungen unterliegt der Aufsicht des Bundes. Die Aufsicht ist von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen auszuüben. In Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, ist von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen das Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz herzustellen.

(1a) Der Aufsicht des Bundes unterliegen auch die im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen nach § 41 Abs. 2 errichteten (gegründeten) Vereine, Fonds oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung bzw. Vereine, Fonds oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung, an denen der Versicherungsträger im Rahmen eines solchen Finanzierungs- und Betreibermodells beteiligt ist. Dies gilt jedenfalls so lange, als die Beteiligung des Versicherungsträgers ein Ausmaß von mindestens 50% umfasst oder die Gesellschafts- oder Stimmrechtsanteile mindestens 50% betragen. Im Fall einer

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Minderheitsbeteiligung des Versicherungsträgers sind die Aufsichtsrechte des Bundes in geeigneter Weise sicherzustellen.

(2) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen kann bestimmte Bedienstete ihres Bundesministeriums mit der Aufsicht über den Versicherungsträger betrauen. Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper des Versicherungsträgers einen Vertreter zur Wahrung der Interessen in Angelegenheiten, die in seinen Wirkungsbereich fallen, entsenden. Der Bundesminister für Finanzen kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper des Versicherungsträgers einen Vertreter zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes entsenden. Den mit der Ausübung der Aufsicht bzw. mit der Wahrung der Interessen des Bundes betrauten Bediensteten (deren Stellvertretern) sind Aufwandsentschädigungen zu gewähren, deren Höhe 60 vH der niedrigsten Funktionsgebühr (§ 185 Abs. 5) des Vorsitzenden (des Stellvertreters des Vorsitzenden) der Kontrollversammlung des beaufsichtigten Versicherungsträgers entspricht. Bei mehrfacher Aufsichtstätigkeit nach diesem Bundesgesetz, nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz oder dem Notarversicherungsgesetz 1972 gebührt nur eine, und zwar die jeweils höhere Aufwandsentschädigung.

(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.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung****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, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erstrecken; sie soll sich in diesen Fällen 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) Der Aufsichtsbehörde und dem Bundesminister für Finanzen 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 den Bundesministern für Gesundheit und Frauen und für Finanzen unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die Aufsichtsbehörde kann die Satzung und Krankenordnung jederzeit überprüfen und Änderungen solcher Bestimmungen verlangen, die mit dem Gesetz in Widerspruch stehen oder dem Zwecke der Versicherung zuwiderlaufen. Dies gilt bezüglich der Satzung auch für den Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. 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 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 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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie geeigneter Sachverständiger bedienen können.

(5) Die Abs. 1, 2 erster Satz, 3 und 4 gelten auch bezüglich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz bzw. dessen Vertreter.

**Entscheidungsbefugnis**

§ 210. Die Aufsichtsbehörde hat vorbehaltlich der gesetzlichen Bestimmungen über die Zuständigkeit anderer Stellen und unbeschadet der Rechte Dritter bei Streit über Rechte und Pflichten der Verwaltungskörper und deren Mitglieder sowie über die Auslegung der Satzung zu entscheiden.

**Vorläufiger Verwalter**

§ 211. (1) Die Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer Acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der aus Vertretern der Versicherten bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 185 Abs. 2 bis 6 und 193 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 186 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 über die Auflösung eines Verwaltungskörpers und die Übertragung der vorläufigen Geschäftsführung und Vertretung auf einen vorläufigen Verwalter sind entsprechend anzuwenden, solange und soweit ein Verwaltungskörper die ihm obliegenden Geschäfte nicht ausführt.

(3) Verfügungen des vorläufigen Verwalters, die über den Rahmen laufender Geschäftsführung hinausgehen, wie insbesondere derartige Verfügungen über die dauernde Anlage von Vermögensbeständen im Werte von mehr als 14 534,57 €, über den Abschluss von Verträgen, die den Versicherungsträger für länger als sechs Monate verpflichten, und über den Abschluss, die Änderung oder Auflösung von Dienstverträgen mit einer Kündigungsfrist von mehr als drei

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Monaten oder von unkündbaren Dienstverträgen bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

**Kosten der Aufsicht**

§ 212. Die Kosten der von der Aufsichtsbehörde angeordneten Maßnahmen belasten den Versicherungsträger. Zur Deckung der durch die Aufsicht erwachsenden sonstigen Kosten hat der Versicherungsträger 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 zu bestimmen.

**Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht**

§ 212a. Gegen Bescheide der Aufsichtsbehörde und wegen Verletzung ihrer Entscheidungspflicht kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.

**ABSCHNITT VI****Satzung, Krankenordnung und Geschäftsordnungen****Satzung**

§ 213. (1) Die Satzung hat, soweit dies gesetzlich vorgesehen und nicht der Regelung durch die Krankenordnung überlassen ist, die Tätigkeit des Versicherungsträgers zu regeln und insbesondere Bestimmungen zu enthalten:

1. über Rechte und Pflichten der Versicherten (Anspruchsberechtigten) sowie der Beitragsschuldner;
2. über die Form der Kundmachungen und rechtsverbindlichen Akte;
3. über die in regelmäßigen Abständen abzuhaltenden Informationsveranstaltungen, zu der Versicherte einzuladen sind;
4. über die Zahl der Mitglieder des Beirates und deren Bestellung.
5. Aufgehoben.

(2) Durch die Satzung des Versicherungsträgers kann vorgesehen werden, daß Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich der Generalversammlung oder des Vorstandes fallen, bei Gefahr im Verzug zur Abwendung eines dem Versicherungsträger drohenden Schadens bzw. zur Sicherung eines dem Versicherungsträger entgehenden Vorteiles vorläufig durch Verfügung des

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Obmannes des Versicherungsträgers zu regeln sind, wenn der in Betracht kommende Verwaltungskörper nicht rechtzeitig zusammentreten kann. Die Verfügungen sind im Einvernehmen mit den Stellvertretern des Obmannes zu treffen, bei ihrer Abwesenheit oder ihrer Verhinderung auch ohne deren Mitwirkung. Der Obmann hat in derartigen Fällen vom zuständigen Verwaltungskörper die nachträgliche Genehmigung einzuholen.

(3) Änderungen der Satzung des Versicherungsträgers, die durch Änderungen der Gesetzeslage oder der Vertragslage (§ 181) erforderlich oder zulässig geworden sind, können rückwirkend mit jenem Zeitpunkt vorgenommen werden, mit dem sich die damit zusammenhängende Gesetzeslage oder Vertragslage (§ 181) geändert hat.

**Krankenordnung**

§ 214. (1) Der Versicherungsträger hat eine Krankenordnung aufzustellen, die insbesondere die Pflichten der Versicherten und der Leistungsempfänger im Leistungsfall, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und die Kontrolle der Kranken zu regeln hat. § 215 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass für die Genehmigung der Krankenordnung und jede ihrer Änderungen ausschließlich die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zuständig ist.

(2) Änderungen der Krankenordnung, die durch Änderungen der Gesetzeslage oder der Vertragslage (§ 181) erforderlich oder zulässig geworden sind, können rückwirkend mit jenem Zeitpunkt vorgenommen werden, mit dem sich die damit zusammenhängende Gesetzeslage oder Vertragslage (§ 181) geändert hat.

**Genehmigungspflicht**

§ 215. Die Satzung und jede ihrer Änderungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, die das Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz herzustellen hat, und sind unverzüglich nach der Genehmigung im Internet zu verlautbaren. Nach jeder fünften Änderung der Satzung, frühestens am Beginn der Amtsdauer (§ 190), ist diese unverzüglich neu zu beschließen.

**Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper**

§ 215a. (1) Die einzelnen Verwaltungskörper des Versicherungsträgers

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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) Die Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper und jede ihrer Änderungen sind innerhalb von vier Wochen nach der Beschlussfassung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz gesondert zur Kenntnis zu bringen.

(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.

**ABSCHNITT VIII****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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Zahl der Dienstposten auf das unumgängliche Maß einzuschränken und darnach für seinen Bereich einen Dienstpostenplan zu erstellen.

(1a) Der Versicherungsträger ist berechtigt, zur Unterstützung der Ausbildung von Turnusärztinnen und -ärzten nach den §§ 12 und 12a des Ärztegesetzes 1988 befristete Ausbildungsverhältnisse im Rahmen eines Dienstverhältnisses einzugehen. Diese Dienstverhältnisse sind im Dienstpostenplan nicht zu berücksichtigen.

(2) Am 31. Dezember 1993 bereits bestehende Sonderverträge über die Höhe einer Leitungszulage bleiben unberührt.

(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) Ist ein Bediensteter (eine Bedienstete) des Versicherungsträgers 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 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) Der Bedienstete hat beim Dienstantritt dem Obmann 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

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

angemessen zu betragen. Die Angelobung der Bediensteten der Regionalbüros kann vom Obmann einem anderen Versicherungsvertreter übertragen werden. Über die Pflichtenangelobung ist eine Niederschrift aufzunehmen, die der Bedienstete zu unterzeichnen hat.

**Verschwiegenheitspflicht der Bediensteten**

§ 219. (1) Die Bediensteten haben über alle ihnen in Ausübung des Dienstes oder mit Beziehung auf ihre Stellung bekanntgewordenen Angelegenheiten, die im Interesse des Versicherungsträgers oder der Versicherten und ihrer Angehörigen Geheimhaltung erfordern oder ihnen ausdrücklich als vertraulich bezeichnet worden sind, gegen jedermann, dem sie über solche Angelegenheiten eine dienstliche Mitteilung zu machen nicht verpflichtet sind, Verschwiegenheit zu beobachten.

(2) Eine Ausnahme von der im Abs. 1 bezeichneten Verpflichtung tritt nur insoweit ein, als ein Bediensteter für einen bestimmten Fall von der Verpflichtung zur Wahrung des Dienstgeheimnisses entbunden wurde.

(3) Die Bediensteten sind an die Verschwiegenheitspflicht auch im Verhältnis außer Dienst, im Ruhestand sowie nach Auflösung des Dienstverhältnisses gebunden.

**ABSCHNITT IX****Elektronische Datenverarbeitung**

§ 219a. Der Versicherungsträger ist insoweit zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten ermächtigt, als dies zur Erfüllung der ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung ist. Zu den ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben zählt auch die Übermittlung der bei der Einhebung der im § 27a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten vorgesehenen Kostenbeiträge notwendigen Daten.

**Vorgeschlagene Fassung****Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018**

§ 366. (1) Die §§ 4 Z 3 und 4, 24b Abs. 4, 33a Abs. 1, 33b Abs. 1, 33c Abs. 1, 3 bis 5, 40 Abs. 3, 82 Abs. 1, 86 Abs. 5 und 6, 96a Abs. 7, 99b, 100 Abs. 4, 118b Abs. 1, 2 und 4, 149l Abs. 2, 149m Abs. 4, 158 Abs. 3, 161 Abs. 2 Z 1 sowie 163a Abs. 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

(2) Der Abschnitt III des Ersten Teiles samt Überschrift, die §§ 41 bis 42 samt Überschriften, der Abschnitt VI des Ersten Teiles samt Überschrift, § 118b Abs. 3, der Abschnitt IV des Dritten Teiles samt Überschrift sowie die Abschnitte I bis VI, VIII und IX des Vierten Teiles samt Überschriften treten mit Ablauf des 31. Dezember 2019 außer Kraft.

(3) Für die Erstattung von Beiträgen, die vor dem 1. Jänner 2019 entrichtet wurden, sind weiterhin die §§ 33c und 118b in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung anzuwenden; dies gilt nicht, soweit diese Beiträge zusammen mit Beiträgen, die ab 1. Jänner 2019 entrichtet wurden, für ein bestimmtes Kalenderjahr entrichtet wurden.

**Artikel 4****Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes****Versicherungspflicht in der Kranken- und Unfallversicherung**

§ 1. (1) In der Kranken- und Unfallversicherung sind, sofern nicht eine Ausnahme nach den §§ 2 oder 3 gegeben ist, versichert:

1. und 4. ...
5. die unkündbaren Dienstnehmer der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter;
6. die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter **sowie die Mitglieder des Beirates gemäß den §§ 149a ff.;**
7. bis 19. ...
20. BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001, wenn nach § 28 KBGG die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zuständig ist;
21. ...
22. Dienstnehmer und Dienstnehmerinnen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, soweit sie nicht schon nach Z 5 versichert sind;
23. ...

**Versicherungspflicht in der Kranken- und Unfallversicherung**

§ 1. (1) In der Kranken- und Unfallversicherung sind, sofern nicht eine Ausnahme nach den §§ 2 oder 3 gegeben ist, versichert:

1. und 4. ...
5. die unkündbaren Dienstnehmer der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, **Eisenbahnen und Bergbau;**
6. die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, **Eisenbahnen und Bergbau;**
7. bis 19. ...
20. BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001, wenn nach § 28 KBGG die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, **Eisenbahnen und Bergbau** zuständig ist;
21. ...
22. Dienstnehmer und Dienstnehmerinnen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, **Eisenbahnen und Bergbau,** soweit sie nicht schon nach Z 5 versichert sind;
23. ...

**Geltende Fassung**

24. Bezieher von Familienzeitbonus nach dem Familienzeitbonusgesetz (FamZeitbG), BGBl. I Nr. 53/2016, wenn nach § 4 FamZeitbG die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zuständig ist;

**Vorgeschlagene Fassung**

24. Bezieher von Familienzeitbonus nach dem Familienzeitbonusgesetz (FamZeitbG), BGBl. I Nr. 53/2016, wenn nach § 4 FamZeitbG die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau zuständig ist;
25. die bei Eisenbahnen im Sinne des 1. Teiles des Eisenbahngesetzes 1957, BGBl. Nr. 60, Beschäftigten, soweit diese Eisenbahnen – unabhängig von der Rechtsform des Betriebes bzw. Unternehmens – dem öffentlichen Verkehr dienen und Personen oder Sachgüter befördern;
26. Beschäftigte von Schlaf- und Speisewagenbetrieben;
27. Beschäftigte in einem Betrieb, an dem ein Unternehmen im Sinne der Z 25 oder Z 26 zu mehr als 25% beteiligt ist oder auf maßgebliche Aufgaben der Geschäftsführung wesentlichen Einfluss hat, und zwar unabhängig von der Rechtsform dieses Betriebes; umfasst sind sowohl Eigenbetriebe als auch solche Hilfseinrichtungen, die dem Bau, Betrieb und Verkehr dienen und in einer organisatorischen oder rechtlichen sowie funktionalen Verbindung zum Eisenbahnunternehmen stehen;
28. am 31. Dezember 2003 bei den Österreichischen Bundesbahnen beschäftigte Dienstnehmer/innen, auch wenn ihre Dienstverhältnisse nach dem 31. Dezember 2003 infolge eines (auch mehrmaligen) Betriebsüberganges auf ein anderes Unternehmen übergehen oder solange sie bei einem der in Art. I des Bundesbahnstrukturgesetzes 2003 genannten Unternehmen oder einer Rechtsnachfolgerin eines dieser Unternehmen oder bei einem Unternehmen, das durch Maßnahmen der Umgründung im Rahmen des bestehenden Gesellschaftsrechts aus einer der Gesellschaften hervorgegangen ist, beschäftigt sind;
29. Bezieher/innen einer Pension aus einer Pensionsversicherung nach dem ASVG, wenn die Pension von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau ausgezahlt wird, sowie für jene Personen, denen von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau ein Rehabilitationsgeld zuerkannt wird und für Bezieher/innen einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung bei einem der im § 479 ASVG genannten Institute;
30. Bezieher/innen einer Pension aus der Pensionsversicherung der Angestellten, wenn die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau auf Grund der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Pensionsanspruches nach Z 25 bis 28, 31 oder 32 für die

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Krankenversicherung zuständig war oder gewesen wäre, sowie jene Personen, denen auf Grund vorübergehender Berufsunfähigkeit ein Rehabilitationsgeld von der Pensionsversicherungsanstalt zuerkannt wird, wenn die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau für die Krankenversicherung in der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Rehabilitationsgeldanspruches zuständig war oder gewesen wäre;

31. Beschäftigte in knappschaftlichen Betrieben nach § 15 Abs. 2 und 3 ASVG;

32. Personen, die nach § 15 Abs. 4 ASVG der knappschaftlichen Pensionsversicherung angehören;

33. Beschäftigte jener Betriebe, für deren Beschäftigte die Betriebskrankenkasse Pengg am 31. Dezember 2001 die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung durchgeführt hat;

34. am 31. Dezember 2003 bei den Österreichischen Bundesbahnen beschäftigte

a) Dienstnehmer/innen mit Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenuss nach dem Bundesbahn-Pensionsgesetz, BGBl. I Nr. 86/2001,

b) Dienstnehmer/innen, denen von den Österreichischen Bundesbahnen ein besonderer Kündigungsschutz gewährt wurde, auch wenn ihre Dienstverhältnisse nach dem 31. Dezember 2003 infolge eines (auch mehrmaligen) Betriebsüberganges auf ein anderes Unternehmen übergehen oder solange sie bei einem der in Art. I des Bundesbahnstrukturgesetzes 2003 genannten Unternehmen, einer Rechtsnachfolgerin eines dieser Unternehmen oder einem Unternehmen, das durch Maßnahmen der Umgründung im Rahmen des bestehenden Gesellschaftsrechts aus einer der Gesellschaften hervorgegangen ist, beschäftigt sind, sowie

c) Personen, die von den Österreichischen Bundesbahnen, einem der in Art. I des Bundesbahnstrukturgesetzes 2003 genannten Unternehmen, einer Rechtsnachfolgerin eines dieser Unternehmen oder einem Unternehmen, das durch Maßnahmen der Umgründung im Rahmen des bestehenden Gesellschaftsrechts aus einer der Gesellschaften hervorgegangen ist, eine Pensionsleistung nach dem Bundesbahn-Pensionsgesetz oder eine gleichartige Pensionsleistung erhalten;

**Geltende Fassung**

- (2) Die Unfallversicherung erstreckt sich bei Personen
1. nach Abs.1 Z1 bis 5, 17 und 22 auf ihr Dienstverhältnis zu den dort bezeichneten Dienstgebern,
  2. und 3. ...
  4. nach Abs. 1 Z 21 auf ihr Arbeitsverhältnis zur Universität;
- (3) und (4) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

35. die am 31. Dezember 2003 bei den Österreichischen Bundesbahnen beschäftigten Sondervertragsangestellten, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Monate haben und denen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf eine Pensionsleistung zusteht, auch wenn ihre Dienstverhältnisse nach dem 31. Dezember 2003 infolge eines (auch mehrmaligen) Betriebsüberganges auf ein anderes Unternehmen übergehen oder solange sie bei einem der in Art. I des Bundesbahnstrukturgesetzes 2003 genannten Unternehmen, einer Rechtsnachfolgerin eines dieser Unternehmen oder einem Unternehmen, das durch Maßnahmen der Umgründung im Rahmen des bestehenden Gesellschaftsrechts aus einer der Gesellschaften hervorgegangen ist, beschäftigt sind;
  36. Personen, die am 31. Dezember 2003 einen außerordentlichen Versorgungsgenuss von den Österreichischen Bundesbahnen bezogen haben, solange sie von den Österreichischen Bundesbahnen, einem der in Art. I des Bundesbahnstrukturgesetzes 2003 genannten Unternehmen, einer Rechtsnachfolgerin eines dieser Unternehmen oder einem Unternehmen, das durch Maßnahmen der Umgründung im Rahmen des bestehenden Gesellschaftsrechts aus einer der Gesellschaften hervorgegangen ist, einen außerordentlichen Versorgungsgenuss beziehen;
  37. die Bediensteten der WIENER LINIEN GmbH & Co KG sowie die dieser Gesellschaft zur Dienstleistung zugewiesenen, in einem bis 31. Dezember 2000 durch Vertrag begründeten Dienstverhältnis zur Gemeinde Wien stehenden Beschäftigten;
  38. die in einem Lehrverhältnis stehenden Personen (Lehrlinge), sofern sie als Dienstnehmer der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz unterliegen würden.
- (2) Die Unfallversicherung erstreckt sich bei Personen
1. nach Abs. 1 Z 1 bis 5, 17, 22, 25 bis 28, 31 bis 33, 34 lit. a und b, 35 und 37 auf ihr Dienstverhältnis zu den dort bezeichneten Dienstgebern,
  2. und 3. ...
  4. nach Abs. 1 Z 21 auf ihr Arbeitsverhältnis zur Universität;
  5. nach Abs. 1 Z 38 auf ihr Lehrverhältnis.
- (3) und (4) ...

**Geltende Fassung**

(5) ...

**Ausnahmen von der Krankenversicherung**

§ 2. (1) Von der Krankenversicherung sind – unbeschadet Abs. 2 – jeweils nur hinsichtlich der, von den folgenden Ausnahmetatbeständen umfassten Tätigkeiten ausgenommen:

## 1. Personen, die auf Grund der Vorschriften

- a) der §§ 472 und 473 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955, bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen oder

**Vorgeschlagene Fassung**

(4a) Der Wohnsitz eines Ruhegenusempfängers nach § 1 Abs. 1 Z 36 im Ausland ist dem Wohnsitz im Inland gleichzusetzen, wenn er mit einer früheren Verwendung des Versicherten auf Anschlussstrecken oder in Grenzbahnhöfen des Auslandes in Zusammenhang steht; das gleiche gilt auch für Empfänger von Versorgungsgenüssen, Unterhaltsbeiträgen und gleichartigen Leistungen, wenn der Wohnort im Ausland mit einer früheren Verwendung jener Personen, von denen der Versorgungsgenuss, der Unterhaltsbeitrag oder die gleichartige Leistung abgeleitet wird, auf Anschlussstrecken oder Grenzbahnhöfen des Auslandes in Zusammenhang steht.

(5) ...

(6) Den Dienstnehmern im Sinne dieses Bundesgesetzes sind Personen gleichgestellt, die sich auf Grund freier Dienstverträge auf bestimmte oder unbestimmte Zeit zur Erbringung von Dienstleistungen verpflichten, wenn sie aus dieser Tätigkeit ein Entgelt beziehen, die Dienstleistungen im Wesentlichen persönlich erbringen und über keine wesentlichen eigenen Betriebsmittel verfügen; es sei denn,

1. dass sie auf Grund dieser Tätigkeit bereits nach § 2 Abs. 1 Z 1 bis 3 GSVG oder § 2 Abs. 1 BSVG oder nach § 2 Abs. 1 und 2 FSVG versichert sind oder
2. dass es sich bei dieser Tätigkeit um eine (Neben )Tätigkeit nach § 19 Abs. 1 Z 1 lit. f handelt oder
3. dass eine selbständige Tätigkeit, die die Zugehörigkeit zu einer der Kammern der freien Berufe begründet, ausgeübt wird oder
4. dass es sich um eine Tätigkeit als Kunstschaffender, insbesondere als Künstler im Sinne des § 2 Abs. 1 des Künstler-Sozialversicherungsfondsgesetzes, handelt.

**Ausnahmen von der Krankenversicherung**

§ 2. (1) Von der Krankenversicherung sind – unbeschadet Abs. 2 – jeweils nur hinsichtlich der, von den folgenden Ausnahmetatbeständen umfassten Tätigkeiten ausgenommen:

**Geltende Fassung**

b) der §§ 479a bis 479e des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bei der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe in der Krankenversicherung pflichtversichert sind;

2. Personen, denen im Erkrankungsfall Anspruch auf Leistungen zusteht, die den Leistungen der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz mindestens gleichwertig sind, sofern dieser Anspruch auf einem der in § 1 bezeichneten Dienstverhältnisse, auf einer der dort bezeichneten Funktionen oder auf einem Anspruch auf eine Pensionsleistung der in § 1 Abs. 1 Z 7, 12 oder 18 bezeichneten Art beruht. Die Gleichwertigkeit ist als gegeben anzunehmen, wenn die Leistungsansprüche auf einer landesgesetzlichen Regelung über Krankenfürsorge beruhen. Andernfalls entscheidet das Bundesministerium für soziale Verwaltung über die Gleichwertigkeit, wobei die Gesamtansprüche mit Rücksicht auf den besonderen Personenkreis nach Billigkeit zu veranschlagen sind. Die Gleichwertigkeit ist jedenfalls gegeben, wenn die Leistungsansprüche gegenüber einer der im folgenden angeführten Krankenfürsorgeeinrichtungen bestehen:

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien,  
 Krankenfürsorge der Beamten der Stadtgemeinde Baden,  
 Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz,  
 Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeinden,  
 Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte,  
 O.-ö. Lehrer-, Kranken- und Unfallfürsorge,  
 Krankenfürsorgeanstalt für Beamte des Magistrates Steyr,  
 Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels,  
 Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz,  
 Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadt Villach,  
 Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbediensteten der Landeshauptstadt Salzburg,  
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer,  
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten,  
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten,  
 Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein;

**Vorgeschlagene Fassung**

2. Personen, denen im Erkrankungsfall Anspruch auf Leistungen zusteht, die den Leistungen der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz mindestens gleichwertig sind, sofern dieser Anspruch auf einem der in § 1 **Z 1 bis 23** bezeichneten Dienstverhältnisse, auf einer der dort bezeichneten Funktionen oder auf einem Anspruch auf eine Pensionsleistung der in § 1 Abs. 1 Z 7, 12 oder 18 bezeichneten Art beruht. Die Gleichwertigkeit ist als gegeben anzunehmen, wenn die Leistungsansprüche auf einer landesgesetzlichen Regelung über Krankenfürsorge beruhen. Andernfalls entscheidet das Bundesministerium für soziale Verwaltung über die Gleichwertigkeit, wobei die Gesamtansprüche mit Rücksicht auf den besonderen Personenkreis nach Billigkeit zu veranschlagen sind. Die Gleichwertigkeit ist jedenfalls gegeben, wenn die Leistungsansprüche gegenüber einer der im folgenden angeführten Krankenfürsorgeeinrichtungen bestehen:

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien,  
 Krankenfürsorge der Beamten der Stadtgemeinde Baden,  
 Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz,  
 Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeinden,  
 Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte,  
 O.-ö. Lehrer-, Kranken- und Unfallfürsorge,  
 Krankenfürsorgeanstalt für Beamte des Magistrates Steyr,  
 Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels,  
 Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz,  
 Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadt Villach,  
 Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbediensteten der Landeshauptstadt Salzburg,  
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer,  
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten,  
 Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten,  
 Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein;

**Geltende Fassung**

3. Aufgehoben.
4. die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter **sowie die Mitglieder des Beirates gemäß den §§ 149a ff.;**
5. die in § 1 Abs. 1 Z 1 bis 5, 8 bis 11, **14a**, 16, 17, 21 und **22** bezeichneten Personen, wenn ihre Beitragsgrundlage oder die Summe ihrer Beitragsgrundlagen nach § 19 den im § 5 Abs. 2 ASVG genannten Betrag nicht übersteigen würden;
6. bis 8. ...
- (2) ...

**Ausnahmen von der Unfallversicherung**

§ 3. Von der Unfallversicherung sind ausgenommen:

1. Dienstnehmer, die auf Grund der die Unfallversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Beschäftigung der Pflichtversicherung in der Unfallversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz unterliegen, für die Dauer dieser **Versicherung;**
2. ...
3. Personen, die Anspruch auf eine Pensionsleistung bzw. auf Übergangsgeld der in § 1 Abs. 1 Z 7, 12, 14 lit. b **oder 18** bezeichneten Art haben, es sei denn, daß sie **gleichzeitig eine der in § 1 Abs. 1 Z 8 bis 11 angeführten Funktionen ausüben;**  
sowie die im § 2 Abs. 1 Z 8 bezeichneten Personen;
4. bis 6. ...

**Beginn der Versicherung**

§ 5. (1) Die Versicherung beginnt, unabhängig von der Erstattung der

**Vorgeschlagene Fassung**

3. Aufgehoben.
4. die Versicherungsvertreter/**innen** in den Verwaltungskörpern der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, **Eisenbahnen und Bergbau;**
5. die in § 1 Abs. 1 Z 1 bis 5, 8 bis 11, **14 lit. a**, 16, 17, 21, **22, 25 bis 28, 31 bis 33, 34 lit. a und b, 35 und 37** bezeichneten Personen, wenn ihre Beitragsgrundlage oder die Summe ihrer Beitragsgrundlagen nach § 19 den im § 5 Abs. 2 ASVG genannten Betrag nicht übersteigen würden;
6. bis 8. ...
- (2) ...

**(3) Kein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis nach Abs. 1 Z 5 liegt vor, wenn das im Kalendermonat gebührende Entgelt den in § 5 Abs. 2 ASVG genannten Betrag nur deshalb nicht übersteigt, weil infolge Arbeitsmangels im Betrieb die sonst übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht erreicht wird (Kurzarbeit) oder die für mindestens einen Monat oder auf unbestimmte Zeit vereinbarte Beschäftigung im Lauf des betreffenden Kalendermonates begonnen oder geendet hat oder unterbrochen wurde.**

**Ausnahmen von der Unfallversicherung**

§ 3. Von der Unfallversicherung sind ausgenommen:

2. ...
3. Personen, die Anspruch auf eine Pensionsleistung bzw. auf Übergangsgeld der in § 1 Abs. 1 Z 7, 12, 14 lit. b, **18, 29, 30, 33, 34 lit. c und 36** bezeichneten Art haben, **sowie die im § 2 Abs. 1 Z 8 bezeichneten Personen;**  
sowie die im § 2 Abs. 1 Z 8 bezeichneten Personen;
4. bis 6. ...

**Beginn der Versicherung**

§ 5. (1) Die Versicherung beginnt, unabhängig von der Erstattung der

**Geltende Fassung**

## Anmeldung,

1. bei den in § 1 Abs. 1 Z 1 bis 4, 17 und 22 genannten Versicherten, sofern sich nach Abs. 2 nichts anderes ergibt, mit dem Tag der Aufnahme in das Dienstverhältnis, bei den in § 1 Abs. 1 Z 14 lit. a genannten Versicherten mit dem Tag der Zuweisung zur Dienstleistung bei dem dort bezeichneten Betrieb, bei den in § 1 Abs. 1 Z 21 genannten Versicherten mit dem Tag der Begründung des Arbeitsverhältnisses;
2. ...
3. bei den in § 1 Abs. 1 Z 7, 12, 14 lit. b und 18 genannten Versicherten mit dem Tag des Entstehens des Anspruches auf die dort bezeichneten Pensionsleistungen bzw. auf Übergangsgeld;
4. bis 6. ...
7. bei den im § 1 Abs. 1 Z 24 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag, ab dem der Familienzeitbonus gebührt;

(2) und (3) ...

**Ende der Versicherung****§ 6. (1) Die Versicherung endet**

1. bei den in § 1 Abs. 1 Z 1 bis 5, 17 und 22 genannten Versicherten mit dem Tag der Beendigung des die Versicherung begründenden Dienstverhältnisses, bei den in § 1 Abs. 1 Z 14 lit. a genannten Versicherten mit dem Tag der Beendigung der die Versicherung begründenden Dienstleistung, bei den in § 1 Abs. 1 Z 21 genannten Versicherten mit dem Tag der Beendigung des die Versicherung begründenden Arbeitsverhältnisses;
2. bei den in § 1 Abs. 1 Z 7, 12, 14 lit. b und 18 genannten Versicherten mit dem Ablauf des Kalendermonates, für den letztmalig die dort bezeichneten Pensionsleistungen ausgezahlt werden bzw. das

**Vorgeschlagene Fassung**

## Anmeldung,

1. bei den in § 1 Abs. 1 Z 1 bis 4, 17, 22, 25 bis 28, 31 bis 33, 34 lit. a und b, 35 und 37 genannten Versicherten, sofern sich nach Abs. 2 nichts anderes ergibt, mit dem Tag der Aufnahme in das Dienstverhältnis, bei den in § 1 Abs. 1 Z 14 lit. a genannten Versicherten mit dem Tag der Zuweisung zur Dienstleistung bei dem dort bezeichneten Betrieb, bei den in § 1 Abs. 1 Z 21 genannten Versicherten mit dem Tag der Begründung des Arbeitsverhältnisses;
2. ...
3. bei den in § 1 Abs. 1 Z 7, 12, 14 lit. b, 18, 29, 30, 34 lit. c und 36 genannten Versicherten mit dem Tag des Entstehens des Anspruches auf die dort bezeichneten Pensionsleistungen, auf Übergangsgeld bzw. auf Rehabilitationsgeld;
4. bis 6. ...
7. bei den im § 1 Abs. 1 Z 24 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag, ab dem der Familienzeitbonus gebührt;
8. bei den in § 1 Abs. 1 Z 38 genannten Versicherten mit dem Tag des Beginnes des Lehrverhältnisses;
9. bei den in § 1 Abs. 6 genannten Versicherten mit dem Tag des Beginnes der Beschäftigung bzw. im Fall der Erlassung eines Bescheides nach § 410 Abs. 1 Z 8 ASVG mit dem Tag der Erlassung dieses Bescheides.

(2) und (3) ...

**Ende der Versicherung****§ 6. (1) Die Versicherung endet**

1. bei den in § 1 Abs. 1 Z 1 bis 5, 17, 22, 25 bis 28, 31 bis 33, 34 lit. a und b, 35 und 37 genannten Versicherten mit dem Tag der Beendigung des die Versicherung begründenden Dienstverhältnisses, bei den in § 1 Abs. 1 Z 14 lit. a genannten Versicherten mit dem Tag der Beendigung der die Versicherung begründenden Dienstleistung, bei den in § 1 Abs. 1 Z 21 genannten Versicherten mit dem Tag der Beendigung des die Versicherung begründenden Arbeitsverhältnisses;
2. bei den in § 1 Abs. 1 Z 7, 12, 14 lit. b, 18, 29, 30, 34 lit. c und 36 genannten Versicherten mit dem Ablauf des Kalendermonates, für den letztmalig die dort bezeichneten Pensionsleistungen ausgezahlt werden

**Geltende Fassung**

Übergangsgeld ausgezahlt wird;

3. bis 5. ...

6. bei den in § 1 Abs. 1 Z 24 genannten Pflichtversicherten mit Ablauf des Kalendertages, für den letztmalig der Familienzeitbonus gebührt.

(2) bis (5) ...

**Selbstversicherung**

§ 7a. (1) ...

(2) Die Selbstversicherung erstreckt sich

1. für die in § 1 Abs. 1 Z 5, 17, 21 und 22 genannten Personen auf die Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz und auf die Pensionsversicherung nach den für die Pensionsversicherung von Selbstversicherten nach § 19a ASVG geltenden Bestimmungen;

2. ...

(3) bis (5) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

bzw. das Übergangsgeld bzw. das Rehabilitationsgeld ausgezahlt wird;

3. bis 5. ...

6. bei den in § 1 Abs. 1 Z 24 genannten Pflichtversicherten mit Ablauf des Kalendertages, für den letztmalig der Familienzeitbonus gebührt;

7. bei den in § 1 Abs. 1 Z 38 genannten Versicherten mit dem Ende des Lehrverhältnisses;

8. bei den in § 1 Abs. 6 genannten Versicherten mit dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses.

(2) bis (5) ...

**Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung**

§ 7a. (1) ...

(2) Die Selbstversicherung erstreckt sich

1. für die in § 1 Abs. 1 Z 5, 17, 21, 22, 25 bis 28, 31 bis 33 und 37 genannten Personen auf die Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz und auf die Pensionsversicherung nach den für die Pensionsversicherung von Selbstversicherten nach § 19a ASVG geltenden Bestimmungen;

2. ...

(3) bis (5) ...

**Weiterversicherung in der Krankenversicherung**

§ 7b. (1) Personen, die aus der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz ausscheiden, können sich, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, weiterversichern, wenn sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert waren. Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um Zeiten, während derer der/die Versicherte

a) auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist,

b) Anspruch auf Pflegegebührenersatz einem Versicherungsträger gegenüber hat,

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

c) Präsenz- oder Ausbildungsdienst auf Grund des Wehrgesetzes 2001, BGBI. I Nr. 146, leistet, sofern infolge dieser Zeiten nicht schon Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz besteht.

(2) Die Versicherungsanstalt hat dem/der ausgeschiedenen Versicherten eine Verständigung über das Erlöschen der Pflichtversicherung und über die Voraussetzungen zur Weiterversicherung zuzustellen. Das Recht auf Weiterversicherung ist innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Zustellung dieser Verständigung bei der Versicherungsanstalt geltend zu machen. Fällt das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung in eine der im Abs. 1 lit. a bis c genannten Zeiten, so beginnt diese Frist unabhängig von der etwa bereits erfolgten Zustellung der Verständigung erst mit dem Ende der in Betracht kommenden Zeit zu laufen.

(3) Die Krankenversicherung kann ferner, wenn sie die im Abs. 1 bezeichnete Mindestdauer erreicht hat, fortgesetzt werden

1. nach dem Tode des Versicherten

a) vom/von der überlebenden Ehegatten/Ehegattin oder vom/von der eingetragenen Partner/Partnerin oder

b) von einer überlebenden, nach § 56 als Familienangehörige geltenden Person;

2. nach Nichtigkeitserklärung, Aufhebung, Scheidung der Ehe und Nichtigkeitserklärung oder Auflösung der eingetragenen Partnerschaft vom/von der früheren Ehegatten/Ehegattin oder früheren eingetragenen Partner/Partnerin,

solange die zur Weiterversicherung berechtigte Person ihren Wohnsitz im Inland hat und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert ist. Die Antragsfrist von sechs Monaten beginnt mit dem auf den Tag des Todes oder auf den Tag des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung oder auf den Tag der Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung über die Nichtigkeitserklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe oder die Nichtigkeitserklärung oder Auflösung der eingetragenen Partnerschaft folgenden Tag.

(4) Die Weiterversicherung schließt zeitlich unmittelbar an das Ende der vorangegangenen Krankenversicherung, in den Fällen des Abs. 1 lit. a bis c an das Ende der jeweils in Betracht kommenden Zeit an. In den Fällen des Abs. 3

**Geltende Fassung****Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter**

§ 9. (1) Träger der Kranken- und Unfallversicherung nach diesem Bundesgesetz für das gesamte Bundesgebiet ist die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter mit dem Sitz in Wien.

(2) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter gehört dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an.

(3) ...

**Rechtliche Stellung der Versicherungsanstalt**

§ 10. (1) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes und hat Rechtspersönlichkeit. Sie ist berechtigt, das Wappen der Republik Österreich in Siegeln, Drucksorten und Aufschriften zu führen.

(2) ...

**An- und Abmeldung durch die Dienstgeber**

§ 11. Die Dienstgeber (§ 13) haben jeden von ihnen beschäftigten, in der

**Vorgeschlagene Fassung**

Z 1 und 2 beginnt die Weiterversicherung mit dem Beginn der Antragsfrist.

(5) Personen, die gemäß Abs. 1 oder 3 zur Weiterversicherung berechtigt waren, können dieses Recht, wenn sie binnen sechs Monaten nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung die Zuerkennung einer Pension (Übergangspension) beantragt haben, auch noch innerhalb von sechs Monaten nach Ablehnung einer Bescheinigung gemäß § 10 Abs. 7 ASVG geltend machen. Die Weiterversicherung beginnt in diesem Fall mit dem auf den Tag der Zustellung des Bescheides über die Ablehnung der Bescheinigung gemäß § 10 Abs. 7 ASVG folgenden Tag.

(6) Die Weiterversicherung endet, außer mit dem Wegfall der Voraussetzungen,

1. mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der/die Versicherte seinen Austritt erklärt hat;

2. wenn die Beiträge für zwei Kalendermonate ganz oder teilweise rückständig sind, mit dem Ende des zweiten Kalendermonates, frühestens jedoch mit dem Ablauf des ersten vollen Kalendermonates, nach dem der Antrag auf Weiterversicherung gestellt wurde.

**Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau**

§ 9. (1) Träger der Kranken- und Unfallversicherung nach diesem Bundesgesetz für das gesamte Bundesgebiet ist die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau mit dem Sitz in Wien.

(2) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau gehört dem Dachverband der Sozialversicherungsträger an.

(3) ...

**Rechtliche Stellung der Versicherungsanstalt**

§ 10. (1) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes und hat Rechtspersönlichkeit. Sie ist berechtigt, das Wappen der Republik Österreich in Siegeln, Drucksorten und Aufschriften zu führen.

(2) ...

**An- und Abmeldung durch die Dienstgeber**

§ 11. (1) Die Dienstgeber (§ 13) haben jeden von ihnen beschäftigten, in der

**Geltende Fassung**

Kranken- oder Unfallversicherung Versicherten **innen einer Woche nach Beginn der Versicherung** bei der Versicherungsanstalt anzumelden und **innen einer Woche** nach dem Ende der **Versicherung** bei dieser abzumelden.

**Meldung von Änderungen**

§ 12. (1) bis (3) ...

**Dienstgeber**

§ 13. (1) Als Dienstgeber im Sinne dieses Bundesgesetzes gilt  
1. und 2. ...

**Vorgeschlagene Fassung**

Kranken- oder Unfallversicherung Versicherten **vor Arbeitsantritt** bei der Versicherungsanstalt anzumelden und **innen sieben Tagen** nach dem Ende der **Pflichtversicherung** bei dieser abzumelden.

(2) Die Dienstgeber der nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 37 Versicherten haben die Anmeldeverpflichtung so zu erfüllen, dass sie in zwei Schritten melden, und zwar

1. vor Arbeitsantritt die Beitragskontonummer, die Namen und Versicherungsnummern bzw. die Geburtsdaten der beschäftigten Personen, den Tag der Beschäftigungsaufnahme und
2. die noch fehlenden Angaben mit der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung für jenen Beitragszeitraum, in dem die Beschäftigung aufgenommen wurde.

(3) Erfolgt die Anmeldung nach Abs. 2 Z 1 nicht mittels elektronischer Datenfernübertragung, so ist die elektronische Übermittlung (§ 15a Abs. 1) innerhalb von sieben Tagen ab dem Beginn der Pflichtversicherung nachzuholen.

(4) Für Personen, die in unregelmäßiger Folge tageweise beim selben Dienstgeber beschäftigt werden und deren Beschäftigung kürzer als eine Woche vereinbart ist (fallweise beschäftigte Personen), kann die Versicherungsanstalt in der Satzung bestimmen, dass die Frist für die Anmeldung sowie die Abmeldung hinsichtlich der innerhalb des Kalendermonates liegenden Beschäftigungstage spätestens mit dem Ersten des nächstfolgenden Kalendermonates beginnt, wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient.

(5) Für Lehrlinge (§ 1 Abs. 1 Z 38) und Dienstnehmer nach § 1 Abs. 6 richtet sich die An- und Abmeldung nach den für die Dienstnehmer des Dienstgebers geltenden Bestimmungen.

**Meldung von Änderungen**

§ 12. (1) bis (3) ...

(4) Abweichend von Abs. 1 bis 3 ist für die Dienstgeber der nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 37 Versicherten § 34 ASVG sinngemäß anzuwenden. Dies gilt entsprechend für bei diesen Dienstgebern beschäftigte Lehrlinge und Dienstnehmer nach § 1 Abs. 6.

**Dienstgeber**

§ 13. (1) Als Dienstgeber im Sinne dieses Bundesgesetzes gilt  
1. und 2. ...

**Geltende Fassung**

3. ...
4. bei den in § 1 Abs. 1 Z 7, 12 **und** 14 lit. b genannten Versicherten die Körperschaft beziehungsweise die Einrichtung, die die dort bezeichneten Pensionsleistungen gewährt;
5. ...
6. bei den in § 1 Abs. 1 Z 18 genannten Versicherten der die jeweilige Pension auszahlende Versicherungsträger;
7. ...
- (2) und (3) ...

**Meldung über die Bezieher/innen von Pensionsleistungen und ausländischen Renten**

**§ 14.** (1) Die Dienstgeber (§ 13) haben die für den Beginn und das Ende der Krankenversicherung gemäß § 1 Abs. 1 Z 7, 12, 14 lit. b, 18 und **22** maßgebenden Umstände sowie jede für diese Versicherung bedeutsame Änderung unverzüglich der Versicherungsanstalt bekanntzugeben.

(2) ...

**Auskunftspflicht der Versicherten und der Zahlungs(Leistungs)empfänger**

**§ 17.** (1) bis (3) ...

**Beitragsgrundlage**

**§ 19.** (1) Grundlage für die Bemessung der allgemeinen Beiträge ist

1. ...
2. für die in § 1 Abs. 1 Z 7 **und** 14 lit. b genannten Versicherten die dort bezeichneten Pensionsleistungen, ausgenommen die

**Vorgeschlagene Fassung**

2a. bei den in § 1 Abs. 1 Z 25 bis 28, 31 bis 33, 34 lit. a und b, 35, 37 und 38 sowie in § 1 Abs. 6 genannten Versicherten derjenige, für dessen Rechnung der Betrieb geführt wird, in dem der Dienstnehmer (Lehrling) in einem Beschäftigungsverhältnis (Lehrverhältnis) steht, auch wenn der Dienstgeber den Dienstnehmer (Lehrling) durch Mittelspersonen in Dienst genommen hat oder ihn ganz oder teilweise auf Leistungen Dritter an Stelle des Entgeltes verweist;

3. ...
4. bei den in § 1 Abs. 1 Z 7, 12, 14 lit. b, **34 lit. c und 36** genannten Versicherten die Körperschaft beziehungsweise die Einrichtung, die die dort bezeichneten Pensionsleistungen gewährt;
5. ...
6. bei den in § 1 Abs. 1 Z 18, **29 und 30** genannten Versicherten der die jeweilige Pension auszahlende Versicherungsträger;
7. ...
- (2) und (3) ...

**Meldung über die Bezieher/innen von Pensionsleistungen und ausländischen Renten**

**§ 14.** (1) Die Dienstgeber (§ 13) haben die für den Beginn und das Ende der Krankenversicherung gemäß § 1 Abs. 1 Z 7, 12, 14 lit. b, 18, **29, 30, 34 lit. c und 36** maßgebenden Umstände sowie jede für diese Versicherung bedeutsame Änderung unverzüglich der Versicherungsanstalt bekanntzugeben.

(2) ...

**Auskunftspflicht der Versicherten und der Zahlungs(Leistungs)empfänger**

**§ 17.** (1) bis (3) ...

**(4)** Die nach § 7b Weiterversicherten haben der Versicherungsanstalt **alle für die Versicherung bedeutsamen Änderungen binnen einer Woche zu melden.**

**Beitragsgrundlage**

**§ 19.** (1) Grundlage für die Bemessung der allgemeinen Beiträge ist

1. ...
2. für die in § 1 Abs. 1 Z 7, 14 lit. b, **34 lit. c und 36** genannten Versicherten die dort bezeichneten Pensionsleistungen, ausgenommen die

**Geltende Fassung**

Nebengebührentzulage im Sinne des Pensionsgesetzes 1965;

3. bis 6. ...

7. für die in § 1 Abs. 1 Z 21 und 22 genannten Versicherten das Entgelt im Sinne des § 49 ASVG;

8. ...

(2) bis (5) ...

(6) Die Beitragsgrundlage darf die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Als monatliche Höchstbeitragsgrundlage gilt das 30fache des nach § 108 Abs. 3 ASVG festgesetzten Betrages. Der sich hienach ergebende Betrag ist kundzumachen.

(7) und (8) ...

**Allgemeine Beiträge**

§ 20. (1) Als allgemeiner Beitrag sind, sofern sich nicht aus Abs. 2 etwas anderes ergibt, 7,635% der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten.

(2) ...

(3) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

Nebengebührentzulage im Sinne des Pensionsgesetzes 1965;

3. bis 6. ...

7. für die in § 1 Abs. 1 Z 21, 22, 25 bis 28, 31 bis 33, 34 lit. a und b, 35, 37 und 38 sowie § 1 Abs. 6 genannten Versicherten das Entgelt im Sinne des § 49 ASVG;

8. ...

(2) bis (5) ...

(6) Die allgemeine Beitragsgrundlage, die im Durchschnitt des Beitragszeitraumes oder des Teiles des Beitragszeitraumes, in dem Beitragspflicht bestanden hat, auf den Kalendertag entfällt, darf die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Als Höchstbeitragsgrundlage gilt der gemäß § 108 Abs. 1 und 3 ASVG festgestellte Betrag. Beitragszeitraum ist der Kalendermonat, der einheitlich mit 30 Tagen anzunehmen ist.

(7) und (8) ...

**Allgemeine Beiträge**

§ 20. (1) Als allgemeiner Beitrag sind, sofern sich nicht aus den Abs. 1a bis 1d, 2 und 2a etwas anderes ergibt, 7,635% der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten.

(1a) Versicherte nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 28 und 31 bis 33 und 37 haben als allgemeinen Beitrag 7,65% der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten.

(1b) Versicherte nach § 1 Abs. 1 Z 34 bis 36 haben als allgemeinen Beitrag 9,05% der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten.

(1c) Versicherte nach § 1 Abs. 1 Z 38 haben als allgemeinen Beitrag 3,35% der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten.

(1d) Für Versicherte nach § 1 Abs. 6 richtet sich der allgemeine Beitrag nach dem jeweils von den entsprechenden Dienstnehmern zu leistenden allgemeinen Beitrag

(2) ...

(2a) Versicherte gemäß § 1 Abs. 1 Z 34 lit. c und 36 haben zusätzlich 0,15% der Beitragsgrundlage (§ 19 Abs. 1 Z 2) zu leisten.

(3) ...

**Geltende Fassung**  
**Zusatzbeitrag für Angehörige**

**§ 20b.** (1) und (3) ...

(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 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.

**Aufteilung der Beitragslast**

**§ 22.** (1) Von den nach den §§ 20 Abs. 1 und 21 festgesetzten Beiträgen entfallen auf den Versicherten 4,1% der Beitragsgrundlage und auf den Dienstgeber 3,535% der Beitragsgrundlage; ist die Beitragsgrundlage ein Waisenversorgungsgenuss, so hat der Dienstgeber den Beitrag zur Gänze allein zu tragen.

(2) bis (6) ...

**Beiträge in der Krankenversicherung von mit inländischen  
Pensionsleistungen (Ruhe- und Versorgungsbezüge) vergleichbaren  
ausländischen Renten**

**§ 22b.** (1) Wird eine ausländische Rente bezogen, die vom Geltungsbereich

**Vorgeschlagene Fassung**  
**Zusatzbeitrag für Angehörige**

**§ 20b.** (1) und (3) ...

(4) Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten nach Maßgabe der vom **Dachverband** hierzu erlassenen Richtlinien (§ **30a** Abs. **1** Z **17** 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.

**Aufteilung der Beitragslast**

**§ 22.** (1) Von den nach den §§ 20 Abs. 1 und 21 festgesetzten Beiträgen entfallen, **sofern in den Abs. 1a bis 1d nichts anderes bestimmt ist**, auf den Versicherten 4,1% der Beitragsgrundlage und auf den Dienstgeber 3,535% der Beitragsgrundlage; ist die Beitragsgrundlage ein Waisenversorgungsgenuss, so hat der Dienstgeber den Beitrag zur Gänze allein zu tragen.

**(1a)** Bei den nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 28 und 31 bis 33 und 37 Versicherten entfallen auf den Versicherten 3,87% der Beitragsgrundlage und auf den Dienstgeber 3,78% der Beitragsgrundlage.

**(1b)** Bei den nach § 1 Abs. 1 Z 34 bis 36 Versicherten entfallen auf den Versicherten 4,75% der Beitragsgrundlage und auf den Dienstgeber 4,30% der Beitragsgrundlage.

**(1c)** Bei den nach § 1 Abs. 1 Z 38 Versicherten entfallen auf den Versicherten 1,67% der Beitragsgrundlage und auf den Dienstgeber 1,68% der Beitragsgrundlage.

**(1d)** Bei den nach § 1 Abs. 6 Versicherten richtet sich die Aufteilung der Beitragslast nach der jeweils für die entsprechenden Dienstnehmer geltenden Aufteilung.

(2) bis (6) ...

**Beiträge in der Krankenversicherung von mit inländischen  
Pensionsleistungen (Ruhe- und Versorgungsbezüge) vergleichbaren  
ausländischen Renten**

**§ 22b.** (1) Wird eine ausländische Rente bezogen, die vom Geltungsbereich

**Geltende Fassung**

- der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 oder
- der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern und 574/72 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 oder
- eines auch Regelungen über die Krankenversicherung beinhaltenden bilateralen Abkommens über die soziale Sicherheit

erfasst ist, so ist, wenn ein Anspruch des Beziehers/der Bezieherin der ausländischen Rente auf Leistungen der Krankenversicherung besteht, auch von dieser ausländischen Rente der Dienstnehmeranteil des nach § 20 Abs. 1 iVm den §§ 22 Abs. 1 und 20 Abs. 2 zu entrichtenden Krankenversicherungsbeitrages zu entrichten. Dieser Beitrag ist in dem Zeitpunkt fällig, in dem die ausländische Rente ausgezahlt wird.

(2) bis (5) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

- der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 oder
- der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern und 574/72 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 oder
- eines auch Regelungen über die Krankenversicherung beinhaltenden bilateralen Abkommens über die soziale Sicherheit

erfasst ist, so ist, wenn ein Anspruch des Beziehers/der Bezieherin der ausländischen Rente auf Leistungen der Krankenversicherung besteht, auch von dieser ausländischen Rente der Dienstnehmeranteil des nach § 20 Abs. 1 bis 1d iVm den § 22 Abs. 1 bis 1d und § 20 Abs. 2 und 2a zu entrichtenden Krankenversicherungsbeitrages zu entrichten. Dieser Beitrag ist in dem Zeitpunkt fällig, in dem die ausländische Rente ausgezahlt wird.

(2) bis (5) ...

**Beiträge zur Weiterversicherung in der Krankenversicherung**

**§ 22c.** (1) Beitragsgrundlage für Weiterversicherte in der Krankenversicherung ist die Höchstbeitragsgrundlage (§ 19 Abs. 6).

(2) Die Weiterversicherung ist

1. auf Antrag des/der Versicherten,
2. in den Fällen, in denen das auf Scheidung der Ehe lautende Urteil den Ausspruch im Sinne des § 61 Abs. 3 des Ehegesetzes enthält, auch auf Antrag der/des Ehegattin/Ehegatten, die/der die Ehescheidungsklage eingebracht hat,
3. in den Fällen, in denen das auf Auflösung der eingetragenen Partnerschaft lautende Urteil den Ausspruch im Sinne des § 18 Abs. 3 EPG enthält, auch auf Antrag der/des eingetragenen Partnerin/Partners, die/der die Auflösungsklage eingebracht hat,

soweit dies nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der/des Versicherten oder in den Fällen der Z 2 nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Ehegattin/des Ehegatten oder der/des eingetragenen Partnerin/Partners, die/der die Ehescheidungs- oder Auflösungsklage eingebracht hat, gerechtfertigt erscheint, auf einer niedrigeren als der nach Abs. 1 in Betracht kommenden

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Beitragsgrundlage, jedoch nicht unter dem Dreißigfachen des nach § 76a Abs. 3 ASVG geltenden Mindestbetrages zuzulassen. Die Herabsetzung der Beitragsgrundlage wirkt, wenn der Antrag zugleich mit dem Antrag auf Weiterversicherung oder innerhalb der sechsmonatigen Frist des § 7b Abs. 2 bzw. Abs. 3 bzw. Abs. 5 gestellt wird, ab dem Beginn der Weiterversicherung, sonst ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten; die Herabsetzung gilt jeweils bis zum Ablauf des nächstfolgenden Kalenderjahres. Wurde die Weiterversicherung auf einer niedrigeren als der nach Abs. 1 in Betracht kommenden Beitragsgrundlage zugelassen, so hat der Versicherungsträger ohne Rücksicht auf die Geltungsdauer der Herabsetzung bei einer Änderung in den wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten auf dessen Antrag oder von Amts wegen eine Erhöhung der Beitragsgrundlage bis auf das nach Abs. 1 in Betracht kommende Ausmaß vorzunehmen. Solche Festsetzungen wirken in allen diesen Fällen nur für die Zukunft.

(3) Bei Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse nach Abs. 2 sind auch Unterhaltsverpflichtungen von Ehegatten/Ehegattinnen oder eingetragenen Partnern/Partnerinnen, auch geschiedenen Ehegatten/Ehegattinnen oder eingetragenen Partnern/Partnerinnen, deren Partnerschaft aufgelöst wurde, gegenüber dem/der Versicherten zu berücksichtigen. Wenn und solange das Nettoeinkommen des Unterhaltspflichtigen nicht nachgewiesen wird, ist

1. während des Bestandes der Ehe oder eingetragenen Partnerschaft anzunehmen, dass eine Herabsetzung in den wirtschaftlichen Verhältnissen des/der Versicherten nicht gerechtfertigt erscheint,
2. nach Scheidung der Ehe oder Auflösung der eingetragenen Partnerschaft anzunehmen, dass die Höhe der monatlichen Unterhaltsverpflichtung 25 % der monatlichen Höchstbeitragsgrundlage nach § 19 Abs. 6 beträgt.

Eine Zurechnung zum Nettoeinkommen erfolgt nur in der Höhe eines Vierzehntels der jährlich tatsächlich zufließenden Unterhaltsleistung, wenn die berechnete Unterhaltsforderung der Höhe nach trotz durchgeführter Zwangsmaßnahmen einschließlich gerichtlicher Exekutionsführung uneinbringlich oder die Verfolgung eines Unterhaltsanspruches in dieser Höhe offenbar aussichtslos ist.

(4) Die Weiterversicherten haben einen Beitrag zu entrichten, der anhand des jeweils für die Pflichtversicherten geltenden Beitragssatzes (§ 20 Abs. 1 bis 1d) zu bemessen ist.

### Geltende Fassung

#### Einzahlung der Beiträge

§ 23. (1) Die Versicherungsbeiträge samt den Zuschlägen des Dienstgebers sind von diesem bei der Versicherungsanstalt bis zum 15. eines jeden Kalendermonates einzuzahlen, die Sonderbeiträge samt den Zuschlägen des Dienstgebers binnen 14 Tagen nach dem Fälligwerden der Sonderzahlungen. Für nicht rechtzeitig eingezahlte Beiträge und Zuschläge sind Verzugszinsen in der sich nach § 59 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes jeweils ergebenden Höhe zu entrichten. Soweit die Versicherungsanstalt Beiträge für andere Rechtsträger (Bund, Fonds, Interessenvertretungen ua.) einhebt, wird sie auch dann als deren Vertreter tätig, wenn sie alle Beitragsforderungen in einem Betrag geltend macht. Dies gilt auch für die Einhebung von Zuschlägen, Nebengebühren, Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren usw. sowie im Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden.

(2) und (3) ...

#### Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung

§ 24b. (1) Überschreitet bei in der Krankenversicherung Pflichtversicherten nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in einem Kalenderjahr die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen, einschließlich der Sonderzahlungen, die Summe der Beträge des 35fachen der Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 45 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung (Abs. 2), wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, so ist der Beitrag zur Krankenversicherung, der auf den Überschreibungsbetrag entfällt, dem Versicherten vom leistungszuständigen Versicherungsträger mit 4%, soweit jedoch ein Zusatzbeitrag nach § 20b geleistet wurde, mit 7,4% zu erstatten.

(2) ...

(3) Der (die) Versicherte kann bei sonstigem Ausschluß bis zum Ablauf des dem Beitragsjahr drittfolgenden Kalenderjahres für die im Beitragsjahr fällig gewordenen Beiträge bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter den Antrag auf Erstattung stellen. Ein Antrag kann auch für die folgenden

### Vorgeschlagene Fassung

#### Einzahlung der Beiträge

§ 23. (1) Die Versicherungsbeiträge samt den Zuschlägen des Dienstgebers sind von diesem bei der Versicherungsanstalt bis zum 15. eines jeden Kalendermonates einzuzahlen, die Sonderbeiträge samt den Zuschlägen des Dienstgebers binnen 14 Tagen nach dem Fälligwerden der Sonderzahlungen. In Fällen geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse (§ 2 Abs. 1 Z 5) kann vereinbart werden, dass die Beiträge bis zum 15. Jänner des Folgejahres zu entrichten sind. Für nicht rechtzeitig eingezahlte Beiträge und Zuschläge sind Verzugszinsen in der sich nach § 59 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes jeweils ergebenden Höhe zu entrichten. Soweit die Versicherungsanstalt Beiträge für andere Rechtsträger (Bund, Fonds, Interessenvertretungen ua.) einhebt, wird sie auch dann als deren Vertreter tätig, wenn sie alle Beitragsforderungen in einem Betrag geltend macht. Dies gilt auch für die Einhebung von Zuschlägen, Nebengebühren, Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren usw. sowie im Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden.

(2) und (3) ...

#### Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung

§ 24b. (1) Überschreitet bei in der Krankenversicherung Pflichtversicherten nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in einem Kalenderjahr die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen, einschließlich der Sonderzahlungen, die Summe der Beträge des 35fachen der Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 45 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung (Abs. 2), wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, so hat der nach Abs. 3 leistungszuständige Versicherungsträger der versicherten Person die auf den Überschreibungsbetrag entfallenden Beiträge zur Krankenversicherung in jener Höhe zu erstatten, in der diese Beiträge von der versicherten Person zu tragen sind.

(2) ...

(3) Die Versicherungsanstalt hat die Beitragserstattung bis zum 30. Juni des Kalenderjahres, das dem Jahr der gänzlichen Entrichtung der Beiträge zur Krankenversicherung für ein Kalenderjahr folgt, durchzuführen, erstmals bis zum 30. Juni 2020 für die im Jahr 2019 gänzlich für ein Kalenderjahr entrichteten

**Geltende Fassung**

Beitragsjahre gestellt werden.

(4) Der dem/der Versicherten zu erstattende Betrag ist nach dem Verhältnis der Summen aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen (einschließlich der Sonderzahlungen) nach diesem Bundesgesetz, dem ASVG, GSVG und BSVG aufzuteilen. Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter hat Anspruch auf Ersatz des Anteils des Krankenversicherungsträgers nach dem ASVG, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

**Beitragspflicht**

§ 25. Die Mittel zur Bestreitung der Aufwendungen in der Unfallversicherung werden, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt sind, durch Beiträge der Dienstgeber aufgebracht.

**Beitragsgrundlage**

§ 26. (1) Grundlage für die Bemessung der Beiträge ist (sind)

1. bis 3. ...
4. für die im § 1 Abs. 1 Z 17, 21 und 22 genannten Versicherten das Entgelt im Sinne des § 49 ASVG;
5. und 6. ...
- (2) bis (4) ...

**Beiträge**

§ 26a. (1) Für jeden in § 26 genannten Versicherten ist ein Beitrag zu entrichten, dessen Höhe mit einem Hundertsatz der Beitragsgrundlage (§ 26), höchstens mit 0,5 v.H. dieser Grundlage, durch die Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter festzusetzen ist. Der Hundertsatz darf durch die Satzung nicht höher festgesetzt werden, als dies zur Erfüllung der Aufgaben der Unfallversicherung notwendig ist.

**Vorgeschlagene Fassung**

Beiträge, wenn sie von der versicherten Person und ihren Angehörigen am geringsten in Anspruch genommen worden ist.

(4) Der dem/der Versicherten zu erstattende Betrag ist nach dem Verhältnis der Summen aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung und beitragspflichtigen Pensionen (einschließlich der Sonderzahlungen) nach diesem Bundesgesetz, dem ASVG, GSVG und BSVG aufzuteilen. Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau hat Anspruch auf Ersatz des Anteils des Krankenversicherungsträgers nach dem ASVG und der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen.

**Beitragspflicht**

§ 25. (1) Die Mittel zur Bestreitung der Aufwendungen in der Unfallversicherung werden, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt sind, durch Beiträge der Dienstgeber aufgebracht.

(2) Abweichend von Abs. 1 ist für Lehrlinge für die Dauer des gesamten Lehrverhältnisses sowie für Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, der Beitrag zur Unfallversicherung aus Mitteln der Unfallversicherung zu zahlen.

**Beitragsgrundlage**

§ 26. (1) Grundlage für die Bemessung der Beiträge ist (sind)

1. bis 3. ...
4. für die im § 1 Abs. 1 Z 17, 21, 22, 25 bis 28, 31 bis 33, 34 lit. a und b, 35, 37 und 38 sowie § 1 Abs. 6 genannten Versicherten das Entgelt im Sinne des § 49 ASVG;
5. und 6. ...
- (2) bis (4) ...

**Beiträge**

§ 26a. (1) Für jeden in § 26 genannten Versicherten ist, sofern sich aus den §§ 26d oder 26e nicht etwas anderes ergibt, ein Beitrag zu entrichten, dessen Höhe mit einem Hundertsatz der Beitragsgrundlage (§ 26), höchstens mit 0,5% dieser Grundlage, durch die Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau festzusetzen ist. Der Hundertsatz darf durch die Satzung nicht höher festgesetzt werden, als dies zur Erfüllung der Aufgaben der Unfallversicherung notwendig ist.

**Geltende Fassung**

(2) und (3) ...

**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.

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) und (3) ...

**Beiträge in der Unfallversicherung für die nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 28, 31 bis 33, 34 lit. a und b, 35 und 37 Versicherten**

§ 26d. (1) Die Mittel zur Bestreitung der Aufwendungen in der Unfallversicherung werden für Personen nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 28, 31 bis 33, 34 lit. a und b und 35, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt sind, durch Beiträge von deren Dienstgebern/Dienstgeberinnen aufgebracht. Die für ein Kalenderjahr erforderlichen Beiträge sind auf der Grundlage der Summe der Entgelte zu bemessen, welche die in diesen Unternehmungen (Betrieben) beschäftigten Versicherten für ihre Tätigkeit im Unternehmen (Betrieb) in diesem Kalenderjahr bezogen haben, zuzüglich der Sonderzahlungen nach § 49 Abs. 2 ASVG, soweit sie als Grundlage für die Bemessung der Sonderbeiträge für das betreffende Kalenderjahr heranzuziehen wären.

(2) Zur Sicherstellung der finanziellen Gebarung hat die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau eine allgemeine Rücklage in Höhe von 5% bis zu 25% der Aufwendungen für die Unfallversicherung unter Berücksichtigung der Grundlage der Summe der Entgelte nach Abs. 1 im jeweils abgelaufenen Kalenderjahr anzusammeln.

(3) Auf die Beiträge nach Abs. 1 hebt die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau monatlich Vorschüsse ein. Diese Vorschüsse werden mit dem Ersten des Kalendermonates fällig. Mit dem Ende eines jeden Kalenderjahres sind die eingehobenen Vorschüsse abzurechnen.

**Beiträge in der Unfallversicherung für die nach § 1 Abs. 1 Z 38 und Abs. 6 Versicherten**

§ 26e. Für die nach § 1 Abs. 1 Z 38 und Abs. 6 Versicherten richtet sich die Höhe des zu entrichtenden Beitrages nach der jeweils für die entsprechenden Dienstnehmer geltenden Bestimmung.

**Informations- und Aufklärungspflicht**

§ 27a. Die Versicherungsanstalt und das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz haben die Versicherten (Dienstgeber, Leistungsbezieher/innen) über ihre Rechte und Pflichten nach diesem Bundesgesetz zu informieren und aufzuklären.

§ 27c. Für die Dienstgeber/innen der nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 37

**Geltende Fassung****Unterstützungsfonds**

§ 28. (1) ...

(2) Die Mittel des Unterstützungsfonds können in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Unterstützenden, für Unterstützungen nach Maßgabe der hierfür vom **Vorstand** zu erlassenden Richtlinien verwendet werden.

§ 29. (1) bis (3) ...

**ABSCHNITT VI**

**Sonderbestimmungen über das Versicherungs-, Melde- und Beitragsrecht der Versicherten nach § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19 **und** 21 bis **23****

**Anwendung von Bestimmungen der Abschnitte **II, IV und V** des Ersten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes**

§ 30a. Unbeschadet der Geltung der Bestimmungen des Ersten Teiles für die gemäß § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19 und 21 bis **24** Versicherten sind für diesen Personenkreis folgende Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden:

Vorläufiger Beginn der Krankenversicherung für Pensionisten **gemäß** § 10 Abs. 7,

Verlängerung bzw. Weiterbestand der Pflichtversicherung **gemäß** § 11 Abs. 2,

Wirkung der An- und Abmeldung der Pflichtversicherten **gemäß** § 33

**Vorgeschlagene Fassung**

Versicherten sowie der nach § 1 Abs. 1 Z 38 Versicherten, sofern sie als Dienstnehmer der Pflichtversicherung nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 37 unterliegen würden, ist § 53b ASVG sinngemäß anzuwenden.

**Unterstützungsfonds**

§ 28. (1) ...

(2) Die Mittel des Unterstützungsfonds können in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Unterstützenden, für Unterstützungen nach Maßgabe der hierfür vom **Verwaltungsrat** zu erlassenden Richtlinien verwendet werden.

§ 29. (1) bis (3) ...

(4) Im Bereich der Pensionsversicherung kann die Versicherungsanstalt von den Erträgen an Versicherungsbeiträgen bis zu 1,5 vT dieser Beiträge überweisen. Diese Überweisungen dürfen nur so weit erfolgen, dass die Mittel des Unterstützungsfonds am Ende des Geschäftsjahres 3,0 vT der Erträge an Versicherungsbeiträgen nicht übersteigen.

**ABSCHNITT VI**

**Sonderbestimmungen über das Versicherungs-, Melde- und Beitragsrecht der Versicherten nach § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19, 21 bis **30 und 31 bis 33, 37 und 38** sowie **Abs. 6****

**Anwendung von Bestimmungen der Abschnitte **II, IV und V** des Ersten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes**

§ 30a. **(1)** Unbeschadet der Geltung der Bestimmungen des Ersten Teiles für die gemäß § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19 und 21 bis **30, und 31 bis 33, 37 und 38** sowie **Abs. 6** Versicherten sind für diesen Personenkreis folgende Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden:

Vorläufiger Beginn der Krankenversicherung für Pensionisten **nach** § 10 Abs. 7,

Verlängerung bzw. Weiterbestand der Pflichtversicherung **nach** § 11 Abs. 2,

Wirkung der An- und Abmeldung der Pflichtversicherten **nach** § 33

**Geltende Fassung**

Abs. 1 zweiter Satz,

Beitragspflicht während einer Arbeitsunfähigkeit **gemäß** § 57,  
 Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge **gemäß** § 58 Abs. 1, 4 und 6, § 78  
 Abs. 1 und 3 jeweils zweiter Satz und § 79 Abs. 2,  
 Entrichtung von Verzugszinsen **gemäß** § 59 Abs. 1,

Abfuhr der Beiträge an die Träger der Pensionsversicherung **gemäß** § 63,  
 Abfuhr der Zusatzbeiträge an den Ausgleichsfonds der  
 Pensionsversicherungsträger **gemäß** § 63a,  
 Erstattung der Pensionsversicherungsbeiträge **gemäß** § 70 Abs. 2 bis 4  
 sowie  
 Vergütung für die Mitwirkung an fremden Aufgaben **gemäß** § 82.

**Krankenversicherung für Pensionisten (Übergangsgeldbezieher)**

§ 30b. Abweichend von den Bestimmungen des 1. Unterabschnittes des  
 Abschnittes IV des Ersten Teiles ist für die Beiträge in der Krankenversicherung  
 für die im § 1 Abs. 1 Z 18 genannten Pensionisten (Übergangsgeldbezieher) § 73  
 ASVG anzuwenden.

**Leistungen bei Wechsel der Versicherungszuständigkeit**

§ 55a. (1) und (2) ...

(3) Tritt innerhalb des Zeitraumes zwischen dem Beginn der letzten acht  
 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung und der tatsächlichen Entbindung  
 ein Wechsel in der Versicherungszuständigkeit zwischen der  
 Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter **oder der Versicherungsanstalt der  
 österreichischen Eisenbahnen, soweit diese Träger der Krankenversicherung im  
 Sinne des § 473 ASVG ist,** und einem anderen Träger der gesetzlichen

**Vorgeschlagene Fassung**

Abs. 1 zweiter Satz,

**Sondervorschriften über die Aufteilung des allgemeinen Beitrages nach  
 § 53,**

Beitragspflicht während einer Arbeitsunfähigkeit **nach** § 57,  
 Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge **nach** § 58 Abs. 1, 4 und 6, § 78  
 Abs. 1 und 3 jeweils zweiter Satz und § 79 Abs. 2,  
 Entrichtung von Verzugszinsen **nach** § 59 Abs. 1,

**Eintreibung und Sicherung der Beiträge nach den §§ 64 bis 66,**

Abfuhr der Beiträge an die Träger der Pensionsversicherung **nach** § 63,  
 Abfuhr der Zusatzbeiträge an den Ausgleichsfonds der  
 Pensionsversicherungsträger **nach** § 63a,  
 Erstattung der Pensionsversicherungsbeiträge **nach** § 70 Abs. 2 bis 4  
 sowie

Vergütung für die Mitwirkung an fremden Aufgaben **nach** § 82.

**(2) Für die nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 28 und 31 bis 33 und 37 Versicherten  
 sind darüber hinaus die Bestimmung über die Haftung für Beitragsschuldigkeiten  
 nach § 67 ASVG sowie der Abschnitt VIII des Ersten Teiles des ASVG  
 anzuwenden. Dies gilt auch für die nach § 1 Abs. 1 Z 38 und Abs. 6 Versicherten,  
 sofern sie als Dienstnehmer der Pflichtversicherung nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 28  
 und 31 bis 33 und 37 unterliegen würden.**

**Krankenversicherung für Pensionisten (Übergangsgeldbezieher)**

§ 30b. Abweichend von den Bestimmungen des 1. Unterabschnittes des  
 Abschnittes IV des Ersten Teiles ist für die Beiträge in der Krankenversicherung  
 für die im § 1 Abs. 1 Z 18, **29 und 30** genannten Pensionisten  
 (Übergangsgeldbezieher) § 73 ASVG anzuwenden.

**Leistungen bei Wechsel der Versicherungszuständigkeit**

§ 55a. (1) und (2) ...

(3) Tritt innerhalb des Zeitraumes zwischen dem Beginn der letzten acht  
 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung und der tatsächlichen Entbindung  
 ein Wechsel in der Versicherungszuständigkeit zwischen der  
 Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, **Eisenbahnen und Bergbau** und  
 einem anderen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ein, so hat ab  
 diesem Zeitpunkt der zuständig gewordene Versicherungsträger die Leistungen

**Geltende Fassung**

Krankenversicherung ein, so hat ab diesem Zeitpunkt der zuständig gewordene Versicherungsträger die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, mit Ausnahme des Wochengeldes (Abs. 2), zu erbringen.

(4) ...

**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 § 132b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien des **Hauptverbandes** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger durchzuführen.

(2) ...

**Ärztliche Hilfe**

**§ 63.** (1) bis (4) ...

**Heilmittel**

**§ 64.** (1) bis (4) ...

(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** ASVG vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

**Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung**

**§ 65a.** (1) bis (4) ...

(5) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung der Versicherungsanstalt in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung zu leisten. Die Zuzahlung beträgt pro Verpflegstag

1. 7,00 € <sup>(Anm. 1)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Betrag nach § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG zuzüglich 581,38 €

**Vorgeschlagene Fassung**

aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, mit Ausnahme des Wochengeldes (Abs. 2), zu erbringen.

(4) ...

**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 § 132b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien des **Dachverbandes** der Sozialversicherungsträger durchzuführen.

(2) ...

**Ärztliche Hilfe**

**§ 63.** (1) bis (4) ...

**(4a) Abweichend von Abs. 4 ist von den nach § 1 Abs. 1 Z 37 Versicherten ein Behandlungsbeitrag nicht zu entrichten.**

**Heilmittel**

**§ 64.** (1) bis (4) ...

(5) Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der Anspruchsberechtigten nach Maßgabe der Richtlinien des **Dachverbandes** 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 **Dachverbandes nach § 30a Abs. 1 Z 15** ASVG vorgesehenen Obergrenze abzusehen.

**Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung**

**§ 65a.** (1) bis (4) ...

(5) Werden Versicherte (Angehörige) für Rechnung der Versicherungsanstalt in einer der in Abs. 2 Z 1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung zu leisten. Die Zuzahlung beträgt pro Verpflegstag

1. 7,00 € <sup>(Anm. 1)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Betrag nach § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG zuzüglich 581,38 €

**Geltende Fassung**

nicht übersteigt;

2. 12,00 € <sup>(Anm. 2)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Gesamtbetrag nach Z 1, nicht aber den Betrag nach § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG zuzüglich 1 162,77 € übersteigt;
3. 17,00 € <sup>(Anm. 3)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Gesamtbetrag nach Z 2 übersteigt.

An die Stelle dieser Zuzahlungsbeträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2012, die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 ASVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1 ASVG) vervielfachten Beträge. Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der versicherten Person von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen oder diese herabzusetzen, und zwar nach Maßgabe der vom **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger** hierzu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 27 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im Voraus an die Versicherungsanstalt zu leisten und darf für jede versicherte (angehörige) Person für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr eingehoben werden.

**Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

§ 70a. (1) bis (3) ...

(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.

**Anspruchsberechtigte auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft**

§ 74. (1) ...

(2) Die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sind der Ehegattin eines Versicherten auch nach der Auflösung der Ehe durch Tod des Versicherten, Aufhebung **oder** Scheidung zu gewähren, wenn die Entbindung vor dem Ablauf des 302. Tages nach der Auflösung der Ehe stattfindet.

(3) ....

**Vorgeschlagene Fassung**

nicht übersteigt;

2. 12,00 € <sup>(Anm. 2)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Gesamtbetrag nach Z 1, nicht aber den Betrag nach § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG zuzüglich 1 162,77 € übersteigt;
3. 17,00 € <sup>(Anm. 3)</sup>, wenn das Erwerbseinkommen oder die Pension monatlich den Gesamtbetrag nach Z 2 übersteigt.

An die Stelle dieser Zuzahlungsbeträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2012, die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 ASVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1 ASVG) vervielfachten Beträge. Die Versicherungsanstalt hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der versicherten Person von der Einhebung der Zuzahlung abzusehen oder diese herabzusetzen, und zwar nach Maßgabe der vom **Dachverband** der Sozialversicherungsträger hierzu erlassenen Richtlinien (§ 30a Abs. 1 Z 27 ASVG). Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im Voraus an die Versicherungsanstalt zu leisten und darf für jede versicherte (angehörige) Person für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr eingehoben werden.

**Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

§ 70a. (1) bis (3) ...

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch nach Maßgabe der vom **Dachverband** hierzu erlassenen Richtlinien (§ 30a Abs. 1 Z 28 **ASVG**) durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

**Anspruchsberechtigte auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft**

§ 74. (1) ...

(2) Die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sind der Ehegattin eines Versicherten auch nach der Auflösung der Ehe durch Tod des Versicherten, Aufhebung, Scheidung **oder Nichtigerklärung** zu gewähren, wenn die Entbindung vor dem Ablauf des 302. Tages nach der Auflösung der Ehe stattfindet.

(3) ....

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung****3. UNTERABSCHNITT****3. UNTERABSCHNITT**

**Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht der Versicherten nach § 1 Abs. 1 Z 17 bis 23 sowie der Selbstversicherten nach § 7a Abs. 2 Z 1 mit Ausnahme der in § 1 Abs. 1 Z 5 genannten Personen**

**Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht der Versicherten nach § 1 Abs. 1 Z 17 bis 33, 37 und 38 sowie Abs. 6 sowie der Selbstversicherten nach § 7a Abs. 2 Z 1 mit Ausnahme der in § 1 Abs. 1 Z 5 genannten Personen**

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

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

§ 84. (1) Unbeschadet der Geltung der Bestimmungen des Zweiten Teiles für die gemäß § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19 und 21 bis 24 Versicherten sind für diesen Personenkreis folgende Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden:

§ 84. (1) Unbeschadet der Geltung der Bestimmungen des Zweiten Teiles für die gemäß § 1 Abs. 1 Z 17 bis 19, 21 bis 33, 37 und 38 sowie Abs. 6 Versicherten sind für diesen Personenkreis folgende Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden:

Verwirkung des Leistungsanspruches gemäß § 88, Zusammentreffen eines Pensionsanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld gemäß § 90,

Verwirkung des Leistungsanspruches gemäß § 88, Zusammentreffen eines Pensionsanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld gemäß § 90,

Berücksichtigung von Erwerbseinkommen bei Leistungen gemäß § 91, Entziehung von Leistungsansprüchen gemäß § 99,

Berücksichtigung von Erwerbseinkommen bei Leistungen gemäß § 91, Entziehung von Leistungsansprüchen gemäß § 99,

Erlöschen von Leistungsansprüchen gemäß § 100 Abs. 1 lit. a, Auszahlung der Leistungen gemäß § 104 Abs. 1,

Erlöschen von Leistungsansprüchen gemäß § 100 Abs. 1 lit. a, Auszahlung der Leistungen gemäß § 104 Abs. 1,

Aufgaben der Krankenversicherung für den Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gemäß § 116 Abs. 1 Z 2, Leistungen der Krankenversicherung gemäß § 117 Z 1, 3 und Z 4 lit. d,

Aufgaben der Krankenversicherung für den Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gemäß § 116 Abs. 1 Z 2, Leistungen der Krankenversicherung gemäß § 117 Z 1, 3 und Z 4 lit. d,

Ermächtigung für satzungsmäßige Mehrleistungen gemäß § 121 Abs. 3, Anrechnung von Zeiten auf die Wartezeit gemäß § 121 Abs. 4, Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung gemäß § 122, Satzungsermächtigung über das Verfahren zur Feststellung des Versicherungsfalles bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gemäß § 131 Abs. 2 erster Satz,

Ermächtigung für satzungsmäßige Mehrleistungen gemäß § 121 Abs. 3, Anrechnung von Zeiten auf die Wartezeit gemäß § 121 Abs. 4, Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung gemäß § 122, Satzungsermächtigung über das Verfahren zur Feststellung des Versicherungsfalles bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gemäß § 131 Abs. 2 erster Satz,

Jugendlichenuntersuchungen gemäß § 132a,

Jugendlichenuntersuchungen gemäß § 132a,

Dauer der Krankenbehandlung gemäß § 134,

Dauer der Krankenbehandlung gemäß § 134,

Krankengeld gemäß den §§ 138 bis 143, Rehabilitationsgeld gemäß § 143a und Wiedereingliederungsgeld gemäß § 143d und Wochengeld gemäß den §§ 162

Krankengeld gemäß den §§ 138 bis 143, Rehabilitationsgeld gemäß § 143a und Wiedereingliederungsgeld gemäß § 143d und Wochengeld gemäß den §§ 162

**Geltende Fassung**

sowie 165 bis 168.

(2) und (3) ...

**ABSCHNITT III****Leistungen der Unfallversicherung****1. UNTERABSCHNITT****Gemeinsame Bestimmungen****Vorgeschlagene Fassung**

sowie 165 bis 168.

(2) und (3) ...

(4) Auf Personen nach § 1 Abs. 1 Z 34 lit. a und b und 35 sind die Bestimmungen über das Krankengeld nach den §§ 138 bis 143 ASVG, über das Wochengeld nach den §§ 162 bis 168 ASVG sowie hinsichtlich dieser Ansprüche die Bestimmungen des Abschnittes VI des Ersten Teiles und Abschnitt I des Zweiten Teiles des ASVG anzuwenden.

(5) Auf Personen nach § 1 Abs. 1 Z 5, sofern es sich um Bedienstete der ehemaligen Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen handelt, sind die Bestimmungen über das Krankengeld nach den §§ 138 bis 143, das Rehabilitationsgeld nach § 143a, das Wiedereingliederungsgeld nach § 143d und das Wochengeld nach den §§ 162 bis 168 ASVG anzuwenden.

**Aufwandsersatz für geleistetes Krankengeld**

§ 85a. Der Dienstgeber/die Dienstgeberin eines/einer nach § 1 Abs. 1 Z 34 bis 36 Versicherten hat der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau den nachgewiesenen Aufwand für das geleistete Krankengeld nach § 138 ff. ASVG zuzüglich 5% dieses Aufwandes als anteiligen Verwaltungsaufwand jeweils bis zum Ende des folgenden Quartals zu ersetzen.

**ABSCHNITT III****Leistungen der Unfallversicherung****1. UNTERABSCHNITT****Gemeinsame Bestimmungen****Ausnahmebestimmungen**

§ 86. (1) Die in den §§ 87 bis 116 festgelegten Bestimmungen hinsichtlich der Leistungen der Unfallversicherung sind auf die Versicherten nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 37 nicht anzuwenden. Für diese gelten die §§ 117 bis 117b.

(2) Für Lehrlinge (§ 1 Abs. 1 Z 38) und Dienstnehmer/innen nach § 1 Abs. 6 richtet sich die Anwendbarkeit der §§ 117 bis 117b nach den jeweils für die entsprechenden Dienstnehmer/innen geltenden Bestimmungen.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung****Besondere Bemessungsgrundlage für Personen unter 30 Jahren**

**§ 93a.** (1) Befand sich die versicherte Person zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles noch in einer Berufs- oder Schulausbildung, so wird von dem Zeitpunkt ab, in dem die begonnene Ausbildung voraussichtlich abgeschlossen gewesen wäre, die Bemessungsgrundlage jeweils nach der Beitragsgrundlage errechnet, die für Personen gleicher Ausbildung sonst in der Regel erreicht wird; hiebei sind solche Erhöhungen der Beitragsgrundlage nicht zu berücksichtigen, die die versicherte Person erst nach Vollendung ihres 30. Lebensjahres erreicht hätte.

(2) Abs. 1 ist entsprechend für Versicherte anzuwenden, die zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles noch nicht 30 Jahre alt waren, sofern die Errechnung der Bemessungsgrundlage auf diese Art für die versicherte Person günstiger ist.

**3. UNTERABSCHNITT****Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht der Versicherten nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 37****Anwendung von Bestimmungen des Dritten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes**

**§ 117.** Für die nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 36 Versicherten sind abweichend von den §§ 87 bis 116 die Bestimmungen des Dritten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden.

**Präventionsbeirat**

**§ 117a.** Zur Information des Bundesministers für Verkehr, Innovation und Technologie über Organisation und Tätigkeit des Präventionszentrums der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau hat diese einen Präventionsbeirat einzurichten.

**Erhöhung der Renten bei Entfall des Schadenersatzanspruches gegen das Eisenbahnunternehmen**

**§ 117b.** Die Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau kann die dem Verletzten gebührende Versehrtenrente um die Hälfte, die Hinterbliebenenrenten um zwei Drittel erhöhen, wenn dem

**Geltende Fassung****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 personenbezogenen Daten 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.

**ABSCHNITT III****Beziehungen zu den Vertragspartnern**

§ 128. Hinsichtlich der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den

**Vorgeschlagene Fassung**

Anspruchsberechtigten neben der Rente aus der Unfallversicherung ein gesetzlich begründeter Schadenersatzanspruch nach den gesetzlichen Bestimmungen über die erhöhte Haftpflicht der Eisenbahnen bei Dienst- und Arbeitsunfällen gegen ein dem öffentlichen Verkehr dienendes Eisenbahnunternehmen zustünde; im Falle einer solchen Erhöhung entfällt der Schadenersatzanspruch gegen das Unternehmen.

**Gegenseitige Verwaltungshilfe**

§ 119. Die Versicherungsanstalt und die übrigen Träger der Sozialversicherung (**Dachverband** der 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 personenbezogenen Daten im automationsunterstützten Datenverkehr zwischen der Versicherungsanstalt und den übrigen Trägern der Sozialversicherung (**Dachverband** der Sozialversicherungsträger), die zur Durchführung des Melde- und Beitragsverfahrens, zur Erbringung von Leistungen sowie zur Durchsetzung von Ersatzansprüchen notwendig sind.

**Sonderbestimmungen über Schadenersatz und Haftung für die nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 37 Versicherten**

§ 127a. (1) Für die nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 37 Versicherten sind unbeschadet der Bestimmungen der §§ 125 bis 127 die §§ 333 bis 335 ASVG anzuwenden.

(2) Für Lehrlinge (§ 1 Abs. 1 Z 38) und Dienstnehmer nach § 1 Abs. 6 sind die §§ 333 bis 335 ASVG anzuwenden, sofern sie als Dienstnehmer der Pflichtversicherung nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 37 unterliegen würden.

**ABSCHNITT III****Beziehungen zu den Vertragspartnern**

§ 128. Hinsichtlich der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den

**Geltende Fassung**

Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Primärversorgungseinheiten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 71 erbringen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. ...
2. die für jedes Land gemäß den §§ 344 und 345 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichteten Kommissionen und die gemäß § 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Bundesschiedskommission auch zuständig ist, wenn am Verfahren die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter beteiligt ist;
3. der Primärversorgungsvertrag mit einer Primärversorgungseinheit von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter abgeschlossen wird;

**VIERTER TEIL**  
**Aufbau der Verwaltung**

**ABSCHNITT I**

**Verwaltung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter**  
**Verwaltungskörper**

§ 130. Die Verwaltung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter obliegt den Verwaltungskörpern. Die Verwaltungskörper sind:

1. der Vorstand,
2. die Generalversammlung,

**Vorgeschlagene Fassung**

Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Primärversorgungseinheiten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 71 erbringen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. ...
2. die für jedes Land gemäß den §§ 344 und 345 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichteten Kommissionen und die gemäß § 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Bundesschiedskommission auch zuständig ist, wenn am Verfahren die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau beteiligt ist;
3. der Primärversorgungsvertrag mit einer Primärversorgungseinheit von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau abgeschlossen wird;
4. keine gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen auf regionaler Ebene nach § 342 Abs. 2b ASVG abgeschlossen werden dürfen.

**VIERTER TEIL**  
**Aufbau der Verwaltung**

**ABSCHNITT I**

**Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau**  
**Verwaltungskörper**

§ 130. Die Verwaltung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (im Folgenden kurz: „Versicherungsanstalt“) obliegt den Verwaltungskörpern. Die Verwaltungskörper sind

1. der Verwaltungsrat,
2. die Hauptversammlung und

**Geltende Fassung****3. die Kontrollversammlung und**

4. die Landesstellenausschüsse am Sitz der Landesstellen.

**Hauptstelle und Landesstellen**

§ 131. (1) Die Verwaltungskörper haben sich zur Durchführung ihrer Aufgaben der Hauptstelle und der Landestellen zu bedienen.

(2) Die Hauptstelle ist am Sitz der Versicherungsanstalt zu errichten.

(3) Landesstellen sind für die Länder Wien, Niederösterreich und Burgenland mit dem Sitz in Wien, für das Land Steiermark mit dem Sitz in Graz, für das Land Oberösterreich mit dem Sitz in Linz, für das Land Kärnten mit dem Sitz in Klagenfurt, für das Land Tirol mit dem Sitz in Innsbruck, für das Land Salzburg mit dem Sitz in Salzburg und für das Land Vorarlberg mit dem Sitz in Bregenz zu errichten.

(4) Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Z 7 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 04.05.2016 S. 1, ist bei der Durchführung hinsichtlich der den Landesstellenausschüssen gemäß § 146 Abs. 1 und 2 obliegenden Aufgaben stets die Hauptstelle.

**Versicherungsvertreter**

§ 132. (1) Die Verwaltungskörper bestehen aus **Vertretern** der Dienstnehmer und der Dienstgeber (Versicherungsvertreter).

(2) Versicherungsvertreter können nur österreichische Staatsbürger sein, die nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sind, am **Tage** der Berufung das 18. **Lebensjahr** vollendet und ihren Wohn- oder Beschäftigungs(Dienst)ort im Bundesgebiet haben.

(3) Die Versicherungsvertreter müssen, soweit es sich nicht um Vorstandsmitglieder bzw. Bedienstete gesetzlicher beruflicher Vertretungen oder von Organisationen der Dienstnehmer oder um Vertreter der Dienstgeber nach diesem Bundesgesetz handelt, im Zeitpunkt ihrer Entsendung der Versicherungsanstalt als versicherte Dienstnehmer angehören.

(4) **Kein** Mitglied eines Verwaltungskörpers **darf** in diesem **mehr als** eine Stimme führen.

**Vorgeschlagene Fassung**

3. die Landesstellenausschüsse am Sitz der Landesstellen.

**Hauptstelle und Landesstellen**

§ 131. (1) Die Verwaltungskörper haben sich zur Durchführung ihrer Aufgaben der Hauptstelle und der Landestellen zu bedienen.

(2) Die Hauptstelle ist am Sitz der Versicherungsanstalt zu errichten.

(3) Landesstellen sind für die Länder Wien, Niederösterreich und Burgenland mit dem Sitz in Wien, für das Land Steiermark mit dem Sitz in Graz, für das Land Oberösterreich mit dem Sitz in Linz, für das Land Kärnten mit dem Sitz in Klagenfurt, für das Land Tirol mit dem Sitz in Innsbruck, für das Land Salzburg mit dem Sitz in Salzburg und für das Land Vorarlberg mit dem Sitz in Bregenz zu errichten.

(4) Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Z 7 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 04.05.2016 S. 1, ist bei der Durchführung hinsichtlich der den Landesstellenausschüssen gemäß § 146 Abs. 1 und 2 obliegenden Aufgaben stets die Hauptstelle.

**Versicherungsvertreter/innen**

§ 132. (1) Die Verwaltungskörper bestehen aus **Vertreter/inne/n** der Dienstnehmer/**innen** und der Dienstgeber/**innen** (Versicherungsvertreter/**innen**).

(2) **Versicherungsvertreter/innen** können nur österreichische Staatsbürger/**innen** sein, die nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sind, am **Tag** der Berufung das 18. **Lebensjahr** vollendet und ihren Wohn- oder Beschäftigungs(Dienst)ort im Bundesgebiet haben.

(3) Die Versicherungsvertreter/**innen** müssen, soweit es sich nicht um Vorstandsmitglieder bzw. Bedienstete gesetzlicher beruflicher Vertretungen oder von Organisationen der Dienstnehmer/**innen** oder um Vertreter/**innen** der Dienstgeber/**innen** nach diesem Bundesgesetz handelt, im Zeitpunkt ihrer Entsendung der Versicherungsanstalt als versicherte Dienstnehmer/**innen** angehören.

(4) **Jedes** Mitglied eines Verwaltungskörpers **führt** in diesem eine Stimme. **Das Mitglied kann jedoch auch zwei Stimmen** führen, **wenn es von einem**

**Geltende Fassung**

(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 Bundesministers für Arbeit 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.

**Vorgeschlagene Fassung**

anderem Mitglied schriftlich mit seiner Vertretung bei einer einzelnen Sitzung betraut worden ist. Das Recht den Vorsitz zu führen kann nicht übertragen werden. Das vertretene Mitglied ist bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit nicht mitzuzählen.

(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 § 30a Abs. 1 Z 33 ASVG.
2. Der Obmann/die Obfrau und sein/ihr Stellvertreter bzw. seine/ihre Stellvertreterin sowie die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse und ihre Stellvertreter/innen erhalten für ihre Tätigkeit eine Vergütung des Zeit- und Arbeitsaufwandes. Das Nähere hat die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz nach Anhörung des Dachverbandes 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% 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 der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz nach Anhörung des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger festzusetzen ist.

§ 49 Abs. 4 ist anzuwenden.

(6) Von der Entsendung in das Amt eines Versicherungsvertreters/einer Versicherungsvertreterin sind ausgeschlossen:

1. Mitglieder des Europäischen Parlaments, des Nationalrates, des Bundesrates, der Landtage, der Bundesregierung und der Landesregierungen;
2. Bedienstete eines Sozialversicherungsträgers und des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger;

**Geltende Fassung****Entsendung der Versicherungsvertreter**

§ 133. (1) Die Versicherungsvertreter/innen aus der Gruppe der Dienstnehmer/innen sind vom Bundesminister für Gesundheit zu entsenden. Der Bundesminister für Gesundheit hat hierzu Vorschläge des Österreichischen Gewerkschaftsbundes einzuholen, welche dieser im Einvernehmen mit der in Betracht kommenden Gewerkschaft zu erstatten hat.

**Vorgeschlagene Fassung**

3. Personen, die auf Grund einer von ihnen ausgeübten Erwerbstätigkeit mit einem Sozialversicherungsträger oder dem Dachverband der Sozialversicherungsträger in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen;
4. Personen, über deren Vermögen ein Insolvenzverfahren eröffnet ist;
5. Personen, deren fachliche Eignung nicht durch den Besuch einer regelmäßig vom Dachverband der Sozialversicherungsträger durchzuführenden Informationsveranstaltung für angehende Versicherungsvertreter/innen samt erfolgreich absolviertem Eignungstest (§ 420 Abs. 7 und 8 ASVG) nachgewiesen ist. Jedenfalls als fachlich geeignet gelten Personen mit abgeschlossenem Hochschulstudium der Rechts- oder Wirtschaftswissenschaften sowie Personen, die eine allgemeine Fachausbildung der Sozialversicherungsträger erfolgreich absolviert haben oder mindestens fünf Jahre als Geschäftsführer/innen einer juristischen Person tätig waren.

**Entsendung der Versicherungsvertreter/innen**

§ 133. (1) Die Versicherungsvertreter/innen aus der Gruppe der Dienstnehmer/innen sind von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zu entsenden, und zwar auf Vorschlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes im Einvernehmen mit der in Betracht kommenden Gewerkschaft. Die Gewerkschaften haben ihre Vorschläge nach dem Mandatsergebnis der Wahl zu ihrem jeweiligen satzunggebenden Organ (z. B. Vollversammlung, Hauptversammlung) auf Vorschlag der jeweils wahlwerbenden Gruppe nach dem System d'Hondt unter sinngemäßer Anwendung von Abs. 2 dritt- und vorletzter Satz zu erstellen.

(2) Kommen mehrere vorschlagsberechtigte Gewerkschaften in der Gruppe der Dienstnehmer/innen in Betracht, so hat die Aufsichtsbehörde die auf die einzelnen Gewerkschaften entfallende Zahl von Versicherungsvertreter/inne/n unter Bedachtnahme auf die Zahl der den einzelnen Gewerkschaften zugehörigen und nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherten aktiven Dienstnehmer/inne/n festzusetzen. Die Zahl der pflichtversicherten Dienstnehmer/innen ist auf Grund einer Stichtagserhebung zum 1. Dezember jenes Kalenderjahres zu ermitteln, das der Neubestellung der Verwaltungskörper vorangeht. Die Berechnung der auf die einzelnen Gewerkschaften entfallenden Zahl von Versicherungsvertreter/inne/n hat nach dem System d'Hondt zu erfolgen. Die Wahlzahl ist ungerundet zu

**Geltende Fassung**

Die Versicherungsvertreter/innen aus der Gruppe der Dienstgeber/innen sind für Landesstellenausschüsse vom zuständigen Landeshauptmann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen, für die übrigen Verwaltungskörper vom Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu entsenden. Kommt ein Einvernehmen zwischen dem Landeshauptmann und dem Bundesminister für Finanzen nicht zustande, so entsendet auf Antrag einer dieser beiden Stellen der Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen die DienstgeberInnenvertreter.

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/in sowohl in die Kontrollversammlung als auch in die Generalversammlung der Versicherungsanstalt ist unzulässig.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat, sofern er nicht selbst zur Entsendung berechtigt ist, die in Betracht kommenden entsendeberechtigten Stellen aufzufordern, die Vertreter innerhalb einer angemessenen Frist, die mindestens einen Monat zu betragen hat, zu entsenden. Werden die Vertreter innerhalb dieser Frist nicht entsendet, so hat sie der Bundesminister für Arbeit und Soziales zu entsenden, ohne an einen Vorschlag gebunden zu sein.

**Vorgeschlagene Fassung**

errechnen. Haben nach dieser Berechnung mehrere Gewerkschaften den gleichen Anspruch auf einen Versicherungsvertreter/eine Versicherungsvertreterin, so entscheidet das Los. Die Aufteilung gilt jeweils für die betreffende Amtsdauer. Vor Aufteilung der Zahl der Versicherungsvertreter/innen ist den vorschlagsberechtigten Gewerkschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Die Versicherungsvertreter/innen aus der Gruppe der Dienstgeber/innen sind für Landesstellenausschüsse vom Bundesminister für öffentlichen Dienst und Sport im Einvernehmen mit dem/der zuständigen Landeshauptmann/Landeshauptfrau zu entsenden. Für den Verwaltungsrat entsendet je einen Versicherungsvertreter/eine Versicherungsvertreterin aus der Gruppe der Dienstgeber/innen

1. der Bundesminister für öffentlichen Dienst und Sport;

2. der Bundesminister für Verkehr, Innovation und Technologie;

3. die Wirtschaftskammer Österreich, Fachverband für Seilbahnen im Einvernehmen mit dem Fachverband für Bergwerke und Stahl.

Dies gilt entsprechend für die Entsendung in die Hauptversammlung.

(4) Bei der Entsendung nach den Abs. 1 und 3 ist auf die fachliche Eignung (§ 132 Abs. 6 Z 5) und durch ein ausgewogenes Verhältnis an Versicherungsvertreterinnen und Versicherungsvertretern auf das Erreichen der Geschlechterparität in den Verwaltungskörpern Bedacht zu nehmen. Unzulässig ist die gleichzeitige Entsendung ein und derselben Person als Versicherungsvertreter/in

1. sowohl in den Verwaltungsrat als auch in einen Landesstellenausschuss der Versicherungsanstalt;

2. in die Verwaltungskörper mehrerer Versicherungsträger.

(5) Die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hat, sofern sie nicht selbst zur Entsendung berechtigt ist, die in Betracht kommenden entsendeberechtigten Stellen aufzufordern, die Vertreter/innen innerhalb einer angemessenen Frist, die mindestens einen Monat zu betragen hat, zu entsenden. Werden die Vertreter/innen innerhalb dieser Frist nicht entsendet, so hat sie die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zu entsenden, ohne an einen Vorschlag gebunden zu sein.

**Geltende Fassung**

(3) Vor Verfügungen im Sinne des Abs. 2 ist den entsendeberechtigten Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(4) Für jeden Versicherungsvertreter ist gleichzeitig mit dessen Entsendung und auf dieselbe Art ein Stellvertreter zu entsenden. Der entsendete 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 § 441e Abs. 1 ASVG, so ist auch für dessen Stellvertreter auf Dauer ein Stellvertreter zu bestellen.

(5) Scheidet ein Mitglied oder ein Stellvertreter dauernd aus seinem Amt aus, so hat die Stelle, die den Ausgeschiedenen entsendet hat, für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied (einen neuen Stellvertreter) zu entsenden. Bis zur Entsendung des neuen Mitgliedes gilt Abs. 4 zweiter Satz. Ist die Entsendung des neuen Mitgliedes (Stellvertreters) durch eine Enthebung des ausgeschiedenen Mitgliedes (Stellvertreters) von seinem Amt (§ 135) erforderlich geworden und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen der Entsendung des neuen Mitgliedes (Stellvertreters).

**Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung**

§ 134. (1) Das Amt eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederentsendung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Entsendung (§ 133) die Versicherungsanstalt nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 137 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung bei der Versicherungsanstalt zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er entsandt ist, berechtigt.

**Enthebung von Versicherungsvertretern (Stellvertretern)**

§ 135. (1) Ein Versicherungsvertreter (Stellvertreter) ist seines Amtes zu entheben:

1. wenn Tatsachen bekannt werden, die seine Entsendung ausschließen

**Vorgeschlagene Fassung**

(6) Scheidet ein Versicherungsvertreter/eine Versicherungsvertreterin dauernd aus seinem/ihrem Amt aus, so hat die Stelle, die die ausgeschiedene Person entsendet hat, für den Rest der Amtsdauer einen neuen Versicherungsvertreter/eine neue Versicherungsvertreterin zu entsenden. Ist die neue Entsendung durch eine Enthebung (§ 135) erforderlich geworden und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen der neuen Entsendung.

**Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung**

§ 134. (1) Das Amt eines Versicherungsvertreters/einer Versicherungsvertreterin darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederentsendung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter/die Versicherungsvertreterin hat von der Annahme seiner/ihrer Entsendung (§ 133) die Versicherungsanstalt nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 137 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung bei der Versicherungsanstalt zur Ausübung seines/ihrer Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er/sie entsandt ist, berechtigt.

**Enthebung von Versicherungsvertreter/inne/n**

§ 135. (1) Ein Versicherungsvertreter/eine Versicherungsvertreterin ist seines/ihrer Amtes zu entheben:

1. wenn Tatsachen bekannt werden, die seine/ihre Entsendung ausschließen

**Geltende Fassung**

würden;

2. wenn der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) seine Pflichten verletzt;
3. a) wenn er seit mehr als drei Monaten nicht mehr der Gruppe der Dienstnehmer angehört, für die er entsendet wurde, oder
  - b) wenn er sich seit mehr als drei Monaten im Ruhestand befindet, in beiden Fällen jedoch nur, wenn er nicht zu den Vorstandsmitgliedern bzw. Bediensteten gesetzlicher beruflicher Vertretungen oder von Organisationen der Dienstnehmer oder zu den Vertretern der Dienstgeber nach diesem Bundesgesetz zählt;
4. wenn der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) seine Enthebung unter Berufung auf einen in seinen persönlichen Verhältnissen liegenden Grund beantragt;
5. wenn einer der im § 132 Abs. 6 genannten Ausschließungsgründe nach der Entsendung eingetreten ist.

Vor der Enthebung eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) gemäß Z 4 oder 5 ist, sofern nicht der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Entsendung berechtigt war, die zur Entsendung berufene Stelle anzuhören.

(2) Die Enthebung des Obmannes, der Vorsitzenden der Kontrollversammlung und der Landesstellenausschüsse sowie deren Stellvertreter steht der Aufsichtsbehörde, die der sonstigen Mitglieder (Stellvertreter) der Kontrollversammlung dem Vorsitzenden dieser Versammlung, die der sonstigen Versicherungsvertreter (Stellvertreter) dem Obmann zu.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann Versicherungsvertreter (Stellvertreter) auf begründeten Antrag der zur Entsendung berufenen Stelle ihres Amtes entheben.

(4) Vor der Enthebung eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) nach Abs. 1 Z 1 bis 3, Abs. 2 und 3 ist diesem Gelegenheit zur Äußerung zu geben und

**Vorgeschlagene Fassung**

würden;

2. wenn der Versicherungsvertreter/die Versicherungsvertreterin seine/ihre Pflichten verletzt;
3. a) wenn er/sie seit mehr als drei Monaten nicht mehr der Gruppe der Dienstnehmer/innen angehört, für die er/sie entsendet wurde, oder
  - b) wenn er/sie als Vertreter/in der Dienstgeber/innen entsendet worden ist, aber seit mehr als drei Monaten nicht mehr Dienstgeber/in eines/einer bei der Versicherungsanstalt pflichtversicherten Dienstnehmers/Dienstnehmerin ist, oder
  - c) wenn er/sie sich seit mehr als drei Monaten im Ruhestand befindet, in allen diesen Fällen jedoch nur, wenn er/sie nicht zu den Vorstandsmitgliedern bzw. Bediensteten gesetzlicher beruflicher Vertretungen oder von Organisationen der Dienstnehmer/innen oder zu den Vertreter/inne/n der Dienstgeber/innen nach diesem Bundesgesetz zählt;
4. wenn ein wichtiger persönlicher Grund zur Enthebung vorliegt und der Versicherungsvertreter/die Versicherungsvertreterin seine/ihre Enthebung unter Berufung darauf beantragt;
5. wenn einer der im § 132 Abs. 6 genannten Ausschließungsgründe nach der Entsendung eingetreten ist.

Vor der Enthebung des Versicherungsvertreters/der Versicherungsvertreterin nach Z 4 oder 5 ist, sofern nicht die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur Entsendung berechtigt war, die zur Entsendung berufene Stelle anzuhören.

(2) Die Enthebung des Obmannes/der Obfrau und seines/ihrer Stellvertreters bzw. seiner/ihrer Stellvertreterin sowie der Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse und ihrer Stellvertreter/innen steht der Aufsichtsbehörde, die der sonstigen Versicherungsvertreter/innen dem Obmann/der Obfrau bzw. dem/der Vorsitzenden des jeweiligen Landesstellenausschusses zu.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann Versicherungsvertreter/innen auf begründeten Antrag der zur Entsendung berufenen Stelle ihres Amtes entheben.

(4) Vor der Enthebung eines Versicherungsvertreters/einer Versicherungsvertreterin nach Abs. 1 Z 1 bis 3 sowie Abs. 2 und 3 ist

**Geltende Fassung**

gleichzeitig die entsendeberechtigte Stelle (§ 133) zu verständigen. Dem vom Obmann oder vom Vorsitzenden der Kontrollversammlung Enthobenen steht das Recht der Beschwerde zu. Sie ist binnen zwei Wochen nach Zustellung des Beschlusses über die Enthebung bei der Aufsichtsbehörde einzubringen. Diese entscheidet endgültig.

(5) Ist das Mitglied eines Verwaltungskörpers gleichzeitig auch Mitglied eines anderen Verwaltungskörpers bei der Versicherungsanstalt (§ 139 Abs. 2), so erstreckt sich die Enthebung auch auf das Amt in anderen Verwaltungskörpern.

(6) Von einer Enthebung ist die Aufsichtsbehörde in Kenntnis zu setzen, die die entsendeberechtigte Stelle zur Entsendung eines neuen Versicherungsvertreters (Stellvertreters) aufzufordern hat.

(7) Der Beschwerde gegen die Enthebung eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) von seinem Amt kommt keine aufschiebende Wirkung zu. Eine Aufhebung der Entscheidung über die Enthebung eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) wirkt nicht zurück.

**Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter**

§ 136. Die Mitglieder der Verwaltungskörper 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 der Versicherungsanstalt aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Die Versicherungsanstalt kann auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde verzichten. Macht die Versicherungsanstalt trotz mangelnder Genehmigung der Aufsichtsbehörde die Haftung nicht geltend, so kann diese die Haftung an Stelle und auf Kosten der Versicherungsanstalt geltend machen.

**Vorgeschlagene Fassung**

diesem/dieser Gelegenheit zur Äußerung zu geben und gleichzeitig die entsendeberechtigte Stelle (§ 133) zu verständigen. Der vom Obmann/der Obfrau oder vom/von der Vorsitzenden eines Landesstellenausschusses enthobenen Person steht das Recht der Beschwerde zu. Sie ist binnen zwei Wochen nach Zustellung des Beschlusses über die Enthebung bei der Aufsichtsbehörde einzubringen. Diese entscheidet endgültig.

(5) Die Aufsichtsbehörde hat dem Antrag einer entsendeberechtigten Stelle (§ 133) auf Enthebung der von dieser entsendeten Versicherungsvertreter/in zu entsprechen, wenn der Antrag wegen der Neuwahl in die betreffende Interessenvertretung innerhalb von sechs Monaten nach der Neuwahl gestellt wird. In diesem Fall entfällt die Anhörung der zu enthebenden Versicherungsvertreter/innen.

(6) Ist das Mitglied eines Verwaltungskörpers gleichzeitig auch Mitglied eines anderen Verwaltungskörpers bei der Versicherungsanstalt (§ 139 Abs. 2), so erstreckt sich die Enthebung auch auf das Amt in anderen Verwaltungskörpern.

(7) Von einer Enthebung ist die Aufsichtsbehörde in Kenntnis zu setzen, die die entsendeberechtigte Stelle zur Entsendung eines neuen Versicherungsvertreters/einer neuen Versicherungsvertreterin aufzufordern hat.

(8) Der Beschwerde gegen die Enthebung eines Versicherungsvertreters/einer Versicherungsvertreterin von seinem/ihrem Amt kommt keine aufschiebende Wirkung zu. Eine Aufhebung der Entscheidung über die Enthebung eines Versicherungsvertreters/einer Versicherungsvertreterin wirkt nicht zurück.

**Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter/innen**

§ 136. Die Mitglieder der Verwaltungskörper 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 des Amtshaftungs- und des Organhaftpflichtgesetzes für jeden Schaden, der der Versicherungsanstalt aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Die Versicherungsanstalt kann auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde verzichten. Macht die Versicherungsanstalt trotz mangelnder Genehmigung der Aufsichtsbehörde die Haftung nicht geltend, so kann diese die Haftung an Stelle und auf Kosten der Versicherungsanstalt geltend machen.

**Geltende Fassung****Amtsdauer**

§ 137. Die Amtsdauer der Verwaltungskörper währt jeweils fünf Jahre. Nach Ablauf der Amtsdauer hat der alte Verwaltungskörper die Geschäfte so lange weiterzuführen, bis der neue Verwaltungskörper zusammentritt. Die Zeit der Weiterführung der Geschäfte durch den alten Verwaltungskörper zählt auf die fünfjährige Amtsdauer des neuen Verwaltungskörpers.

**Zusammensetzung der Verwaltungskörper**

§ 138. (1) Die Generalversammlung, der Vorstand und die Landesstellenausschüsse bestehen zu drei Vierteln aus Vertretern der Dienstnehmer und zu einem Viertel aus Vertretern der Dienstgeber.

(2) Die Kontrollversammlung besteht zu einem Viertel aus Vertretern der Dienstnehmer und zu drei Vierteln aus Vertretern der Dienstgeber.

**Generalversammlung**

§ 139. (1) Die Zahl der Versicherungsvertreter in der Generalversammlung beträgt 60.

**Vorgeschlagene Fassung****Amtsdauer**

§ 137. Die Amtsdauer der Verwaltungskörper währt jeweils fünf Jahre. Nach Ablauf der Amtsdauer hat der alte Verwaltungskörper die Geschäfte so lange weiterzuführen, bis der neue Verwaltungskörper zusammentritt. Die Zeit der Weiterführung der Geschäfte durch den alten Verwaltungskörper zählt auf die fünfjährige Amtsdauer des neuen Verwaltungskörpers.

**Zusammensetzung der Verwaltungskörper**

§ 138. (1) Der Verwaltungsrat besteht aus sieben Vertreter/inne/n der Dienstnehmer/innen und aus drei Vertreter/inne/n der Dienstgeber/innen.

(2) Die Hauptversammlung setzt sich zusammen aus

1. 14 Versicherungsvertreter/innen aus der Gruppe der Dienstnehmer/innen und sechs Versicherungsvertreter/innen aus der Gruppe der Dienstgeber/innen, wobei die ersten sieben Mitglieder der Gruppe der Dienstnehmer/innen bzw. drei Mitglieder der Gruppe der Dienstgeber/innen Mitglieder des Verwaltungsrates sind,
2. den Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse samt ihren Stellvertreter/inne/n,
3. drei Senior/inn/envertreter/inne/n, die vom Bundesseniorenbeirat zu entsenden sind,
4. drei Behindertenvertreter/inne/n, von denen je einer/eine vom ÖZIV Bundesverband, vom Österreichischen Behindertenrat und vom Kriegsopfer- und Behindertenverband Österreich zu entsenden ist.

(3) Der Landesstellenausschuss für Wien, Niederösterreich und Burgenland besteht aus sechs Vertreter/inne/n der Dienstnehmer/innen und aus zwei Vertreter/inne/n der Dienstgeber/innen, die übrigen Landesstellenausschüsse bestehen jeweils aus drei Vertreter/inne/n der Dienstnehmer/innen und aus einem Vertreter/einer Vertreterin der Dienstgeber/innen.

**Geltende Fassung**

(2) Die Mitglieder des Vorstandes und der Landesstellenausschüsse gehören gleichzeitig der Generalversammlung an. Ihre Zahl ist auf die Zahl der Versicherungsvertreter in der Generalversammlung in der Gruppe anzurechnen, der sie im Vorstand und in den Landesstellenausschüssen angehören.

**Vorstand**

§ 139a. Die Zahl der Versicherungsvertreter im Vorstand beträgt 16.

**Kontrollversammlung**

§ 140. Die Zahl der Versicherungsvertreter in der Kontrollversammlung beträgt 12.

**Landesstellenausschüsse**

§ 141. Die Zahl der Versicherungsvertreter beträgt

1. im Landesstellenausschuß für Wien, Niederösterreich und Burgenland 8,
2. in den übrigen Landesstellenausschüssen je 4.

**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) Im Anschluß an die Wahl des Obmannes sind für diesen aus der Mitte des Vorstandes drei Stellvertreter zu wählen, und zwar in getrennten Wahlgängen der Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstnehmer und der Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber. Hiebei ist der erste Obmann-Stellvertreter der Gruppe der Dienstgeber zu entnehmen und der zweite und dritte Obmann-Stellvertreter der Gruppe der Dienstnehmer.

(3) Den Vorsitzenden der Kontrollversammlung hat die Versammlung aus ihrer Mitte zu wählen. Im Anschluß daran ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden

**Vorgeschlagene Fassung****Vorsitz in den Verwaltungskörpern**

§ 139. (1) Den Vorsitz im Verwaltungsrat führt der/die vom Verwaltungsrat gewählte Obmann/Obfrau. Den Vorsitz in der Hauptversammlung führt der/die von der Hauptversammlung gewählte Vorsitzende.

(2) Der Verwaltungsrat der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau hat für seine Amtsdauer aus seiner Mitte einen Obmann/eine Obfrau zu wählen. Er/Sie muss der Gruppe der Dienstnehmer/innen angehören. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit sowohl aller Mitglieder des Verwaltungsrates als auch der Gruppe der Dienstnehmer/innen erforderlich. Bei Stimmgleichheit entscheidet die einfache Mehrheit in der Gruppe der Dienstnehmer/innen. Im Anschluss an die Wahl des Obmannes/der Obfrau ist für diesen/diese aus der Mitte des Verwaltungsrates ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin aus der Gruppe der Dienstgeber/innen zu wählen.

**Geltende Fassung**

zu wählen. Er ist jener Gruppe zu entnehmen, welcher der Vorsitzende nicht angehört.

(4) Den Vorsitzenden des Landesstellenausschusses hat dieser aus seiner Mitte zu wählen. Im Anschluß daran ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen. Abs. 3 letzter Satz ist anzuwenden.

(5) Der gewählte Obmann und die sonstigen Vorsitzenden von Verwaltungskörpern sowie ihre Stellvertreter sind, wenn sie die Annahme der Wahl dem zur Wahl berufenen Verwaltungskörper ausdrücklich erklärt haben, sofort oder ab einem anlässlich der Wahl vom Verwaltungskörper festgelegten Zeitpunkt zur Ausübung ihrer Funktion berechtigt.

(6) Scheidet ein Vorsitzender (Stellvertreter) eines Verwaltungskörpers

**Vorgeschlagene Fassung**

(2a) Die Hauptversammlung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau hat für ihre Amtsdauer aus ihrer Mitte eine/n Vorsitzende/n zu wählen. Er/Sie muss der Gruppe der Dienstnehmer/innen angehören. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit aller Mitglieder der Hauptversammlung erforderlich. Bei Stimmgleichheit entscheidet die einfache Mehrheit in der Gruppe der Dienstnehmer/innen. Im Anschluss an die Wahl des/der Vorsitzenden ist für diese/n aus der Mitte der Hauptversammlung ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin aus der Gruppe der Dienstgeber/innen zu wählen. Der/Die Vorsitzende sowie sein/seine/ihr/ihre Stellvertreter/in dürfen weder dem Verwaltungsrat noch einem Landesstellenausschuss angehören. Darüber hinaus dürfen diese Personen nicht derselben wahlwerbenden Gruppe angehören, der der Obmann/die Obfrau des Verwaltungsrates bzw. sein/seine/ihr/ihre Stellvertreter/in zuzurechnen ist.

(3) Die Landesstellenausschüsse der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau haben für ihre Amtsdauer einen Vorsitzenden/eine Vorsitzende aus ihrer Mitte zu wählen. Er/Sie muss der Gruppe der Dienstnehmer/innen angehören. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit aller Mitglieder des Landesstellenausschusses erforderlich. Im Anschluss daran ist ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin des/der Vorsitzenden zu wählen, der/die der Gruppe der Dienstgeber/innen anzugehören hat. Bei Stimmgleichheit entscheidet die einfache Mehrheit in der Gruppe jener Versicherungsvertreter/innen, der die zu wählende Person angehört.

(4) Der gewählte Obmann/die gewählte Obfrau und sein/ihr Stellvertreter bzw. seine/ihre Stellvertreterin sowie die gewählten Vorsitzenden der Hauptversammlung sowie der Landesstellenausschüsse und ihre Stellvertreter/innen sind, wenn sie die Annahme der Wahl dem zur Wahl berufenen Verwaltungskörper ausdrücklich erklärt haben, sogleich oder ab einem anlässlich der Wahl vom Verwaltungskörper festgelegten Zeitpunkt zur Ausübung ihrer Funktion berechtigt.

(5) Scheidet ein Vorsitzender/eine Vorsitzende (ein Stellvertreter/eine

**Geltende Fassung**

infolge einer Enthebung von seinem Amt als Versicherungsvertreter (§ 135) aus und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen einer bereits erfolgten Wahl seines Nachfolgers und es ist neuerlich eine entsprechende Wahl durchzuführen.

**Angelobung der Versicherungsvertreter**

§ 143. Der Obmann der Versicherungsanstalt und die sonstigen Vorsitzenden der Verwaltungskörper sowie ihre Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 136 hinzuweisen.

**ABSCHNITT II****Aufgaben der Verwaltungskörper****Aufgaben der Generalversammlung**

§ 144. (1) Die Generalversammlung der Versicherungsanstalt hat jährlich mindestens einmal zusammenzutreten. Sie ist vom Vorstand einzuberufen. Ihr ist vorbehalten:

1. die Beschlußfassung über den Jahresvoranschlag (Haushaltsplan);
2. die Beschlußfassung über den aus dem Rechnungsabschluß und den Statistischen Nachweisungen bestehenden Jahresbericht des Vorstandes und über dessen Entlastung;
3. die Beschlußfassung über allfällige Zuweisungen an den Unterstützungsfonds;
4. die Beschlußfassung über die Satzung und deren Änderung;
5. die Entscheidung über die Verfolgung von Ansprüchen, die die Versicherungsanstalt gegen Mitglieder der Verwaltungskörper aus deren Amtsführung erwachsen, und die Bestellung der zur Verfolgung dieser Ansprüche Beauftragten;
6. die Beschlußfassung über die Zahl der Mitglieder des Beirates und deren Bestellung.

**Vorgeschlagene Fassung**

Stellvertreterin) eines Verwaltungskörpers infolge Enthebung (§ 135) vom Amt als Versicherungsvertreter/in aus und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen einer bereits erfolgten Wahl seines Nachfolgers/seiner Nachfolgerin und es ist neuerlich eine entsprechende Wahl durchzuführen.

**Angelobung der Versicherungsvertreter/innen**

§ 140. Der Obmann/die Obfrau der Versicherungsanstalt, sein/ihr Stellvertreter bzw. seine/ihre Stellvertreterin sowie die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse und ihre Stellvertreter/innen sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter/innen vom Obmann/von der Obfrau bzw. vom vorläufigen Verwalter/von der vorläufigen Verwalterin anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten nach § 136 hinzuweisen.

**ABSCHNITT II****Aufgaben der Verwaltungskörper****Aufgaben**

des

**Geltende Fassung**

(2) Über die im Abs. 1 Z 2 und 4 genannten Gegenstände kann nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen gültig Beschluß gefaßt werden. Die Aufsichtsbehörde kann eine vorläufige Verfügung treffen, wenn innerhalb einer von ihr festgesetzten Frist ein gültiger Beschluß der Generalversammlung über die Satzung und deren Änderung nicht zustande kommt. Die vorläufige Verfügung der Aufsichtsbehörde tritt außer Kraft, sobald ein gesetzmäßiger gültiger Beschluß der Generalversammlung über die Satzung bzw. deren Änderung gefaßt und der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis gebracht worden ist. Bei Ablehnung der Entlastung hat die Aufsichtsbehörde zu entscheiden.

**Aufgaben des Vorstandes und Vertretung der Versicherungsanstalt**

§ 145. (1) Dem Vorstand obliegt die Geschäftsführung, soweit diese nicht durch das Gesetz der Generalversammlung oder einem Landesstellenausschuß zugewiesen ist, sowie die Vertretung der Versicherungsanstalt. Er kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit Ausschüsse aus Mitgliedern der Generalversammlung einsetzen und diesen sowie einem Landesstellenausschuß einzelne seiner Obliegenheiten übertragen; darüber hinaus kann er einzelne seiner Obliegenheiten dem Obmann bzw. dem Vorsitzenden eines Landesstellenausschusses und die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Versicherungsanstalt übertragen.

**Vorgeschlagene Fassung****Verwaltungsrates und Vertretung der Versicherungsanstalt**

§ 141. (1) Dem Verwaltungsrat obliegt die Geschäftsführung, soweit diese nicht gesetzlich der Hauptversammlung oder einem Landesstellenausschuß zugewiesen ist, sowie die Vertretung der Versicherungsanstalt. Er kann einzelne seiner Obliegenheiten dem Obmann/der Obfrau bzw. dem/der Vorsitzenden eines Landesstellenausschusses und die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen. Jedenfalls dem Büro zu übertragen sind

1. laufende Verwaltungsgeschäfte, sofern im Einzelfall das Eineinhalbfache des für das jeweilige Jahr festgesetzten Schwellenwertes für Dienstleistungen nach dem Bundesvergabegesetz nicht überschritten wird,
2. Personalangelegenheiten mit Ausnahme des bereichsleitenden und leitenden Dienstes sowie der Leiter/innen des höheren Dienstes nach der DO. A und des ärztlichen Dienstes nach § 37 Z 1 und 2 DO. B,
3. die Vollziehung der Leistungsangelegenheiten nach den vom Verwaltungsrat zu erlassenden Richtlinien und
4. die Vertretung des Versicherungsträgers nach außen in jenen Angelegenheiten, die nicht der Beschlussfassung des Verwaltungsrates oder der Hauptversammlung bedürfen.

Dem Verwaltungsrat ist über die laufenden Verwaltungsgeschäfte nach Z 1 gemäß der Geschäftsordnung nachträglich, mindestens halbjährlich Bericht zu erstatten.

**Geltende Fassung**

(2) Die Vertretungsbefugnis natürlicher Personen wird durch eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde oder einen Auszug aus dem die sonstigen Betroffenen erfassenden Teil des Ergänzungsregisters (§ 6 Abs. 4 in Verbindung mit § 2 Z 7 des E-Government-Gesetzes, BGBl. I Nr. 10/2004) nachgewiesen.

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Die Vertretungsbefugnis natürlicher Personen wird durch eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde oder einen Auszug aus dem die sonstigen Betroffenen erfassenden Teil des Ergänzungsregisters (§ 6 Abs. 4 in Verbindung mit § 2 Z 7 des E-Government-Gesetzes, BGBl. I Nr. 10/2004) nachgewiesen.

(3) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Verwaltungsrates zu ihrer Wirksamkeit der Zweidrittelmehrheit der gültig abgegebenen Stimmen:

1. die dauernde Veranlagung von Vermögensbeständen;
2. der Abschluss von Verträgen mit den im Sechsten Teil bezeichneten und sonstigen Vertragspartner/inne/n, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung des Versicherungsträgers herbeiführen;
3. die Erlassung von Richtlinien nach § 28 Abs. 2 über die Verwendung der Mittel des Unterstützungsfonds;
4. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsübereinkommen nach dem G-ZG.

(4) Der Verwaltungsrat darf Beschlüsse

1. über die Erwerbung, Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden oder von Einrichtungen in fremden 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, sowie
2. über Umbauten von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist,

nur dann fassen, wenn ein Bedarf für das jeweilige Bauvorhaben besteht. Die Bedarfsprüfung ist von der Versicherungsanstalt vorzunehmen und hat sich auf den Bereich der gesamten Sozialversicherung zu erstrecken. Die Grundsätze für die Bedarfsprüfung sind von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz mit Verordnung festzulegen und haben jedenfalls Näheres über den Ablauf und den Umfang der Prüfung sowie die dabei auszuarbeitenden Unterlagen zu enthalten. Nach Abschluss des Bauvorhabens ist der Aufsichtsbehörde eine vom Verwaltungsrat gebilligte Schlussabrechnung vorzulegen.

(5) Beschlüsse des Verwaltungsrates über die Erstellung von

**Geltende Fassung**

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

**Aufgaben der Landesstellenausschüsse**

§ 146. (1) Den Landesstellenausschüssen obliegt die Geschäftsführung in folgenden Angelegenheiten:

1. Feststellung aller Leistungen, soweit dies nicht in den Aufgabenbereich anderer Verwaltungskörper fällt;
2. Standesführung und Kontrolle der Rentenempfänger, die in den Bundesländern beziehungsweise dem Bundesland wohnen, für die (das) der Landesstellenausschuß besteht;
3. Mitwirkung bei der Durchführung der Personalangelegenheiten der Bediensteten der Landesstelle.

**Vorgeschlagene Fassung**

Dienstpostenplänen (§ 460 Abs. 1 ASVG), soweit sie sich auf die Gehaltsgruppen F (Höherer Dienst) und G (Leitender Dienst) der Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs (DO. A) erstrecken, bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

**Aufgaben der Hauptversammlung**

§ 142. (1) Die Hauptversammlung der Versicherungsanstalt hat jährlich mindestens zweimal zusammenzutreten. Sie ist vom Verwaltungsrat einzuberufen. Ihr ist vorbehalten:

1. die Beschlussfassung über den Jahresvoranschlag (Haushaltsplan);
2. die Beschlussfassung über den Jahresbericht des Verwaltungsrates, der aus dem durch einen beeideten Wirtschaftsprüfer/eine beeidete Wirtschaftsprüferin geprüften Rechnungsabschluss und den Statistischen Nachweisungen besteht;
3. die Beschlussfassung über die Entlastung des Verwaltungsrates.

(2) Der beeidete Wirtschaftsprüfer/die beeidete Wirtschaftsprüferin nach Abs. 1 Z 2 ist von der Hauptversammlung zu beauftragen.

**Aufgaben der Landesstellenausschüsse**

§ 143. (1) Den Landesstellenausschüssen obliegt die Geschäftsführung hinsichtlich der den Landesstellen nach Abs. 2 zugewiesenen Aufgaben. Der Landesstellenausschuss kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit einzelne seiner Obliegenheiten dem/der Vorsitzenden und die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Landesstelle übertragen.

**Geltende Fassung**

(2) Die den Landesvorständen nach den am 31. Dezember 1993 in Geltung stehenden Satzungsbestimmungen übertragenen Aufgaben gelten ab 1. Jänner 1994 als durch den Vorstand gemäß § 145 Abs. 1 an die Landesstellenausschüsse übertragene Obliegenheiten.

(3) Die örtliche Zuständigkeit eines Landesstellenausschusses richtet sich bei Versicherten nach deren Wohnsitz. Ist kein Wohnsitz im Inland vorhanden, ist der für Wien, Niederösterreich und Burgenland bestehende Landesstellenausschuß zuständig.

(4) Der Landesstellenausschuß kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit einzelne seiner Obliegenheiten dem Vorsitzenden und die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Landesstelle übertragen.

(5) Die Landesstellenausschüsse sind bei ihrer Geschäftsführung an die Weisungen des Vorstandes gebunden. Dieser kann auch Beschlüsse der genannten Ausschüsse aufheben oder abändern.

**Aufgaben der Kontrollversammlung**

§ 147. (1) Die Kontrollversammlung ist berufen, die gesamte Gebarung der Versicherungsanstalt ständig zu überwachen, zu diesem Zweck insbesondere die Buch- und Kassenführung und den Rechnungsabschluß zu überprüfen, über ihre Wahrnehmungen Bericht zu erstatten und die entsprechenden Anträge zu stellen. Insbesondere hat sie den Antrag auf Genehmigung des Rechnungsabschlusses und Entlastung des Vorstandes in der Generalversammlung zu stellen.

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Die Landesstellenausschüsse haben nach einheitlichen Grundsätzen und Vorgaben des Verwaltungsrates folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. Beschlussfassung über die Nachsicht von Behandlungsbeiträgen unter Beachtung der Richtlinien des Verwaltungsrates;
2. Beschlussfassung hinsichtlich der Gewährung von Unterstützungen aus dem Unterstützungsfonds bis zu den im Anhang zur Geschäftsordnung festzulegenden Wertgrenzen.
3. Beschlussfassung über Einzelverträge (neue oder Ersatzverträge) mit freiberuflich tätigen Arzt/inn/en, die einen § 2-Kassenvertrag erhalten, sowie über Einzelverträge mit Zahnarzt/inn/en und Dentist/inn/en;
4. Beschlussfassung über Einzelverträge mit Hebammen, klinischen Psycholog/inn/en, Psychotherapeut/inn/en sowie Beförderungsunternehmen unter Bedachtnahme auf bestehende Gesamt-, Muster- und Rahmenverträge.

(3) Die örtliche Zuständigkeit eines Landesstellenausschusses richtet sich bei Versicherten nach deren Wohnsitz. Ist kein Wohnsitz im Inland vorhanden, so ist der für Wien, Niederösterreich und Burgenland bestehende Landesstellenausschuss zuständig.

(4) Die Landesstellenausschüsse sind bei ihrer Geschäftsführung an die Weisungen des Verwaltungsrates gebunden; der Verwaltungsrat kann auch Beschlüsse der Landesstellenausschüsse aufheben oder abändern.

**Geltende Fassung**

(2) Der Vorstand und der leitende Angestellte der Versicherungsanstalt sind verpflichtet, der Kontrollversammlung alle Aufklärungen zu geben und alle Belege und Behelfe vorzulegen, die sie zur Ausübung ihrer Tätigkeit benötigt. Der Kontrollversammlung ist vor der Beschlußfassung über den Jahresvoranschlag Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(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) Auf Begehren des Vorstandes hat die Kontrollversammlung ihre Anträge samt deren Begründung dem Vorstand auch schriftlich ausgefertigt zu übergeben. Die Kontrollversammlung ist berechtigt, ihre Ausführungen binnen drei Tagen nach der durch den Vorstand erfolgten Beschlußfassung zu ergänzen. Handelt es sich um Beschlüsse des Vorstandes, die zu ihrem Vollzug der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen, so hat er dem Ansuchen um Erteilung dieser Genehmigung die Ausführungen der Kontrollversammlung beizuschließen.

(5) Die Kontrollversammlung kann mit Zweidrittelmehrheit die Einberufung einer außerordentlichen Generalversammlung beschließen. Der Obmann ist verpflichtet, einen solchen Beschluß der Kontrollversammlung ohne Verzug zu vollziehen.

(6) Beschließt die Generalversammlung ungeachtet eines Antrages der Kontrollversammlung auf Verfolgung von Ansprüchen gegen Mitglieder des Vorstandes von einer Verfolgung abzusehen, so hat die Kontrollversammlung hievon die Aufsichtsbehörde in Kenntnis zu setzen. Diese kann in einem solchen Falle auf Antrag der Kontrollversammlung deren Vorsitzenden beauftragen, die Verfolgung namens der Versicherungsanstalt einzuleiten.

**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;

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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;
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;
9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsübereinkommen nach den

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017.

(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 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) Die Sitzungen der Verwaltungskörper sind nichtöffentlich. Der leitende Angestellte und seine Stellvertreter sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper und ihrer Ausschüsse mit beratender Stimme teilzunehmen. Der Obmann kann die Teilnahme von Bediensteten der Versicherungsanstalt verfügen.

(2) Der ordnungsmäßig einberufene Verwaltungskörper ist bei Anwesenheit eines Vorsitzenden und von mindestens der Hälfte der Versicherungsvertreter beschlußfähig. Der Vorsitzende zählt hierbei auf die erforderliche Mindestzahl von anwesenden Versicherungsvertretern.

(3) In den Sitzungen der Verwaltungskörper hat auch der Vorsitzende Stimmrecht, bei Stimmgleichheit gibt seine Stimme den Ausschlag, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt.

(4) Verstoßen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers gegen eine Rechtsvorschrift oder in einer wichtigen Frage gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit der Gebarung der Versicherungsanstalt, so hat der Obmann oder

**Vorgeschlagene Fassung****Sitzungen**

§ 144. (1) Die Sitzungen der Verwaltungskörper sind nichtöffentlich. Der/die leitende Angestellte und sein/ihr Stellvertreter bzw. seine/ihre Stellvertreterin sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper mit beratender Stimme teilzunehmen. Der Obmann/die Obfrau kann die Teilnahme von Bediensteten der Versicherungsanstalt verfügen.

(2) Der ordnungsmäßig einberufene Verwaltungskörper ist bei Anwesenheit des/der Vorsitzenden und von mindestens der Hälfte der Versicherungsvertreter/innen beschlussfähig. Der/die Vorsitzende ist auf die erforderliche Mindestzahl von anwesenden Versicherungsvertreter/inne/n anzurechnen. Ein gültiger Beschluss bedarf – wenn gesetzlich nichts anderes bestimmt ist – der Zustimmung der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen.

(3) In den Sitzungen der Verwaltungskörper hat auch der/die Vorsitzende Stimmrecht, bei Stimmgleichheit gibt seine/ihre Stimme den Ausschlag, wenn dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt.

(4) Die im § 138 Abs. 2 Z 3 und 4 genannten Mitglieder nehmen an den Sitzungen der Hauptversammlung mit beratender Stimme teil.

(5) Verstoßen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers gegen eine Rechtsvorschrift oder in einer wichtigen Frage gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit der Gebarung der Versicherungsanstalt, so hat Sitzungender

**Geltende Fassung**

der Vorsitzende des **Verwaltungskörpers** ihre Durchführung vorläufig aufzuschieben und unter gleichzeitiger Angabe der Gründe für seine Vorgangsweise die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen.

**Teilnahme der Betriebsvertretung an den Sitzungen der Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt**

§ 149. (1) An den Sitzungen der **Generalversammlung, des Vorstandes** und der **Landesstellenausschüsse** und, insoweit Angelegenheiten zur Erörterung stehen, die **Belange der Bediensteten** berühren, auch an den Sitzungen der **Ausschüsse** (§ 145 Abs. 1) ist die **Betriebsvertretung der Versicherungsanstalt** mit zwei **Vertretern** mit beratender Stimme teilnahmeberechtigt.

(2) Das nach dem Arbeitsverfassungsgesetz, BGBl. Nr. 22/1974, in Betracht kommende Organ der **Betriebsvertretung** hat dem **Obmann** der **Versicherungsanstalt** die für die Teilnahme an den Sitzungen der **Verwaltungskörper** vorgesehenen **Vertreter** namhaft zu machen. Diese **Vertreter** sind von jeder Sitzung des **Verwaltungskörpers** ebenso in Kenntnis zu setzen wie die **Mitglieder** dieses **Verwaltungskörpers**; es sind ihnen auch die diesen zur Verfügung gestellten **Behelfe** (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere **Behelfe**) zu übermitteln.

**ABSCHNITT IIa****Beirat****Aufgaben des Beirates**

§ 149a. (1) Die **Versicherungsanstalt** hat zur **Wahrnehmung sozialversicherungsrechtlicher Anliegen der Versicherten** und der **Leistungsbezieher** (§ 149b) an ihrem Sitz einen **Beirat** zu errichten.

(2) Der **Beirat** hat **jährlich mindestens einmal zusammenzutreten**. Er ist vom **Vorsitzenden des Beirates einzuberufen**.

(3) Der **Beirat** kann unter **Bedachtnahme auf die Aufgaben der Versicherungsanstalt** 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**

**Vorgeschlagene Fassung**

**Obmann/die Obfrau** oder der/**die** **Vorsitzende des Landesstellenausschusses** ihre Durchführung vorläufig aufzuschieben und unter gleichzeitiger Angabe der Gründe für seine/**ihre** Vorgangsweise die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen.

**Teilnahme der Betriebsvertretung**

§ 145. (1) An den Sitzungen des **Verwaltungsrates, der Hauptversammlung** und der **Landesstellenausschüsse** ist die **Betriebsvertretung des Versicherungsträgers** mit zwei **Vertreter/inne/n** mit beratender Stimme teilnahmeberechtigt.

(2) Das nach dem Arbeitsverfassungsgesetz, BGBl. Nr. 22/1974, in Betracht kommende Organ der **Betriebsvertretung** hat dem **Obmann/der Obfrau** der **Versicherungsanstalt** die für die Teilnahme an den Sitzungen der **Verwaltungskörper** vorgesehenen **Vertreter/innen** namhaft zu machen. Diese **Vertreter/innen** sind von jeder Sitzung des **Verwaltungskörpers** ebenso in Kenntnis zu setzen wie die **Mitglieder** dieses **Verwaltungskörpers**; es sind ihnen auch die diesen zur Verfügung gestellten **Behelfe** (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere **Behelfe**) zu übermitteln.

**Geltende Fassung**

eines Beiratsmitgliedes nach § 149b Abs. 1 Z 1 oder 3 die absolute Stimmenmehrheit der in diesen Ziffern genannten Beiratsmitglieder.

(4) Das Nähere über die Sitzungen und die Beschlußfassung hat die vom Beirat zu beschließende Geschäftsordnung zu bestimmen. Für die Beschlußfassung der Geschäftsordnung und jede ihrer Änderungen gilt Abs. 3 zweiter Satz.

(5) Der Vorsitzende des Beirates und sein 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. die nach Abs. 3 beschlossenen Anträge und Stellungnahmen des Beirates im zuständigen Verwaltungskörper einzubringen.

(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 § 149b Abs. 1 Z 1 oder 3 angehören. Abs. 3 dritter Satz ist anzuwenden.

**Mitglieder des Beirates**

**§ 149b.** (1) Der bei der Versicherungsanstalt errichtete Beirat besteht aus Vertretern von

1. Beziehern eines Ruhe(Versorgungs)genusses bzw. einer Pension oder einer Rente, sofern sie auf Dauer aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind,
2. nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherten Dienstnehmern,
3. Beziehern einer Leistung nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach einer gleichartigen landesgesetzlichen Vorschrift, sofern sie die Voraussetzungen bezüglich der Altersgrenze für einen Ruhegenuß bzw. eine Leistung aus einem der Versicherungsfälle des Alters nicht erfüllen.

(2) Die Beiratsmitglieder müssen im Zeitpunkt ihrer Bestellung das 19. Lebensjahr vollendet und ihren Wohn- oder Beschäftigungs(Dienst)ort im Bundesgebiet haben und zu diesem Zeitpunkt der Versicherungsanstalt als Leistungsberechtigte oder als pflichtversicherte Dienstnehmer angehören. Beiratsmitglieder können auch Vorstandsmitglieder oder Bedienstete von gemäß § 149d Abs. 2 vorschlagsberechtigten Vereinen und deren Verbänden sein.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

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

(4) § 132 Abs. 5 Z 1 und 3 ist so anzuwenden, dass Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten sowie auf Sitzungsgeld besteht

1. für die Teilnahme an Sitzungen des Beirates nach § 149a Abs. 2 höchstens viermal im Kalenderjahr,
2. für die Teilnahme an Sitzungen der Generalversammlung, des Vorstandes und seiner Ausschüsse sowie der Landesstellenausschüsse.

**Pflichten der Beiratsmitglieder**

**§ 149c.** (1) Den Mitgliedern des Beirates obliegt es,

1. zum Zwecke der Information und Vertretung im kranken- und unfallversicherungsrechtlichen Bereich Verbindung zu möglichst vielen Mitgliedern jenes Personenkreises aufzunehmen, als dessen Vertreter sie bestellt worden sind, und
2. an den Sitzungen des Beirates teilzunehmen und dabei unter Bedachtnahme auf die Aufgaben der Versicherungsanstalt die kranken- und unfallversicherungsrechtlichen Interessen des von ihnen zu vertretenden Personenkreises durch die Anregung von und die Teilnahme an darauf abzielenden Erörterungen sowie die Einbringung entsprechender Anträge an den Beirat wahrzunehmen.

(2) § 136 erster und zweiter Satz ist anzuwenden.

**Bestellung der Beiratsmitglieder**

**§ 149d.** (1) Die Mitglieder des bei der Versicherungsanstalt errichteten Beirates werden über Vorschlag eines gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Vereins von der Generalversammlung der Versicherungsanstalt für die Amtsdauer der Verwaltungskörper (§ 137) bestellt. Für jedes Mitglied des Beirates ist gleichzeitig mit dessen Bestellung auf dieselbe Art ein Stellvertreter zu bestellen. Bei der Bestellung der Beiratsmitglieder ist für jede der im Beirat vertretenen Gruppen im Verhältnis der Zahl der den Vereinen angehörenden Mitgliedern nach dem System d'Hondt vorzugehen und nach Möglichkeit auf regionale, betriebliche oder wirtschaftliche Interessen der Gruppen Bedacht zu nehmen.

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

(2) Das Vorschlagsrecht steht Vereinen zu, die sich bei der Versicherungsanstalt angemeldet haben und der Generalversammlung glaubhaft machen, daß sie durch die Zahl ihrer Mitglieder und durch die Qualität ihrer Vereinstätigkeit die Interessen des von ihnen vertretenen Personenkreises wirksam vertreten können. Sofern sie diese Voraussetzungen erfüllen, stehen Vorschlagsrechte insbesondere folgenden Vereinen zu:

1. Hinsichtlich der Vertreter von Pensions(Renten)beziehern jenen Vereinen, zu deren Vereinszwecken die Wahrnehmung oder Förderung der Interessen von Pensions(Renten)beziehern gehört,
2. hinsichtlich der Vertreter von bei der Versicherungsanstalt pflichtversicherten Dienstnehmern jenen Vereinen, zu deren Vereinszwecken die Wahrnehmung oder Förderung der Interessen auch solcher Dienstnehmer gehört,
3. hinsichtlich der Vertreter der im § 149b Abs.1 Z 3 genannten Leistungsbezieher jenen Vereinen, die von ihrer Tätigkeit her dazu geeignet erscheinen, die Interessen dieses Personenkreises wahrzunehmen oder zumindest wirksam zu fördern.

(3) Die Bestimmungsvorschläge sind spätestens am Tag vor Beginn einer neuen Amtsdauer zugleich mit dem Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 bei der Versicherungsanstalt einzubringen.

(4) Scheidet ein Beiratsmitglied vor Ablauf der Amtsdauer der Verwaltungskörper aus seinem Amt, so hat der Vorstand der Versicherungsanstalt den vorschlagsberechtigten Verein davon unverzüglich zu verständigen und aufzufordern, binnen vier Wochen ein neues Mitglied vorzuschlagen, das abweichend von Abs. 1 vom Vorstand ehestmöglich zu bestellen ist.

**Enthebung von Beiratsmitgliedern (Stellvertretern)**

**§ 149e.** (1) Ein Mitglied des Beirates (Stellvertreter) ist von seinem Amt zu entheben:

1. wenn die im § 149b Abs. 2 genannten Bedingungen nicht mehr zutreffen;
2. wenn einer der im § 149b Abs. 3 bezeichneten Ausschließungsgründe nach der Bestellung eingetreten ist.

Überdies findet § 135 Abs. 1 Z 1 bis 4 Anwendung.

(2) Die Enthebung des Vorsitzenden des Beirates steht der Generalversammlung, die Enthebung der sonstigen Mitglieder (Stellvertreter) des

**Vorgeschlagene Fassung**

**Geltende Fassung**

Beirates dem Vorstand zu.

**Zusammensetzung des Beirates**

§ 149f. (1) Die Generalversammlung hat unter Berücksichtigung des sachlichen und örtlichen Wirkungskreises der Versicherungsanstalt die Zahl der Mitglieder des Beirates festzusetzen; sie muß durch sechs teilbar sein und darf 18 nicht übersteigen.

(2) Die Mitglieder des Beirates setzen sich zusammen zu

1. zwei Sechsteln aus Vertretern der im § 149b Abs. 1 Z 1 bezeichneten Gruppe,
2. drei Sechsteln aus Vertretern der im § 149b Abs. 1 Z 2 bezeichneten Gruppe,
3. einem Sechstel aus Vertretern der im § 149b Abs. 1 Z 3 bezeichneten Gruppe.

**Vorsitz im Beirat, Sitzungen**

§ 149g. (1) Den Vorsitz im Beirat hat der vom Beirat aus der Gruppe der im § 149b Abs. 1 Z 1 und 3 genannten Personen und für dessen Amtsdauer gewählte Vorsitzende zu führen. Für die Wahl ist die einfache Mehrheit sowohl aller Beiratsmitglieder als auch jener Gruppe der Beiratsmitglieder, welcher der zu Wählende angehört erforderlich. Gleichzeitig ist auf dieselbe Art ein Stellvertreter zu wählen. Der Vorsitzende hat unbeschadet des Abs. 2 zu den Sitzungen einzuberufen.

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

(3) Die Sitzungen des Beirates sind nichtöffentlich. Der ordnungsgemäß einberufene Beirat ist bei Anwesenheit des Vorsitzenden und von mindestens der Hälfte seiner Mitglieder beschlußfähig.

(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.

**Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung**

§ 150. ...

**Vorgeschlagene Fassung****Jahresvoranschlag und Gebarungsvorschaurechnung**

§ 150. ...

**Geltende Fassung**

(2) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Der der Gebarungsvorschau zu Grunde zu legende Planungszeitraum sind die dem jeweiligen Geschäftsjahr nächstfolgenden **zwei** Geschäftsjahre.

**Rechnungsabschluß und Nachweisungen**

§ 151. (1) Die Versicherungsanstalt hat für jedes Geschäftsjahr einen **Rechnungsabschluß**, der jedenfalls aus einer **Erfolgsrechnung** und einer **Schlußbilanz** zum Ende des Jahres bestehen **muß, sowie** einen Geschäftsbericht zu verfassen und dem Bundesministerium für **soziale Verwaltung** vorzulegen.

(2) Die Versicherungsanstalt hat statistische Nachweisungen zu verfassen.

(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) Die **Versicherungsanstalt** hat die von der **Generalversammlung** beschlossene Erfolgsrechnung binnen vier Monaten nach der **Beschlußfassung** im Internet zu verlautbaren.

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Der der Gebarungsvorschau zu Grunde zu legende Planungszeitraum sind die dem jeweiligen Geschäftsjahr nächstfolgenden **vier** Geschäftsjahre.

**Rechnungsabschluss und Nachweisungen**

§ 151. (1) Die Versicherungsanstalt hat für jedes Geschäftsjahr einen **Rechnungsabschluss**, der jedenfalls aus einer **Erfolgsrechnung** und einer **Schlussbilanz** zum Ende des Jahres bestehen **muss und durch einen beideten Wirtschaftsprüfer/eine beidete Wirtschaftsprüferin geprüft wurde, und einen Geschäftsbericht** zu verfassen und dem Bundesministerium für **Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz** vorzulegen.

(2) Die Versicherungsanstalt hat statistische Nachweisungen zu verfassen und dem Bundesministerium für **Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz** zur Verfügung zu stellen.

(3) Die **Versicherungsanstalt** hat die nach § 441f ASVG festgelegten Ziele **jährlich zu evaluieren.**

(4) Die Versicherungsanstalt hat über die in Abs. 1 bis 3 angeführten Inhalte **einen Jahresbericht zu erstellen.**

(5) Die **Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz** hat nach Anhörung des **Dachverbandes** und nach **Abstimmung** mit dem Bundesminister für **Finanzen** Weisungen für

1. die **Rechnungsführung inklusive Gebarungsvorschau, die Rechnungslegung sowie die Erstellung des Jahresvoranschlages und des Jahresberichtes (Abs. 1 und 4),**

2. die **statistischen Nachweisungen (Abs. 2) sowie**

3. die **Zielsteuerung nach § 441f ASVG und deren Evaluierung (Abs. 3) hinsichtlich deren Struktur und Prozesse**

zu erlassen. Bei der Erlassung der Weisungen ist darauf Bedacht zu nehmen, dass die **Rechnungsabschlüsse und die statistischen Nachweisungen auch für die Zwecke der Zielsteuerung herangezogen werden können.**

(6) Die Versicherungsanstalt hat den Jahresbericht auszugsweise im Internet zu veröffentlichen. Die **verpflichtend zu veröffentlichenden Teile des Jahresberichts sind in den Weisungen nach Abs. 4 festzulegen.** Die vom **Verwaltungsrat/von der Hauptversammlung** beschlossene Erfolgsrechnung **ist**

**Geltende Fassung****Schulden-, Vermögens- und Liquiditätsmanagement****§ 152.** (1) und (2) ...

(3) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Vermögensveranlagungen, die in den Abs. 1 und 2 nicht erwähnt sind, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit; handelt es sich um Angelegenheiten, die auch in den Wirkungsbereich des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz fallen, so bedürfen solche Beschlüsse der Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Dabei ist jeweils das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen herzustellen. Kriterien für die Genehmigung der beabsichtigten Vermögensveranlagung sind jedenfalls Anlagensicherheit, Liquidität und Ertragsangemessenheit. Gegenstand solcher Beschlüsse können sowohl konkrete Vermögensanlagen in einem einzelnen Fall als auch durch gemeinsame Gruppenmerkmale gekennzeichnete und voraussichtlich vorzunehmende Vermögensanlagen sein.

(4) ...

**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 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

**Vorgeschlagene Fassung**

jedenfalls binnen vier Monaten nach der Beschlussfassung im Internet zu verlautbaren.

**Gebarungsaufzeichnungen**

**§ 151a.** Die Versicherungsanstalt hat getrennte Aufzeichnungen über die Gebarung der in der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung der nach § 1 Abs. 1 Z 1 bis 24 sowie der nach § 1 Abs. 1 Z 25 bis 37 pflichtversicherten Personen zu führen. Die nach § 1 Abs. 1 Z 38 und Abs. 6 pflichtversicherten Personen sind dabei jeweils jener Personengruppe zuzurechnen, der sie als Dienstnehmer/innen angehören würden.

**Schulden-, Vermögens- und Liquiditätsmanagement****§ 152.** (1) und (2) ...

(3) Beschlüsse der Verwaltungskörper über Vermögensveranlagungen, die in den Abs. 1 und 2 nicht erwähnt sind, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung des Bundesministers/der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Kriterien für die Genehmigung der beabsichtigten Vermögensveranlagung sind jedenfalls Anlagensicherheit, Liquidität und Ertragsangemessenheit. 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.

(4) ...

**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 Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen. Das gleiche gilt für den Umbau von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist.

**Geltende Fassung**

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) bis (3) ....

**Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen**

**§ 153a.** Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen **gemäß** § 9 Abs. 3 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. Das Gleiche gilt für Beschlüsse der Verwaltungskörper über Finanzierungs- und Betreibermodelle im Sinne des § 27 Abs. 2.

**ABSCHNITT IV  
Aufsicht des Bundes****Aufsichtsbehörde**

**§ 154.** (1) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter samt ihren Anstalten und Einrichtungen unterliegt der Aufsicht des Bundes. Die Aufsicht ist **vom Bundesminister für soziale Verwaltung auszuüben. In Angelegenheiten, die auch in den Wirkungsbereich des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz fallen, ist von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen das Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen** und Konsumentenschutz **herzustellen.**

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales kann bestimmte Bedienstete **des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales oder des nach dem Sitz des jeweiligen Landesstellenausschusses in Betracht kommenden Amtes der Landesregierung** mit der Aufsicht über die Versicherungsanstalt betrauen. Der Bundesminister für Finanzen kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt einen Vertreter zur Wahrung der finanziellen Interessen des

**Vorgeschlagene Fassung**

(1a) Beschlüsse der Verwaltungskörper über den Abschluss von Bestandverträgen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für **Arbeit, Soziales,** Gesundheit und **Konsumentenschutz** im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

(2) bis (3) ....

**Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen**

**§ 153a.** Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen **nach** § 9 Abs. 3 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin für **Arbeit, Soziales,** Gesundheit und **Konsumentenschutz** im Einvernehmen mit dem **Bundesministerin** für Finanzen. Das Gleiche gilt für Beschlüsse der Verwaltungskörper über Finanzierungs- und Betreibermodelle im Sinne des § 27 Abs. 2.

**ABSCHNITT IV  
Aufsicht des Bundes****Aufsichtsbehörde**

**§ 154.** (1) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, **Eisenbahnen und Bergbau** samt ihren Anstalten und Einrichtungen unterliegt der Aufsicht des Bundes. Die Aufsicht ist von der Bundesministerin für **Arbeit, Soziales,** Gesundheit und **Konsumentenschutz auszuüben.**

(2) Die **Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit** und Konsumentenschutz kann bestimmte Bedienstete **ihres Bundesministeriums** mit der Aufsicht über die Versicherungsanstalt betrauen; **der** Bundesminister für Finanzen kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt einen Vertreter/**eine Vertreterin** zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes entsenden. Den mit der Ausübung der Aufsicht bzw. mit der Wahrung der

### Geltende Fassung

Bundes entsenden. Den mit der Ausübung der Aufsicht bzw. mit der Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes betrauten Bediensteten (deren Stellvertreter) sind Aufwandsentschädigungen zu gewähren, deren Höhe 60 vH der niedrigsten Funktionsgebühr (§ 132 Abs. 5) des Vorsitzenden (des Stellvertreters des Vorsitzenden) der Kontrollversammlung der Versicherungsanstalt entspricht. Bei mehrfacher Aufsichtstätigkeit gebührt nur eine, und zwar die jeweils höhere Aufwandsentschädigung.

(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 Gesundheit als Aufsichtsbehörde hat die Gebarung der Versicherungsanstalt zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Er kann seine Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erstrecken; er soll sich in diesen Fällen 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.

### Vorgeschlagene Fassung

Interessen des Bundes betrauten Bediensteten und ihren Stellvertreter/inne/n sind Aufwandsentschädigungen zu gewähren, deren Höhe 14 % bzw. für die Stellvertreter/innen 7 % des Gehaltes eines Abgeordneten zum Nationalrat entspricht und die monatlich auszuzahlen sind. Bei mehrfacher Aufsichtstätigkeit gebührt nur eine, und zwar die jeweils höhere Aufwandsentschädigung.

(3) Der Vertreter/die Vertreterin der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz kann gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen eine Rechtsvorschrift oder in wichtigen Fragen (§ 155 Abs. 2) gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verstoßen oder die die finanziellen Interessen des Bundes berühren, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vertreter/die Vertreterin des Bundesministers für Finanzen kann Einspruch mit aufschiebender Wirkung gegen Beschlüsse erheben, die die finanziellen Interessen des Bundes berühren oder in wichtigen Fragen (§ 155 Abs. 2) gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verstoßen. Der/die Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben wurde, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen. Bei einem Einspruch des Vertreters/der Vertreterin des Bundesministers für Finanzen hat die Aufsichtsbehörde die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu treffen.

### Aufgaben der Aufsicht

§ 155. (1) Die Aufsichtsbehörde hat die Gebarung der Versicherungsanstalt zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Sie kann ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erstrecken. Sie soll sich in diesen Fällen 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) Wichtige Fragen im Sinne des Abs. 1 sind insbesondere die Einhaltung der im Rahmen der Zielsteuerung nach § 441f abgestimmten Ziele, die Sicherstellung einer nachhaltig ausgeglichenen Gebarung sowie Beschlüsse, deren finanzielle Auswirkungen im Ausmaß von 10 Millionen Euro innerhalb

**Geltende Fassung**

(2) Dem Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde und dem Bundesminister für Finanzen sind auf Verlangen alle Bücher, Rechnungen, Belege, Urkunden, Wertpapiere, Schriften und sonstige Bestände vorzulegen und alle zur Ausübung des Aufsichtsrechtes erforderlichen Mitteilungen zu machen; alle Verlautbarungen sind den Bundesministern für soziale Verwaltung und für Finanzen unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Der Bundesminister für soziale Verwaltung kann die Satzung und Krankenordnung jederzeit überprüfen und Änderungen solcher Bestimmungen verlangen, die mit dem Gesetz in Widerspruch stehen oder dem Zwecke der Versicherung zuwiderlaufen. Wird diesem Verlangen nicht binnen drei Monaten entsprochen, so kann er die erforderlichen Verfügungen von Amts wegen treffen.

(3) Der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde kann verlangen, daß die Verwaltungskörper mit einer bestimmten Tagesordnung zu Sitzungen einberufen werden. Wird dem nicht entsprochen, so kann er die Sitzungen selbst anberaumen und die Verhandlungen leiten. Er kann zu allen Sitzungen Vertreter entsenden, denen beratende Stimme zukommt. Der Bundesminister für soziale Verwaltung, der mit der Aufsicht betraute Bedienstete der Aufsichtsbehörde und 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) Der Bundesminister für Arbeit 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 und Soziales als Aufsichtsbehörde hat eine solche amtliche Untersuchung anzuordnen, wenn der Bundesminister für Finanzen dies zur Wahrung der

**Vorgeschlagene Fassung**

eines Kalenderjahres oder mehrerer Kalenderjahre übersteigen. Auch alle Angelegenheiten nach § 432 Abs. 3 ASVG sind wichtige Fragen im Sinne des Abs. 1.

(3) Der Aufsichtsbehörde und dem Bundesminister für Finanzen 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 und dem Bundesminister für Finanzen unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die Aufsichtsbehörde kann die Satzung und Krankenordnung jederzeit überprüfen und Änderungen solcher Bestimmungen verlangen, die mit dem Gesetz in Widerspruch stehen oder dem Zweck der Versicherung zuwiderlaufen. Wird diesem Verlangen nicht binnen drei Monaten entsprochen, so kann sie die erforderlichen Verfügungen von Amts wegen treffen.

(4) 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/innen entsenden, denen beratende Stimme zukommt. Die Aufsichtsbehörde, der/die mit der Aufsicht betraute Bedienstete der Aufsichtsbehörde und der Vertreter/die Vertreterin 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. Auf Verlangen des Vertreters/der Vertreterin der Aufsichtsbehörde oder des Vertreters/der Vertreterin des Bundesministers für Finanzen sind Punkte von der Tagesordnung abzusetzen; dieses Verlangen kann für ein und denselben Tagesordnungspunkt zwei Mal gestellt werden.

(5) Die Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Versicherungsanstalt amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei sie sich dabei der Mitwirkung des Dachverbandes sowie geeigneter Sachverständiger bedienen kann. Der Bundesminister für Finanzen ist berechtigt, an der amtlichen Untersuchung durch einen Vertreter/eine Vertreterin mitwirken. Die Aufsichtsbehörde hat eine solche amtliche Untersuchung anzuordnen, wenn der Bundesminister für Finanzen dies zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes verlangt.

**Geltende Fassung**

finanziellen Interessen des Bundes verlangt.

(5) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales als Aufsichtsbehörde hat unbeschadet der gesetzlichen Bestimmungen über die Zuständigkeit anderer Stellen und unbeschadet der Rechte Dritter bei Streit über Rechte und Pflichten der Verwaltungskörper und deren Mitglieder sowie über die Auslegung der Satzung zu entscheiden.

**Vorläufiger Verwalter**

§ 156. (1) Der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der im gleichen Verhältnis wie der aufgelöste Verwaltungskörper aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber bestehen soll; die Vorschriften der §§ 132 Abs. 2 bis 7 und 143 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 133 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) Die Bestimmungen des Abs.1 über die Auflösung eines Verwaltungskörpers und die Übertragung der vorläufigen Geschäftsführung und Vertretung auf einen vorläufigen Verwalter sind entsprechend anzuwenden, solange und soweit ein Verwaltungskörper die ihm obliegenden Geschäfte nicht ausführt.

(3) Die Verfügungen des vorläufigen Verwalters, die über den Rahmen laufender Geschäftsführung hinausgehen, wie insbesondere derartige Verfügungen über die dauernde Anlage von Vermögensbeständen im Werte von mehr als 14 534,57 €, über den Abschluß von Verträgen, die die Versicherungsanstalt für länger als sechs Monate verpflichten, und über den Abschluß, die Änderung oder Auflösung von Dienstverträgen mit einer Kündigungsfrist von mehr als drei Monaten oder von unkündbaren Dienstverträgen bedürfen der Genehmigung durch den Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde.

**Vorgeschlagene Fassung**

(6) Die Aufsichtsbehörde hat vorbehaltlich der gesetzlichen Bestimmungen über die Zuständigkeit anderer Stellen und unbeschadet der Rechte Dritter bei Streit über Rechte und Pflichten der Verwaltungskörper und deren Mitglieder sowie über die Auslegung der Satzung zu entscheiden.

**Vorläufige Geschäftsführung und Vertretung**

§ 156. (1) Die Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer Acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter/einer vorläufigen Verwalterin zu übertragen. Diesem/dieser ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der im gleichen Verhältnis wie der aufgelöste Verwaltungskörper aus Vertreter/innen der Dienstnehmer/innen und der Dienstgeber/innen bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden. Die §§ 132 Abs. 2 bis 7 und 143 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter/die vorläufige Verwalterin hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner/ihrer Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach § 133 zu treffen. Ihm/ihr obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) Die Bestimmungen des Abs.1 über die Auflösung eines Verwaltungskörpers und die Übertragung der vorläufigen Geschäftsführung und Vertretung auf einen vorläufigen Verwalter/eine vorläufige Verwalterin sind entsprechend anzuwenden, solange und soweit ein Verwaltungskörper die ihm obliegenden Geschäfte nicht ausführt.

(3) Verfügungen des vorläufigen Verwalters/der vorläufigen Verwalterin, die über den Rahmen laufender Geschäftsführung hinausgehen, wie insbesondere derartige Verfügungen über die dauernde Anlage von Vermögensbeständen im Wert von mehr als 14 534,57 €, über den Abschluss von Verträgen, die die Versicherungsanstalt für länger als sechs Monate verpflichten, und über den Abschluss, die Änderung oder Auflösung von Dienstverträgen mit einer Kündigungsfrist von mehr als drei Monaten oder von unkündbaren Dienstverträgen bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

**Geltende Fassung****Kosten der Aufsicht**

§ 157. Die Kosten der vom Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde angeordneten Maßnahmen belasten die Versicherungsanstalt. Zur Deckung der durch die Aufsicht erwachsenden sonstigen Kosten hat die Versicherungsanstalt 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 unter Bedachtnahme auf den Versichertenstand nach Anhörung der Versicherungsanstalt zu bestimmen.

**Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht**

§ 157a. Gegen Bescheide der Aufsichtsbehörde und wegen Verletzung ihrer Entscheidungspflicht kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.

**Satzung, Krankenordnung und Geschäftsordnungen**

§ 158. Hinsichtlich der Satzung, Krankenordnung und Geschäftsordnungen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter gelten die Bestimmungen des Abschnittes VII des Achten Teiles des ASVG mit der Maßgabe, dass für die Genehmigung der Satzung und jede ihrer Änderungen die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zuständig ist, die das Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz herzustellen hat.

**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.

**Vorgeschlagene Fassung****Kosten der Aufsicht**

§ 157. Die Kosten der von der Aufsichtsbehörde angeordneten Maßnahmen belasten den Versicherungsträger. Zur Deckung der durch die Aufsicht erwachsenden sonstigen Kosten hat die Versicherungsanstalt durch Entrichtung einer Aufsichtsgebühr beizutragen. Deren Höhe hat die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz unter Bedachtnahme auf den Versichertenstand nach Anhörung der Versicherungsanstalt zu bestimmen.

**Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht**

§ 157a. Gegen Bescheide der Aufsichtsbehörde und wegen Verletzung ihrer Entscheidungspflicht kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.

**Satzung, Krankenordnung und Geschäftsordnungen**

§ 158. Hinsichtlich der Satzung, Krankenordnung und Geschäftsordnungen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau gelten die Bestimmungen des Abschnittes VII des Achten Teiles des ASVG.

**Bedienstete**

§ 159. Hinsichtlich der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau 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/die leitende Angestellte zwei Stellvertreter/innen und für den leitenden Arzt/die leitende Ärztin ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin bestellt werden dürfen.

**Geltende Fassung**

§ 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.

**Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes hinsichtlich des Bezuges ausländischer Renten (§ 22b)**

§ 159e. (1) und (2) ...

(3) Das Verfahren der Übermittlung sowie der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung der in Abs. 1 genannten Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz nach Maßgabe der technisch-organisatorischen Möglichkeiten festzulegen. Die Datenübermittlungen sind vollständig in elektronischer Form im Wege des Hauptverbandes vorzunehmen.

**Vorgeschlagene Fassung**

§ 159b. Die Versicherungsnummer nach § 30c Abs. 1 Z 1 ASVG sowie die bei den Sozialversicherungsträgern (beim Dachverband der Sozialversicherungsträger) verwendeten personenbezogenen Ordnungsbegriffe (wie beispielsweise Dienstgeberkontonummer und Vertragspartnernummer) können in der elektronischen Datenverarbeitung für Zwecke der Sozialversicherung und des Arbeitsmarktservice verwendet werden.

**Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes hinsichtlich des Bezuges ausländischer Renten (§ 22b)**

§ 159e. (1) und (2) ...

(3) Das Verfahren der Übermittlung sowie der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung der in Abs. 1 genannten Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz nach Maßgabe der technisch-organisatorischen Möglichkeiten festzulegen. Die Datenübermittlungen sind vollständig in elektronischer Form im Wege des Dachverbandes vorzunehmen.

**5. UNTERABSCHNITT****Zusammenführung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau****Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – Errichtung**

§ 168a. (1) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau werden ab 1. April 2019 mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2020 zur Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau zusammengeführt. Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau ist Versicherungsträger im Sinne des § 10.

(2) Alle Rechte und Verbindlichkeiten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau gehen mit 1. Jänner 2020 auf die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau über. Sie ist ab 1. Jänner 2020 zur Durchführung der Verwaltungs- und Leistungssachen zuständig, die nach den am 31. Dezember

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

2019 geltenden Vorschriften von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu besorgen sind. Der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau obliegt die Erstellung der Rechnungsabschlüsse, der Geschäftsberichte (§ 151 Abs. 1) und der statistischen Nachweisungen (§ 151 Abs. 2) für das Jahr 2019 für die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau.

(3) Personen, die am 31. Dezember 2019 in einem Dienstverhältnis zur Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter oder zur Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau stehen, sind ab 1. Jänner 2020 Bedienstete der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau.

**Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau –  
Versicherungsvertreter/innen und Konstituierung der Verwaltungskörper**

**§ 168b.** (1) Die Versicherungsvertreter/innen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau sind erstmals bis 31. März 2019 nach den Bestimmungen der §§ 132 ff. in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 in die Hauptversammlung und die Landesstellenausschüsse zu entsenden, wobei die Entsendung mit 1. Jänner 2020 wirksam wird.

(2) Die Mitglieder des Überleitungsausschusses (§ 168c) sind ab 1. Jänner 2020 die Mitglieder des Verwaltungsrates der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau. Der/Die Vorsitzende des Überleitungsausschusses und der/die Stellvertreter/in des/der Vorsitzenden übernehmen ab 1. Jänner 2020 die Funktion des/der Obmannes/Obfrau und des/der Stellvertreters/Stellvertreterin.

(3) Die Hauptversammlung (§ 130 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018) und die Landesstellenausschüsse (§ 130 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018) sind vom Verwaltungsrat nach dessen erstmaligem Zusammentreten einzuberufen. Hinsichtlich der Angelobung der Versicherungsvertreter/innen gilt § 140 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018.

(4) Die Amtsdauer nach § 137 beginnt für alle Verwaltungskörper mit 1. Jänner 2020.

**Überleitungsausschuss – Errichtung**

**§ 168c.** (1) Für den Zeitraum 1. April 2019 bis 31. Dezember 2019 wird ein

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Überleitungsausschuss nach den für den Verwaltungsrat maßgeblichen Bestimmungen der §§ 132 ff. in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 gebildet. Die Mitglieder des Überleitungsausschusses dürfen keinem Verwaltungskörper eines anderen Versicherungsträgers oder des Hauptverbandes angehören. Die §§ 154 und 155 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 sind hinsichtlich des Überleitungsausschusses sinngemäß anzuwenden. Kommt ein gültiger Beschluss (Abs. 3) des Überleitungsausschusses nicht zustande, so kann der/die Vorsitzende, wenn wichtige Interessen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau gefährdet scheinen, die Angelegenheit der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur Entscheidung vorlegen. Sind finanzielle Interessen des Bundes berührt, so ist das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen herzustellen.

(2) Im Fall der Verhinderung der im Abs. 1 genannten Versicherungsvertreter/innen kann eine Übertragung des Stimmrechtes nach § xx in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 erfolgen. Im Übrigen finden für die Mitglieder des Überleitungsausschusses die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Versicherungsvertreter/innen in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 sinngemäß Anwendung.

(3) Die Mitglieder des Überleitungsausschusses sind erstmals von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur konstituierenden Sitzung so einzuladen, dass der Überleitungsausschuss ab 1. April 2019 seine Aufgaben und Obliegenheiten nach § 168d wahrnehmen kann. Mit seinem ersten Zusammentreten ist der Überleitungsausschuss konstituiert. In der konstituierenden Sitzung wählen die Mitglieder des Ausschusses aus ihrer Mitte eine/n Vorsitzende/n und eine/n Stellvertreter/in; das an Lebensjahren älteste Mitglied führt hierbei den Vorsitz. Der/Die Vorsitzende hat der Gruppe der Dienstnehmer/innen anzugehören; der/die Stellvertreter/in hat der Gruppe der Dienstgeber/innen anzugehören. Der Ausschuss ist bei Anwesenheit der Hälfte der Mitglieder beschlussfähig. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit, sofern im § 141 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzblattes BGBl. I Nr. xx/2018 nichts anderes bestimmt ist. Der Ausschuss wird vom Vorsitzenden/von der Vorsitzenden, bei dessen/deren Verhinderung vom seinem/ihrem Stellvertreter/seiner/ihrer Stellvertreterin einberufen. Der Überleitungsausschuss hat sich zur zweckmäßigen Erfüllung seiner Aufgaben auf Basis der von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales,

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Gesundheit und Konsumentenschutz zu erlassenden Mustergeschäftsordnung eine Geschäftsordnung zu geben.

(4) Die Organisation der Bürogeschäfte des Überleitungsausschusses obliegt bis zur Bestellung des leitenden Angestellten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (§ 168d Abs. 4) dem/der leitenden Angestellten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, der/die von dem/der leitenden Angestellten der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu unterstützen ist. Mit Bestellung des/der leitenden Angestellten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau geht diese Aufgabe auf diese/n über, wobei er/sie von den leitenden Angestellten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu unterstützen ist.

(5) Der zur Ausführung der Tätigkeit des Überleitungsausschusses erforderliche Aufwand ist anteilmäßig im Verhältnis der Anspruchsberechtigten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zum Stichtag 1. Jänner 2018 zu tragen. Zur Ermittlung der jeweiligen Anteile ist der Aufwand beim Hauptverband in einem eigenen Rechenkreis darzustellen.

**Überleitungsausschuss – Aufgaben**

**§ 168d.** (1) Folgende Beschlüsse aus dem Wirkungsbereich der Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau sind, unbeschadet der aufsichtsbehördlichen Genehmigungsrechte (§§ 154, 155), allein durch den Überleitungsausschuss zu fassen:

1. Beschlüsse betreffend EDV und Informatik, mit welchen die Verfügungen über einen 100 000 Euro übersteigenden Betrag getroffen werden;
2. sämtliche Beschlüsse betreffend
  - a. Leiter/innen des gehobenen und des höheren Dienstes sowie Angestellte des bereichsleitenden und des leitenden Dienstes nach der DO. A, soweit diese im Verwaltungsdienst tätig sind,
  - b. Ärzte und Ärztinnen, die nach § 37 Z 1 und 2 DO. B eingereiht sind,
  - c. Höherreihungen außerhalb der am 30. Juni 2018 gültigen Dienstpostenpläne und

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung****d. Personalaufnahmen im Verwaltungsbereich.**

(2) Der Überleitungsausschuss kann sämtliche Beschlüsse, für deren Wirksamkeit die Zustimmung der Kontrollversammlung erforderlich ist, vor Beschlussfassung im Vorstand der jeweiligen Gebietskrankenkasse an sich ziehen und über diese Angelegenheiten selbst entscheiden. Darüber hinaus kann er auch sämtliche Entscheidungen, die in den Aufgabenbereich des Vorstandes (§ 145) der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau fallen und die sich auf die Zusammenführung der Versicherungsträger auswirken jederzeit an sich ziehen. Im Übrigen haben die Vorstände der zusammenzuführenden Versicherungsträger die ihnen nach diesem Bundesgesetz zukommenden Aufgaben und Obliegenheiten bis 31. Dezember 2019 zu erfüllen.

(3) Der Überleitungsausschuss hat unter sinngemäßer Anwendung des § 150 für das Jahr 2020 eine konsolidierte Gebarungsvorschaurechnung zu erstellen sowie längstens bis 31. Dezember 2019 einen Jahresvoranschlag zu beschließen.

(3a) Der Überleitungsausschuss hat die für die Zusammenführung der Versicherungsanstalten erforderlichen vorbereitenden Handlungen zu setzen.

(4) Der Überleitungsausschuss hat für die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau mit Wirkung ab 1. Juli 2019 den/die leitende/n Angestellte/n und dessen/deren beide ständige Stellvertreter/innen sowie den leitenden Arzt/die leitende Ärztin und dessen/deren ständige/n Stellvertreter/in für jeweils 5 Jahre (§ 159) zu bestellen; hinsichtlich der Bestellung dieser Personen nach dem 31. Dezember 2019 sind die nach diesem Bundesgesetz zuständigen Verwaltungskörper berufen.

(5) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau haben dem Überleitungsausschuss auf sein Verlangen sämtliche zur Erfüllung der diesem nach diesem Bundesgesetz übertragenen Aufgaben erforderlichen Mitteilungen zu machen. Der Ausschuss kann die notwendigen Erhebungen durch eines oder mehrere seiner Mitglieder auch unmittelbar bei den einzelnen Versicherungsträgern durchführen.

(6) Der Überleitungsausschuss kann zu allen Sitzungen der Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Vertreter/innen entsenden,

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

denen beratende Funktion zukommt. Er ist von jeder Sitzung der Verwaltungskörper ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieser Verwaltungskörper; es sind ihm auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Sitzungsprotokolle, Tagesordnungen, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

**Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018****§ 255. (1) Es treten in Kraft:**

1. mit 1. Jänner 2019 der 5. Unterabschnitt des Abschnittes I des Fünften Teiles samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018;
2. mit 1. Jänner 2020 die §§ 1 Abs. 1 Z 5, 6, 20, 22 und 24 bis 38, 1 Abs. 2 Z 1 und 5, 1 Abs. 4a und 6, 2 Abs. 1 Z 2, 4 und 5, 2 Abs. 3, 3 Z 3, 5 Abs. 1 Z 1, 3, 8 und 9, 6 Abs. 1 Z 1, 2, 7 und 8, die Überschrift zu § 7a, die §§ 7a Abs. 2 Z 1, 7b samt Überschrift, die Überschrift zu § 9, die §§ 9 Abs. 1 und 2, 10 Abs. 1, 11 samt Überschrift, 12 Abs. 4, 13 Abs. 1 Z 2a, 4 und 6, 14 Abs. 1, 17 Abs. 4, 19 Abs. 1 Z 2 und 7, 19 Abs. 6, 20 Abs. 1 bis 1d, 20 Abs. 2a, 20b Abs. 4, 22 Abs. 1 bis 1d, 22b Abs. 1, 22c samt Überschrift, 23 Abs. 1, 24b Abs. 1, 3 und 4, 25 Abs. 1 und 2, 26 Abs. 1 Z 4, 26a Abs. 1, 26d samt Überschrift, 26e samt Überschrift, 27a samt Überschrift, 27c samt Überschrift, 28 Abs. 2 und 4, die Überschrift zu Abschnitt VI des Ersten Teiles, die §§ 30a samt Überschrift, 30b, 55a Abs. 3, 61a Abs. 1, 63 Abs. 4a, 64 Abs. 5 und 6, 65a Abs. 5, 70a Abs. 4, 74 Abs. 2, die Überschrift zum 3. Unterabschnitt des Abschnittes II des Zweiten Teiles, die §§ 84 Abs. 1, 4 und 5, 85a samt Überschrift, 86 samt Überschrift, 93a samt Überschrift, der 3. Unterabschnitt des Abschnittes III des Zweiten Teiles samt Überschrift, § 119, 127a samt Überschrift, 128 Z 2, 3 und 4, der Abschnitt I und II des Vierten Teiles samt Überschriften, die §§ 150 Abs. 2, 151 samt Überschrift, 151a samt Überschrift, 152 Abs. 3, 153 Abs. 1 und 1a, 153a, der Abschnitt IV des Vierten Teiles samt Überschrift, die §§ 158, 159, 159b sowie 159e Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018.

(1a) Die §§ 2 Abs. 1 Z 1, 3 Z 1 sowie der Abschnitt IIa des Vierten Teiles samt Überschrift treten mit Ablauf des 31. Dezember 2019 außer Kraft.

(1b) Für die Erstattung von Beiträgen, die vor dem 1. Jänner 2019 entrichtet wurden, ist weiterhin § 24b in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

anzuwenden; dies gilt nicht, soweit diese Beiträge zusammen mit Beiträgen, die ab 1. Jänner 2019 entrichtet wurden, für ein bestimmtes Kalenderjahr entrichtet wurden.

(2) Die zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden Gesamtverträge der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit der Österreichischen Ärztekammer sowie die zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden Verträge dieser Versicherungsträger mit den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen und anderen Vertragspartner/Vertragspartnerinnen zur Erbringung der Leistungen der Krankenversicherung gelten als Verträge im Sinne des § 128 bzw. der §§ 338 ff. ASVG jeweils für die bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter bzw. der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau versicherten Personen weiter.

(3) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau hat bis längstens 31. Dezember 2020 eine Satzung und eine Krankenordnung zu erlassen, die an die Stelle der von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau erlassenen Satzungen bzw. Krankenordnungen treten. Bis zur Erlassung dieser Satzung (Krankenordnung) gelten die Satzungen (Krankenordnungen) der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter bzw. der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau weiter.

(4) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau ist ab 1. Jänner 2020 für das Leistungsrecht der nach § 1 Z 31 und 32 in der Unfallversicherung Versicherten zuständig und übernimmt ab diesem Zeitpunkt den einschlägigen Rentenstock von der bislang zuständigen Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt. Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt sind zwecks Zusammenführung beziehungsweise Überführung der Unfallversicherung zur wechselseitigen Verarbeitung von Versicherten- und Vertragspartnerstammdaten und der leistungs-, beitrags- und versicherungsrechtlichen Daten im Sinne des Art. 4 Z 2 DSGVO im automationsunterstützten Datenverkehr ermächtigt und verpflichtet.

(4a) Zum 1. Jänner 2020 noch nicht rechtskräftig abgeschlossene Verfahren aus Anlass eines vermeintlichen Arbeitsunfalles oder einer vermeintlichen Berufskrankheit eines nunmehr nach § 1 Z 31 und 32 in der Unfallversicherung

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Versicherten fallen mit 1. Jänner 2020 ausnahmslos in die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau.

(5) Ziel ist es, das Beitrags- und Leistungsrecht innerhalb der Versicherungsanstalt zu vereinheitlichen. Die Versicherungsanstalt hat der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen halbjährlich, beginnend ab 30. Juni 2020, über den Fortgang der Beitrags- und Leistungsvereinheitlichung zu berichten.

(6) Für den Zeitraum vom 1. April 2019 bis 31. Dezember 2024 ist in den Überleitungsausschuss bzw. den Verwaltungsrat ein zusätzlicher Versicherungsvertreter/eine zusätzliche Versicherungsvertreterin aus der Gruppe der Dienstnehmer durch die Verkehrs- und Dienstleistungsgewerkschaft mit beratender Stimme zu entsenden. Diese/r Versicherungsvertreter/in ist zugleich Mitglied der Hauptversammlung.

(7) In folgenden Angelegenheiten ist bis zum 31. Dezember 2024 die Zustimmung des von der Verkehrs- und Dienstleistungsgewerkschaft entsandten stimmberechtigten Mitgliedes erforderlich:

1. Abschluss von Gesamtverträgen im Sinne des Sechsten Teiles des ASVG;
2. Beschlussfassung über Satzung und Krankenordnung;
3. Erlassung von Richtlinien zur Verwendung der Mittel des Unterstützungsfonds;
4. Beschlussfassung betreffend die von der ehemaligen Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau gegründeten oder errichteten eigenen Einrichtungen oder Beteiligungen an juristischen und/oder natürlichen Personen.

Hinsichtlich der Z 1 bis 3 gilt dies nur insofern, als Personen aus dem Kreis der ehemaligen Versicherten der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau betroffen sind.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung****Artikel 6****Änderung des Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetzes****Anwendung von Bestimmungen des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes und des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes**

§ 3. (1) Auf die Pensionsversicherung der nach § 2 pflichtversicherten Personen sind, mit Ausnahme des § 5 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 560/1978, und soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, die für Personen gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 bis 3 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes maßgeblichen Vorschriften dieses Bundesgesetzes anzuwenden.

(2) ...

**Gebahrungsaufzeichnungen**

§ 15. Unbeschadet der Bestimmungen des § 216 Abs. 2 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes hat die Sozialversicherungsanstalt der **gewerblichen Wirtschaft** getrennte Aufzeichnungen über die Gebahrung der in der Krankenversicherung und Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherten Personen für jede der im § 2 bezeichneten Gruppen zu führen.

**Erstmalige Meldungen**

§ 17. (1) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in die Pflichtversicherung einbezogen werden, haben sich innerhalb von sechs Monaten nach ihrer Einbeziehung bei der Sozialversicherungsanstalt der **gewerblichen Wirtschaft** anzumelden und den für die Feststellung der Beitragsgrundlage maßgebenden rechtskräftigen Einkommensteuerbescheid vorzulegen.

(2) ...

**Nachträglicher Einkauf von Versicherungszeiten**

§ 20. (1) und (2) ...

(3) Der Antrag ist längstens innerhalb von zwei Jahren nach dem Zeitpunkt

**Anwendung von Bestimmungen des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes und des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes**

§ 3. (1) Auf die Pensionsversicherung der nach § 2 pflichtversicherten Personen sind, mit Ausnahme des § 5 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 560/1978, und soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, die für Personen gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 bis 3 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes maßgeblichen Vorschriften dieses Bundesgesetzes **und des Bundesgesetzes über die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVSG), BGBl. I Nr. xx/2018,** anzuwenden.

(2) ...

**Gebahrungsaufzeichnungen**

§ 15. Unbeschadet der Bestimmungen des § 216 Abs. 2 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes hat die Sozialversicherungsanstalt der **Selbständigen** getrennte Aufzeichnungen über die Gebahrung der in der Krankenversicherung und Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherten Personen für jede der im § 2 bezeichneten Gruppen zu führen.

**Erstmalige Meldungen**

§ 17. (1) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in die Pflichtversicherung einbezogen werden, haben sich innerhalb von sechs Monaten nach ihrer Einbeziehung bei der Sozialversicherungsanstalt der **Selbständigen** anzumelden und den für die Feststellung der Beitragsgrundlage maßgebenden rechtskräftigen Einkommensteuerbescheid vorzulegen.

(2) ...

**Nachträglicher Einkauf von Versicherungszeiten**

§ 20. (1) und (2) ...

(3) Der Antrag ist längstens innerhalb von zwei Jahren nach dem Zeitpunkt

**Geltende Fassung**

der Einbeziehung bei der Sozialversicherungsanstalt der **gewerblichen Wirtschaft** einzubringen, die auch zur Durchführung des Einkaufes zuständig ist.

(4) bis (12) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

der Einbeziehung bei der Sozialversicherungsanstalt der **Selbständigen** einzubringen, die auch zur Durchführung des Einkaufes zuständig ist.

(4) bis (12) ...

**Schlussbestimmung zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018**

**§ 35.** Die §§ 3 Abs. 1, 15, 17 Abs. 1 und 20 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

**Artikel 7****Änderung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes****Begriffsbestimmungen**

- § 1.** (1) In diesem Bundesgesetz bedeuten die Ausdrücke
1. bis 7. ...
  8. „**Hauptverband**“  
der **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger;
  9. und 10. ...
- (2) ...

**Verbindungsstelle**

**§ 4.** (1) Der **Hauptverband** ist Verbindungsstelle für die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung, soweit sie von den zum **Hauptverband** zusammengefassten Sozialversicherungsträgern durchgeführt wird. Er hat in dieser Funktion alle Rechte und Pflichten, die sich aus den Sozialversicherungsgesetzen gegenüber diesen Sozialversicherungsträgern ergeben.

(2) Der **Hauptverband** ist auch Verbindungsstelle für die nicht unter Abs. 1 fallenden Systeme der sozialen Sicherheit, sofern sie von Art. 3 Abs. 1 lit. a bis g der Verordnung erfasst werden und durch Bundesgesetz eingerichtet sind. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden.

(3) Ob und inwieweit der **Hauptverband** für landesgesetzlich eingerichtete Rechtsträger von Systemen der sozialen Sicherheit, die von Art. 3 Abs. 1 lit. a bis g der Verordnung erfasst werden, als Verbindungsstelle tätig ist, richtet sich nach

**Begriffsbestimmungen**

- § 1.** (1) In diesem Bundesgesetz bedeuten die Ausdrücke
1. bis 7. ...
  8. „**Dachverband**“  
der **Dachverband** der Sozialversicherungsträger;
  9. und 10. ...
- (2) ...

**Verbindungsstelle**

**§ 4.** (1) Der **Dachverband** ist Verbindungsstelle für die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung, soweit sie von den zum **Dachverband** zusammengefassten Sozialversicherungsträgern durchgeführt wird. Er hat in dieser Funktion alle Rechte und Pflichten, die sich aus den Sozialversicherungsgesetzen gegenüber diesen Sozialversicherungsträgern ergeben.

(2) Der **Dachverband** ist auch Verbindungsstelle für die nicht unter Abs. 1 fallenden Systeme der sozialen Sicherheit, sofern sie von Art. 3 Abs. 1 lit. a bis g der Verordnung erfasst werden und durch Bundesgesetz eingerichtet sind. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden.

(3) Ob und inwieweit der **Dachverband** für landesgesetzlich eingerichtete Rechtsträger von Systemen der sozialen Sicherheit, die von Art. 3 Abs. 1 lit. a bis g der Verordnung erfasst werden, als Verbindungsstelle tätig ist, richtet sich nach

**Geltende Fassung**

landesgesetzlichen Bestimmungen.

(4) Der **Hauptverband** ist auch Verbindungsstelle für privatrechtlich eingerichtete Rechtsträger von Systemen der sozialen Sicherheit, die von Art. 3 Abs. 1 lit. a bis g der Verordnung erfasst werden. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden.

(5) Der **Hauptverband** kann im Rahmen seiner Funktion als Verbindungsstelle ergänzende Vereinbarungen nach Art. 9 der Durchführungsverordnung schließen, verändern oder beenden. Er besorgt diese Aufgabe, soweit Angelegenheiten der Abs. 2 bis 4 betroffen sind, im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden.

(6) Der **Hauptverband** hat seine Organisation als Verbindungsstelle nach dem E-Government-Gesetz, BGBl. I Nr. 10/2004, sowie im Rahmen der Bestimmungen über das Bürgerservice- bzw. Unternehmensserviceportal des Bundes nach dem Unternehmensserviceportalgesetz, BGBl. I Nr. 52/2009, so aufzubauen und zu führen, dass unterschiedliche Anforderungen oder Weisungen nach den Abs. 2 bis 5 seine Tätigkeit für die hievon nicht betroffenen Institutionen nicht beeinträchtigen. Er ist im Rahmen seiner Tätigkeit als Verbindungsstelle Dienstleister nach § 4 Z 5 des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, für die jeweils sachlich zuständigen Träger und nicht berechtigt, die ihm im Sinne von § 4 Z 11 DSG 2000 überlassenen Daten inhaltlich zu verändern oder Entscheidungen über Ansprüche zu treffen. Er hat Geldbeträge und andere Mittel, die ihm im Rahmen seiner Tätigkeit nach den Abs. 2 bis 5 zur Verrechnung mit anderen Trägern zukommen, getrennt vom sonstigen Vermögen zu verwalten und den jeweils berechtigten Stellen auf deren Anforderung jährlich Rechnung zu legen.

(7) Die Abs. 1 bis 6 gelten auch für die Tätigkeiten bzw. Rechte und Pflichten des **Hauptverbandes** auf der Grundlage von Abkommen.

**Zugangsstelle**

§ 5. (1) Der **Hauptverband** betreibt für die zu ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger die Zugangsstelle zum Zweck des elektronischen Datenaustausches nach Art. 78 der Verordnung und den Art. 2 bis 4 der Durchführungsverordnung.

**Vorgeschlagene Fassung**

landesgesetzlichen Bestimmungen.

(4) Der **Dachverband** ist auch Verbindungsstelle für privatrechtlich eingerichtete Rechtsträger von Systemen der sozialen Sicherheit, die von Art. 3 Abs. 1 lit. a bis g der Verordnung erfasst werden. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden.

(5) Der **Dachverband** kann im Rahmen seiner Funktion als Verbindungsstelle ergänzende Vereinbarungen nach Art. 9 der Durchführungsverordnung schließen, verändern oder beenden. Er besorgt diese Aufgabe, soweit Angelegenheiten der Abs. 2 bis 4 betroffen sind, im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden.

(6) Der **Dachverband** hat seine Organisation als Verbindungsstelle nach dem E-Government-Gesetz, BGBl. I Nr. 10/2004, sowie im Rahmen der Bestimmungen über das Bürgerservice- bzw. Unternehmensserviceportal des Bundes nach dem Unternehmensserviceportalgesetz, BGBl. I Nr. 52/2009, so aufzubauen und zu führen, dass unterschiedliche Anforderungen oder Weisungen nach den Abs. 2 bis 5 seine Tätigkeit für die hievon nicht betroffenen Institutionen nicht beeinträchtigen. Er ist im Rahmen seiner Tätigkeit als Verbindungsstelle Dienstleister nach § 4 Z 5 des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, für die jeweils sachlich zuständigen Träger und nicht berechtigt, die ihm im Sinne von § 4 Z 11 DSG 2000 überlassenen Daten inhaltlich zu verändern oder Entscheidungen über Ansprüche zu treffen. Er hat Geldbeträge und andere Mittel, die ihm im Rahmen seiner Tätigkeit nach den Abs. 2 bis 5 zur Verrechnung mit anderen Trägern zukommen, getrennt vom sonstigen Vermögen zu verwalten und den jeweils berechtigten Stellen auf deren Anforderung jährlich Rechnung zu legen.

(7) Die Abs. 1 bis 6 gelten auch für die Tätigkeiten bzw. Rechte und Pflichten des **Dachverbandes** auf der Grundlage von Abkommen.

**Zugangsstelle**

§ 5. (1) Der **Dachverband** betreibt für die zu ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger die Zugangsstelle zum Zweck des elektronischen Datenaustausches nach Art. 78 der Verordnung und den Art. 2 bis 4 der Durchführungsverordnung.

**Geltende Fassung**

(2) Der **Hauptverband** betreibt auch für andere durch Bundesgesetz eingerichtete Rechtsträger die Zugangsstelle. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden.

(3) Ob und inwieweit der **Hauptverband** auch für landesgesetzlich eingerichtete Rechtsträger von Systemen der sozialen Sicherheit als Betreiber der Zugangsstelle tätig ist, richtet sich nach landesgesetzlichen Bestimmungen.

(4) Der **Hauptverband** betreibt auch für privatrechtlich eingerichtete Rechtsträger von Systemen der sozialen Sicherheit die Zugangsstelle. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden.

(5) Der **Hauptverband** ist als Betreiber der Zugangsstelle insbesondere zuständig für:

1. bis 5. ...

(6) ...

(7) Für den Vollziehungsbereich bundesgesetzlicher Bestimmungen über folgende Leistungen kann der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem/der jeweils sachlich zuständigen BundesministerIn durch Verordnung Koordinierungsstellen festlegen, über welche die Datenübermittlungen zu oder von der Zugangsstelle erfolgen, sofern andernfalls aufgrund der Unübersichtlichkeit der Struktur dieses Sektors die Gefahr von falschen Adressierungen der SEDs aus den anderen Mitgliedstaaten besteht und damit verbunden ein vermehrter Koordinierungsbedarf für den **Hauptverband** entstehen kann:

1. bis 5. ...

(8) ...

(9) Der **Hauptverband** hat die technischen Spezifikationen für die elektronische Datenübermittlung über die Zugangsstelle festzulegen und im Internet so zu veröffentlichen, dass Veränderungen auf Dauer nachvollziehbar bleiben und der jeweils aktuelle Stand einfach zu ermitteln ist. Wird er im übertragenen Wirkungsbereich tätig, so ist er bei der Festlegung technischer Spezifikationen an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden. Der **Hauptverband** hat seine Organisation als Zugangsstelle nach dem E-Government-Gesetz sowie im Rahmen der Bestimmungen über das

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Der **Dachverband** betreibt auch für andere durch Bundesgesetz eingerichtete Rechtsträger die Zugangsstelle. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden.

(3) Ob und inwieweit der **Dachverband** auch für landesgesetzlich eingerichtete Rechtsträger von Systemen der sozialen Sicherheit als Betreiber der Zugangsstelle tätig ist, richtet sich nach landesgesetzlichen Bestimmungen.

(4) Der **Dachverband** betreibt auch für privatrechtlich eingerichtete Rechtsträger von Systemen der sozialen Sicherheit die Zugangsstelle. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden.

(5) Der **Dachverband** ist als Betreiber der Zugangsstelle insbesondere zuständig für:

1. bis 5. ...

(6) ...

(7) Für den Vollziehungsbereich bundesgesetzlicher Bestimmungen über folgende Leistungen kann der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem/der jeweils sachlich zuständigen BundesministerIn durch Verordnung Koordinierungsstellen festlegen, über welche die Datenübermittlungen zu oder von der Zugangsstelle erfolgen, sofern andernfalls aufgrund der Unübersichtlichkeit der Struktur dieses Sektors die Gefahr von falschen Adressierungen der SEDs aus den anderen Mitgliedstaaten besteht und damit verbunden ein vermehrter Koordinierungsbedarf für den **Dachverband** entstehen kann:

1. bis 5. ...

(8) ...

(9) Der **Dachverband** hat die technischen Spezifikationen für die elektronische Datenübermittlung über die Zugangsstelle festzulegen und im Internet so zu veröffentlichen, dass Veränderungen auf Dauer nachvollziehbar bleiben und der jeweils aktuelle Stand einfach zu ermitteln ist. Wird er im übertragenen Wirkungsbereich tätig, so ist er bei der Festlegung technischer Spezifikationen an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden. Der **Dachverband** hat seine Organisation als Zugangsstelle nach dem E-Government-Gesetz sowie im Rahmen der Bestimmungen über das

**Geltende Fassung**

Bürgerservice- bzw. Unternehmensserviceportal des Bundes nach dem Unternehmensserviceportalgesetz so aufzubauen und zu führen, dass unterschiedliche Anforderungen nach den Abs. 1 bis 4 und 8 seine Tätigkeit für die anderen, hievon nicht betroffenen Institutionen nicht beeinträchtigen. Er ist im Rahmen seiner Tätigkeit als Zugangsstelle Dienstleister nach § 4 Z 5 DSG 2000 für die jeweils sachlich zuständigen Träger und nicht berechtigt, die ihm übergebenen Daten inhaltlich zu verändern oder Entscheidungen über Ansprüche zu treffen.

(10) ...

**Kostensatz**

§ 6. (1) Für die Tätigkeit als Verbindungsstelle oder als Zugangsstelle sind dem **Hauptverband**, soweit sie für den betreffenden Träger nicht bereits im Rahmen des Verbandsbeitrages (§ 454 ASVG) abgegolten wird, kostendeckende Aufwandsersätze zu leisten.

(2) Die Höhe der Ersätze hat einen angemessenen Anteil an den Bereitstellungskosten zu enthalten (einschließlich einer vollständigen Abgeltung jener Aufwendungen, die durch Anforderungen einzelner Träger ausgelöst werden und nicht auch für die Nutzung durch andere Träger notwendig sind, insbesondere wegen Nichterrichtung von Koordinierungsstellen) und sich für jeweils zwei Kalenderjahre im Voraus nach der Häufigkeit der Nutzung im jeweils letzten Kalenderjahr sowie nach den tatsächlich entstandenen Aufwendungen zu richten; Finanzierungskosten sind einzubeziehen. Zukünftige Veränderungen bei Bereitstellungs- und/oder Nutzungsaufwendungen, die bereits absehbar sind, sind bei der Festsetzung des Kostensatzes zu berücksichtigen. Es können Pauschalzahlungen nach Art und Ausmaß der Nutzung vorgesehen werden. Wenn Koordinierungsstellen eingerichtet sind, ist die Verrechnung vom **Hauptverband** über die Koordinierungsstelle abzuwickeln. Die Nutzung der Verbindungsstelle und der Zugangsstelle kann von der Entrichtung der Kostensätze abhängig gemacht werden.

(3) ...

(4) Die Höhe der Kostensätze ist vom Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem/der jeweils fachlich zuständigen BundesministerIn nach Anhörung des **Hauptverbandes** durch Verordnung festzusetzen. In dieser Verordnung sind abweichend von Abs. 2 die Kostensätze für das erste Kalenderjahr auf Basis von Schätzungen auf Grund

**Vorgeschlagene Fassung**

Bürgerservice- bzw. Unternehmensserviceportal des Bundes nach dem Unternehmensserviceportalgesetz so aufzubauen und zu führen, dass unterschiedliche Anforderungen nach den Abs. 1 bis 4 und 8 seine Tätigkeit für die anderen, hievon nicht betroffenen Institutionen nicht beeinträchtigen. Er ist im Rahmen seiner Tätigkeit als Zugangsstelle Dienstleister nach § 4 Z 5 DSG 2000 für die jeweils sachlich zuständigen Träger und nicht berechtigt, die ihm übergebenen Daten inhaltlich zu verändern oder Entscheidungen über Ansprüche zu treffen.

(10) ...

**Kostensatz**

§ 6. (1) Für die Tätigkeit als Verbindungsstelle oder als Zugangsstelle sind dem **Dachverband**, soweit sie für den betreffenden Träger nicht bereits im Rahmen des Verbandsbeitrages (§ 454 ASVG) abgegolten wird, kostendeckende Aufwandsersätze zu leisten.

(2) Die Höhe der Ersätze hat einen angemessenen Anteil an den Bereitstellungskosten zu enthalten (einschließlich einer vollständigen Abgeltung jener Aufwendungen, die durch Anforderungen einzelner Träger ausgelöst werden und nicht auch für die Nutzung durch andere Träger notwendig sind, insbesondere wegen Nichterrichtung von Koordinierungsstellen) und sich für jeweils zwei Kalenderjahre im Voraus nach der Häufigkeit der Nutzung im jeweils letzten Kalenderjahr sowie nach den tatsächlich entstandenen Aufwendungen zu richten; Finanzierungskosten sind einzubeziehen. Zukünftige Veränderungen bei Bereitstellungs- und/oder Nutzungsaufwendungen, die bereits absehbar sind, sind bei der Festsetzung des Kostensatzes zu berücksichtigen. Es können Pauschalzahlungen nach Art und Ausmaß der Nutzung vorgesehen werden. Wenn Koordinierungsstellen eingerichtet sind, ist die Verrechnung vom **Dachverband** über die Koordinierungsstelle abzuwickeln. Die Nutzung der Verbindungsstelle und der Zugangsstelle kann von der Entrichtung der Kostensätze abhängig gemacht werden.

(3) ...

(4) Die Höhe der Kostensätze ist vom Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem/der jeweils fachlich zuständigen BundesministerIn nach Anhörung des **Dachverbandes** durch Verordnung festzusetzen. In dieser Verordnung sind abweichend von Abs. 2 die Kostensätze für das erste Kalenderjahr auf Basis von Schätzungen auf Grund

**Geltende Fassung**

der bisherigen Aufwendungen in vergleichbaren Angelegenheiten festzulegen.

**Subsidiär zuständiger Träger**

§ 7. (1) Ist nach der Verordnung oder der Durchführungsverordnung eine Gebietskrankenkasse für eine Versicherung zuständig, kann aber die örtliche Zuständigkeit nach den österreichischen Rechtsvorschriften auf Grundlage der jeweils vorhandenen Daten nicht festgestellt werden, so ist örtlich zuständig:

1. die Gebietskrankenkasse, die hinsichtlich der letzten Versicherung in Österreich zuständig war (bei mehreren gleichzeitigen Versicherungsverhältnissen, die Gebietskrankenkasse mit der höchsten zum Zeitpunkt des Feststellungsbedarfes vorliegenden Beitragsgrundlage), oder
2. wenn keine Versicherung in Österreich vorhanden war, die Gebietskrankenkasse, die für den letzten Haupt- oder Nebenwohnsitz in Österreich zuständig war (bei mehreren Wohnsitzen die Gebietskrankenkasse, die für jenen Wohnsitz zuständig war, an dem die betreffende Person den überwiegenden Teil des Jahres verbracht hat), oder
3. sofern unter Heranziehung der beim Hauptverband nach § 31 Abs. 4 Z 3 ASVG gespeicherten Daten ein Haupt- oder Nebenwohnsitz in Österreich auch unter Heranziehung der nach dem Meldegesetz 1991, BGBl. Nr. 9/1992, vorhandenen Daten (§ 360 Abs. 6 ASVG) nicht zu ermitteln ist, die Wiener Gebietskrankenkasse.

(2) bis (4) ...

(5) Der Hauptverband hat durch Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 25 ASVG) nähere Bestimmungen mit dem Ziel zu treffen, die finanzielle Belastung nach Abs. 1 Z 1 und 2 möglichst auf alle Gebietskrankenkassen zu verteilen. Beiträge und Aufwendungen, die sich aus einer Zuständigkeit nach den Abs. 1 Z 3, Abs. 2 und Abs. 3 ergeben, sind durch den Hauptverband auf alle in Betracht kommenden Versicherungsträger entsprechend der Zahl ihrer Versicherten (einschließlich Angehöriger und sonstiger geschützter Personen) aufzuteilen. Bis zu Beträgen von unter 10 000 € pro Versicherungszweig und Kalenderjahr kann hievon wegen Geringfügigkeit abgesehen werden. Auf Antrag der Wiener Gebietskrankenkasse für Fälle nach Abs. 1 Z 3, der Pensionsversicherungsanstalt für Fälle nach Abs. 2 oder der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt für Fälle nach Abs. 3 kann die Trägerkonferenz (§ 441d ASVG) mit Zustimmung des

**Vorgeschlagene Fassung**

der bisherigen Aufwendungen in vergleichbaren Angelegenheiten festzulegen.

**Subsidiär zuständiger Träger**

(2) bis (4) ...

(5) Beiträge und Aufwendungen, die sich aus einer Zuständigkeit nach den Abs. 2 und Abs. 3 ergeben, sind durch den Dachverband auf alle in Betracht kommenden Versicherungsträger entsprechend der Zahl ihrer Versicherten (einschließlich Angehöriger und sonstiger geschützter Personen) aufzuteilen. Bis zu Beträgen von unter 10 000 € pro Versicherungszweig und Kalenderjahr kann hievon wegen Geringfügigkeit abgesehen werden. Auf Antrag der Pensionsversicherungsanstalt für Fälle nach Abs. 2 oder der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt für Fälle nach Abs. 3 kann die Trägerkonferenz (§ 441d ASVG) mit Zustimmung des jeweiligen Sozialversicherungsträgers in den Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 27 ASVG eine abweichende Verteilung beschließen. Die Trägerkonferenz hat (unter Berücksichtigung der Geringfügigkeitsgrenze nach dem dritten Satz) auf Antrag der Österreichischen

**Geltende Fassung**

jeweiligen Sozialversicherungsträgers in den Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 25 ASVG eine abweichende Verteilung beschließen. Die Trägerkonferenz hat (unter Berücksichtigung der Geringfügigkeitsgrenze nach dem dritten Satz) auf Antrag der betroffenen Gebietskrankenkasse mit deren Zustimmung eine solche abweichende Verteilung zu beschließen, wenn statt oder zusätzlich zu einer Gebietskrankenkasse ein anderer Krankenversicherungsträger zuständig gewesen wäre.

(6) ...

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

§ 7a. (1) Die den Landesgesundheitsfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ab dem Jahr 2008 als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben, werden gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich jeweils in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend gemacht. Die Gebietskrankenkassen reichen diese Forderungen wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiter und überweisen den Landesgesundheitsfonds die von den zuständigen ausländischen Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald diese bei ihnen eingelangt sind.

(2) In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder eines Kostenerstattungsverzichtes überweisen die Gebietskrankenkassen den Landesgesundheitsfonds die diesen als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes erwachsenden Kosten mit Ende des Jahres der Geltendmachung, wobei eine generelle Kürzung des Pauschbetrages entsprechend zu berücksichtigen ist.

(2a) und (3) ...

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

1. und 2. ...

sind den Trägern der Sozialversicherung von der Bundesgesundheitsagentur

**Vorgeschlagene Fassung**

Gesundheitskasse mit deren Zustimmung eine solche abweichende Verteilung zu beschließen, wenn statt oder zusätzlich zur Österreichischen Gesundheitskasse ein anderer Krankenversicherungsträger zuständig gewesen wäre.

(6) ...

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

§ 7a. (1) Die den Landesgesundheitsfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ab dem Jahr 2008 als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben, werden gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der Österreichischen Gesundheitskasse geltend gemacht. Die Österreichische Gesundheitskasse reicht diese Forderungen wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiter und überweist den Landesgesundheitsfonds die von den zuständigen ausländischen Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald diese bei ihr eingelangt sind.

(2) In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder eines Kostenerstattungsverzichtes überweist die Österreichische Gesundheitskasse den Landesgesundheitsfonds die diesen als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes erwachsenden Kosten mit Ende des Jahres der Geltendmachung, wobei eine generelle Kürzung des Pauschbetrages entsprechend zu berücksichtigen ist.

(2a) und (3) ...

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

1. und 2. ...

sind den Trägern der Sozialversicherung von der Bundesgesundheitsagentur

**Geltende Fassung**

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

**Kostenerstattung aufgrund der Richtlinie 2011/24/EU bei Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat****§ 7b. (1) bis (4) ...**

(5) Eine Vorabgenehmigung nach Abs. 4 ist zu erteilen, wenn diese Behandlung unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Krankheitsverlaufes nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraumes im Inland erbracht werden kann und die anspruchsberechtigte Person Anspruch auf diese Gesundheitsleistung hat. Dies gilt nicht, wenn

1. bis 3. ...

Näheres zu den Abs. 4 und 5 wird insbesondere durch die Krankenordnung entsprechend den Vorgaben der Musterkrankenordnung des **Hauptverbandes** (§ 456 Abs. 2 ASVG) festgelegt.

(6) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

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

**Kostenerstattung aufgrund der Richtlinie 2011/24/EU bei Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat****§ 7b. (1) bis (4) ...**

(5) Eine Vorabgenehmigung nach Abs. 4 ist zu erteilen, wenn diese Behandlung unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Krankheitsverlaufes nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraumes im Inland erbracht werden kann und die anspruchsberechtigte Person Anspruch auf diese Gesundheitsleistung hat. Dies gilt nicht, wenn

1. bis 3. ...

Näheres zu den Abs. 4 und 5 wird insbesondere durch die Krankenordnung entsprechend den Vorgaben der Musterkrankenordnung des **Dachverbandes** (§ 456 Abs. 2 ASVG) festgelegt.

(6) ...

**§ 9m. (1) Die §§ 1 Abs. 1 Z 8, 4 Abs. 1 bis 7, 5 Abs. 1 bis 5 sowie 7 und 9, 6 Abs. 1, 2 und 4, 7 Abs. 5, 7a Abs. 1, 2 und 4 sowie 7b Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.**

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

(2) § 7 Abs. 1 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2019 außer Kraft.

(3) Aufgaben, die in Abkommen dem Hauptverband bzw. einer Gebietskrankenkasse zugewiesen sind, werden ab 1. Jänner 2020 vom Dachverband bzw. von der Österreichischen Gesundheitskasse wahrgenommen.

**Artikel 8****Änderung des Primärversorgungsgesetzes****Primärversorgungseinheit**

§ 2. (1) bis (3) ...

(4) Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz hat mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet zu sein. Sie muss im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgebildet sein und über einen auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Primärversorgungsvertrag (§ 8) mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern verfügen, wobei jedenfalls die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse Vertragspartner der Primärversorgungseinheit sein muss.

(5) ...

**Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten**

§ 14. (1) ...

(2) Die Planungsvorgaben des RSG (§ 21 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) sollen durch die Gesamtvertragsparteien im Verhandlungsweg im Stellenplan nach § 342 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 342 Abs. 1a ASVG konkretisiert werden, wobei für die Wahrung der in Abs. 3 vorgesehenen Frist von sechs Monaten die Einigung zwischen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der jeweiligen Landesärztekammer maßgeblich ist. In diesem Fall ist wie folgt vorzugehen:

1. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse hat in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern ihre Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie ihre Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin, deren Planstellen im Stellenplan (§ 342 Abs. 1a ASVG) für die konkrete Primärversorgungseinheit vorgesehen sind, einzuladen. Abhängig von den Planungsvorgaben sind im Zuge dieser Einladung erforderlichenfalls

**Primärversorgungseinheit**

§ 2. (1) bis (3) ...

(4) Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz hat mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet zu sein. Sie muss im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgebildet sein und über einen auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Primärversorgungsvertrag (§ 8) mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern verfügen, wobei jedenfalls die Österreichische Gesundheitskasse Vertragspartner der Primärversorgungseinheit sein muss.

(5) ...

**Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten**

§ 14. (1) ...

(2) Die Planungsvorgaben des RSG (§ 21 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) sollen durch die Gesamtvertragsparteien im Verhandlungsweg im Stellenplan nach § 342 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 342 Abs. 1a ASVG konkretisiert werden, wobei für die Wahrung der in Abs. 3 vorgesehenen Frist von sechs Monaten die Einigung zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und der jeweiligen Landesärztekammer maßgeblich ist. In diesem Fall ist wie folgt vorzugehen:

1. Die Österreichische Gesundheitskasse hat in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern ihre Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie ihre Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin, deren Planstellen im Stellenplan (§ 342 Abs. 1a ASVG) für die konkrete Primärversorgungseinheit vorgesehen sind, einzuladen. Abhängig von den Planungsvorgaben sind im Zuge dieser Einladung erforderlichenfalls

**Geltende Fassung**

weitere berufsberechtigte Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde zur Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag einzuladen.

2. Liegen nach einem Zeitraum von sechs Monaten ab der Einladung keine geeigneten Bewerbungen vor, so hat diese Einladung zur Bewerbung für die Primärversorgungseinheit über diesen Personenkreis hinaus zu erfolgen.

Die Einladung hat jedenfalls den Vorgaben des RSG, im Hinblick auf das erforderliche Leistungsangebot und den vorgesehenen Planungszeitraum sowie die Konkretisierung aus den Anforderungen nach den §§ 4 bis 6 und § 342c ASVG, zu folgen. Die Einladungen sind öffentlich – jedenfalls auf der Website der **örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse** – kundzumachen.

(3) Soweit eine Einigung über die Umsetzung der Planungsvorgaben im Stellenplan nicht innerhalb von sechs Monaten nach Abbildung im RSG (§ 21 Abs. 8 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) erfolgt, ist Abs. 2 Z 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass zunächst die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin in der im RSG ausgewiesenen Versorgungsregion einzuladen sind. Für den Fall, dass nach vier Monaten innerhalb der sechs-monatigen Frist keine Einigung abzusehen ist, so sind den Verhandlungen die Österreichische Ärztekammer und der **Hauptverband** beizuziehen.

(4) Die Bewertung der eingelangten Bewerbungen erfolgt durch die **örtlich zuständige Gebietskrankenkasse** in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern, im Fall des Abs. 2 Z 1 im Einvernehmen mit der jeweils zuständigen Landesärztekammer. Bewerbungen, die zur Erreichung der Planungsvorgaben ein Übergangskonzept vorsehen, sind von der Auswahl nicht ausgeschlossen.

(5) und (6) ...

**In-Kraft-Treten**

§ 17. (1) bis (3) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

weitere berufsberechtigte Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde zur Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag einzuladen.

2. Liegen nach einem Zeitraum von sechs Monaten ab der Einladung keine geeigneten Bewerbungen vor, so hat diese Einladung zur Bewerbung für die Primärversorgungseinheit über diesen Personenkreis hinaus zu erfolgen.

Die Einladung hat jedenfalls den Vorgaben des RSG, im Hinblick auf das erforderliche Leistungsangebot und den vorgesehenen Planungszeitraum sowie die Konkretisierung aus den Anforderungen nach den §§ 4 bis 6 und § 342c ASVG, zu folgen. Die Einladungen sind öffentlich – jedenfalls auf der Website der **Österreichischen Gesundheitskasse** – kundzumachen.

(3) Soweit eine Einigung über die Umsetzung der Planungsvorgaben im Stellenplan nicht innerhalb von sechs Monaten nach Abbildung im RSG (§ 21 Abs. 8 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) erfolgt, ist Abs. 2 Z 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass zunächst die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin in der im RSG ausgewiesenen Versorgungsregion einzuladen sind. Für den Fall, dass nach vier Monaten innerhalb der sechs-monatigen Frist keine Einigung abzusehen ist, so sind den Verhandlungen die Österreichische Ärztekammer und der **Dachverband** beizuziehen.

(4) Die Bewertung der eingelangten Bewerbungen erfolgt durch die **Österreichische Gesundheitskasse** in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern, im Fall des Abs. 2 Z 1 im Einvernehmen mit der jeweils zuständigen Landesärztekammer. Bewerbungen, die zur Erreichung der Planungsvorgaben ein Übergangskonzept vorsehen, sind von der Auswahl nicht ausgeschlossen.

(5) und (6) ...

**In-Kraft-Treten**

§ 17. (1) bis (3) ...

(4) Die §§ 2 Abs. 4 und 14 Abs. 2 bis 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung****Artikel 9  
Änderung des Kinderbetreuungsgeldgesetzes****Zuständigkeit**

§ 25. (1) ...

(2) Die Krankenversicherungsträger sowie die **Niederösterreichische Gebietskrankenkasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum und Verbindungsstelle (Abs. 3) haben die ihnen nach diesem Bundesgesetz übertragenen Aufgaben im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundeskanzlers zu vollziehen.

(3) Für die finanzielle Abwicklung und die Koordinierung der Krankenversicherungsträger in Angelegenheiten der Leistungen nach diesem Bundesgesetz wird die **Niederösterreichische Gebietskrankenkasse** als Kompetenzzentrum unter Bedachtnahme auf Abs. 4 und als Verbindungsstelle im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit eingerichtet. Der **Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse** obliegt auch die Auszahlung dieser Leistungen. Die Durchführung des Verfahrens obliegt dem nach Abs. 1 zuständigen Krankenversicherungsträger.

(4) Der **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger hat den Betrieb eines entsprechenden Datennetzes bis längstens 1. Oktober 2001 sicherzustellen.

**Krankenversicherung der Leistungsbezieher**

§ 28. (1) Die Bezieher von Kinderbetreuungsgeld sind in der gesetzlichen Krankenversicherung teilversichert, sofern nicht eine Leistungszugehörigkeit zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG besteht. Zur Durchführung der Krankenversicherung sind in folgender Reihenfolge zuständig:

1. und 2. ...
3. sonst **jene Gebietskrankenkasse, bei der der Antrag auf Kinderbetreuungsgeld gestellt wird.**

**Zuständigkeit**

§ 25. (1) ...

(2) Die Krankenversicherungsträger sowie die **Österreichische Gesundheitskasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum und Verbindungsstelle (Abs. 3) haben die ihnen nach diesem Bundesgesetz übertragenen Aufgaben im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundeskanzlers zu vollziehen.

(3) Für die finanzielle Abwicklung und die Koordinierung der Krankenversicherungsträger in Angelegenheiten der Leistungen nach diesem Bundesgesetz wird die **Österreichische Gesundheitskasse** als Kompetenzzentrum unter Bedachtnahme auf Abs. 4 und als Verbindungsstelle im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit eingerichtet. Der **Österreichischen Gesundheitskasse** obliegt auch die Auszahlung dieser Leistungen. Die Durchführung des Verfahrens obliegt dem nach Abs. 1 zuständigen Krankenversicherungsträger.

(4) Der **Dachverband** der Sozialversicherungsträger hat den Betrieb eines entsprechenden Datennetzes bis längstens 1. Oktober 2001 sicherzustellen.

**Krankenversicherung der Leistungsbezieher**

§ 28. (1) Die Bezieher von Kinderbetreuungsgeld sind in der gesetzlichen Krankenversicherung teilversichert, sofern nicht eine Leistungszugehörigkeit zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG besteht. Zur Durchführung der Krankenversicherung sind in folgender Reihenfolge zuständig:

1. und 2. ...
3. sonst **die Österreichische Gesundheitskasse.**

**Geltende Fassung**

Als versichert im Sinne der Z 2 gelten auch Angehörige, für die Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung besteht oder bestanden hat oder die selbst anspruchsberechtigt sind oder selbst anspruchsberechtigt waren.

(2) und (3) ...

**Rückforderung**

§ 31. (1) ...

(2) Die Verpflichtung zum Ersatz der empfangenen Leistung besteht auch dann, wenn hervorkommt, dass eine oder mehrere Anspruchsvoraussetzungen bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht vorgelegen oder nachträglich weggefallen sind, oder die Auszahlung von Leistungen irrtümlich erfolgte, oder die zur Ermittlung des Gesamtbetrages der maßgeblichen Einkünfte (§§ 8, 8b) erforderliche Mitwirkung trotz Aufforderung innerhalb angemessener Frist verweigert wird. Der Empfänger einer Leistung nach diesem Bundesgesetz ist auch dann zum Ersatz des unberechtigt Empfangenen zu verpflichten, wenn sich ohne dessen Verschulden auf Grund des von der Abgabenbehörde an die **Niederösterreichische Gebietskrankenkasse** übermittelten Gesamtbetrages der maßgeblichen Einkünfte ergibt, dass die Leistung nicht oder nicht in diesem Umfang gebührt hat.

(3) bis (7) ...

**Abschnitt 9****Mutter-Kind-Pass-Verfahren**

§ 35. (1) Die gemäß § 7 vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen sind von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen, und zwar

1. und 2. ...

3. bei allen übrigen Personen von der **nach dem Wohnsitz zuständigen Gebietskrankenkasse**.

(2) ...

(3) Zwischen dem **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer mit Vollmacht und mit Zustimmung der Ärztekammern in den Bundesländern ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der die Durchführung der gemäß § 7 vorgesehenen

**Vorgeschlagene Fassung**

Als versichert im Sinne der Z 2 gelten auch Angehörige, für die Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung besteht oder bestanden hat oder die selbst anspruchsberechtigt sind oder selbst anspruchsberechtigt waren.

(2) und (3) ...

**Rückforderung**

§ 31. (1) ...

(2) Die Verpflichtung zum Ersatz der empfangenen Leistung besteht auch dann, wenn hervorkommt, dass eine oder mehrere Anspruchsvoraussetzungen bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht vorgelegen oder nachträglich weggefallen sind, oder die Auszahlung von Leistungen irrtümlich erfolgte, oder die zur Ermittlung des Gesamtbetrages der maßgeblichen Einkünfte (§§ 8, 8b) erforderliche Mitwirkung trotz Aufforderung innerhalb angemessener Frist verweigert wird. Der Empfänger einer Leistung nach diesem Bundesgesetz ist auch dann zum Ersatz des unberechtigt Empfangenen zu verpflichten, wenn sich ohne dessen Verschulden auf Grund des von der Abgabenbehörde an die **Österreichische Gesundheitskasse** übermittelten Gesamtbetrages der maßgeblichen Einkünfte ergibt, dass die Leistung nicht oder nicht in diesem Umfang gebührt hat.

(3) bis (7) ...

**Abschnitt 9****Mutter-Kind-Pass-Verfahren**

§ 35. (1) Die gemäß § 7 vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen sind von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen, und zwar

1. und 2. ...

3. bei allen übrigen Personen von der **Österreichischen Gesundheitskasse**.

(2) ...

(3) Zwischen dem **Dachverband** der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer mit Vollmacht und mit Zustimmung der Ärztekammern in den Bundesländern ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der die Durchführung der gemäß § 7 vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen und

**Geltende Fassung**

ärztlichen Untersuchungen und die Vergütung der ärztlichen Leistungen regelt. Der Gesamtvertrag bedarf nicht der Zustimmung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Bestimmungen der §§ 338 bis 351 ASVG, des § 181 BSVG, des § 193 GSVG und des § 128 B-KUVG gelten sinngemäß. Der Gesamtvertrag bedarf zu seiner Gültigkeit der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Familien und Jugend. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die im Vertrag vorgesehene Vergütung der ärztlichen Leistungen, gemessen an der Vergütung vergleichbarer Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, unangemessen ist. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gilt der bezugnehmend auf § 39e Abs. 6 FLAG 1967 in der am 31. Dezember 2001 geltenden Fassung abgeschlossene Gesamtvertrag weiter.

(3a) Zwischen dem **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger und dem Österreichischen Hebammengremium ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der die Durchführung der gemäß § 7 vorgesehenen Hebammenberatung und deren Vergütung regelt. Der Gesamtvertrag bedarf nicht der Zustimmung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Bestimmungen des § 349 ASVG, des § 181 BSVG, des § 193 GSVG und des § 128 B-KUVG gelten sinngemäß. Der Gesamtvertrag bedarf zu seiner Gültigkeit der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Familien und Jugend. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die im Vertrag vorgesehene Vergütung, gemessen an der Vergütung vergleichbarer Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, unangemessen ist. Bis zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung gilt § 131b ASVG sinngemäß.

(4) Die Kosten für die gemäß § 7 vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen sind für die im Abs. 1 Z 3 genannten Personen zur Gänze vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragen; für die übrigen Personen sind die Untersuchungskosten zu zwei Dritteln vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen und zu einem Drittel von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen. Die vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragenden Kosten sind gegen Rechnungslegung dem **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger zu überweisen, welcher die Aufteilung auf die einzelnen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen hat. Der vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu leistende Kostenersatz kann pauschaliert werden. Auf den Kostenersatz können angemessene Vorschüsse

**Vorgeschlagene Fassung**

die Vergütung der ärztlichen Leistungen regelt. Der Gesamtvertrag bedarf nicht der Zustimmung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Bestimmungen der §§ 338 bis 351 ASVG, des § 181 BSVG, des § 193 GSVG und des § 128 B-KUVG gelten sinngemäß. Der Gesamtvertrag bedarf zu seiner Gültigkeit der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Familien und Jugend. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die im Vertrag vorgesehene Vergütung der ärztlichen Leistungen, gemessen an der Vergütung vergleichbarer Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, unangemessen ist. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gilt der bezugnehmend auf § 39e Abs. 6 FLAG 1967 in der am 31. Dezember 2001 geltenden Fassung abgeschlossene Gesamtvertrag weiter.

(3a) Zwischen dem **Dachverband** der Sozialversicherungsträger und dem Österreichischen Hebammengremium ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der die Durchführung der gemäß § 7 vorgesehenen Hebammenberatung und deren Vergütung regelt. Der Gesamtvertrag bedarf nicht der Zustimmung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Bestimmungen des § 349 ASVG, des § 181 BSVG, des § 193 GSVG und des § 128 B-KUVG gelten sinngemäß. Der Gesamtvertrag bedarf zu seiner Gültigkeit der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Familien und Jugend. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die im Vertrag vorgesehene Vergütung, gemessen an der Vergütung vergleichbarer Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, unangemessen ist. Bis zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung gilt § 131b ASVG sinngemäß.

(4) Die Kosten für die gemäß § 7 vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen sind für die im Abs. 1 Z 3 genannten Personen zur Gänze vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragen; für die übrigen Personen sind die Untersuchungskosten zu zwei Dritteln vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen und zu einem Drittel von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen. Die vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragenden Kosten sind gegen Rechnungslegung dem **Dachverband** der Sozialversicherungsträger zu überweisen, welcher die Aufteilung auf die einzelnen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen hat. Der vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu leistende Kostenersatz kann pauschaliert werden. Auf den Kostenersatz können angemessene Vorschüsse

**Geltende Fassung**

geleistet werden.

(5) Die gemäß § 7 vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen können bei den im § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG genannten Personen und deren Angehörigen, für die Krankenfürsorge seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers vorgesehen ist, auch von dieser durchgeführt werden. Die Kosten für die Untersuchungen werden den Krankenfürsorgeeinrichtungen zu zwei Dritteln vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen ersetzt, soweit sie die zwischen dem **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer vereinbarten Untersuchungskosten nicht überschreiten (Abs. 3). Der vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu leistende Kostenersatz kann pauschaliert werden. Auf den Kostenersatz können angemessene Vorschüsse geleistet werden.

(6) und (7) ...

(8) Der **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger hat auf Verlangen die in seinem Wirkungsbereich befindlichen Daten betreffend das Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm der Bundesministerin für Gesundheit und der Bundesministerin für Familien und Jugend oder von diesen Bundesministerinnen beauftragten Experten für den ausschließlichen Zweck der Evaluierung des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes zur Verfügung zu stellen. Eine Weitergabe personenbezogener Daten ist untersagt.

(9) Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung haben Personen gemäß § 35 Abs. 1 eine einstündige Beratung mit einer Hebamme gemäß § 7 Abs. 1 insbesondere durch Vertragshebammen zu ermöglichen. Die Kosten für die Beratung sind zu zwei Dritteln vom Familienlastenausgleichsfonds und zu einem Drittel von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen. Die vom Familienlastenausgleichsfonds zu tragenden Kosten sind dem **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger gegen Rechnungslegung zu überweisen.

**Kinderbetreuungsgeld-Datenbank**

§ 36. (1) und (2) ...

(3) Die **Niederösterreichische Gebietskrankenkasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum (§ 25 Abs. 3) ist Verantwortliche gemäß Art. 4 Z 7 der Verordnung (EU) Nr. 679/2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur

**Vorgeschlagene Fassung**

geleistet werden.

(5) Die gemäß § 7 vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen können bei den im § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG genannten Personen und deren Angehörigen, für die Krankenfürsorge seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers vorgesehen ist, auch von dieser durchgeführt werden. Die Kosten für die Untersuchungen werden den Krankenfürsorgeeinrichtungen zu zwei Dritteln vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen ersetzt, soweit sie die zwischen dem **Dachverband** der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer vereinbarten Untersuchungskosten nicht überschreiten (Abs. 3). Der vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu leistende Kostenersatz kann pauschaliert werden. Auf den Kostenersatz können angemessene Vorschüsse geleistet werden.

(6) und (7) ...

(8) Der **Dachverband** der Sozialversicherungsträger hat auf Verlangen die in seinem Wirkungsbereich befindlichen Daten betreffend das Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm der Bundesministerin für Gesundheit und der Bundesministerin für Familien und Jugend oder von diesen Bundesministerinnen beauftragten Experten für den ausschließlichen Zweck der Evaluierung des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes zur Verfügung zu stellen. Eine Weitergabe personenbezogener Daten ist untersagt.

(9) Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung haben Personen gemäß § 35 Abs. 1 eine einstündige Beratung mit einer Hebamme gemäß § 7 Abs. 1 insbesondere durch Vertragshebammen zu ermöglichen. Die Kosten für die Beratung sind zu zwei Dritteln vom Familienlastenausgleichsfonds und zu einem Drittel von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen. Die vom Familienlastenausgleichsfonds zu tragenden Kosten sind dem **Dachverband** der Sozialversicherungsträger gegen Rechnungslegung zu überweisen.

**Kinderbetreuungsgeld-Datenbank**

§ 36. (1) und (2) ...

(3) Die **Österreichische Gesundheitskasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum (§ 25 Abs. 3) ist Verantwortliche gemäß Art. 4 Z 7 der Verordnung (EU) Nr. 679/2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur

**Geltende Fassung**

Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 27.04.2016 S. 1 (DSGVO).

(4) ...

**Datenübermittlung**

§ 37. (1) ...

(2) Die **Niederösterreichische Gebietskrankenkasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum und Verbindungsstelle (§ 25 Abs. 3) ist verpflichtet, alle erforderlichen personenbezogenen Daten (§ 36 Abs. 2) elektronisch an die Datenbank zu übermitteln.

(3) Der **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger hat alle ihm zur Verfügung stehenden und für die Wahrnehmung der den Krankenversicherungsträgern und der **Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum sowie als Verbindungsstelle (§ 25 Abs. 3) nach diesem Bundesgesetz übertragenen Aufgaben erforderlichen personenbezogenen Daten (§ 36 Abs. 2) elektronisch an die Datenbank zu übermitteln.

(4) Die Abgabenbehörden haben alle für die Wahrnehmung der den Krankenversicherungsträgern und der **Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse** als Kompetenzzentrum sowie als Verbindungsstelle (§ 25 Abs. 3) nach diesem Bundesgesetz übertragenen Aufgaben erforderlichen personenbezogenen Daten (§ 36 Abs. 2) elektronisch an die Datenbank zu übermitteln. Der Bundesminister für Finanzen wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundeskanzler Art und Weise des Verfahrens der elektronischen Übermittlung durch Verordnung festzulegen.

**Weitere Datenverarbeitung**

§ 37a. (1) ...

(2) Die **Niederösterreichische Gebietskrankenkasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum und Verbindungsstelle (§ 25 Abs. 3) ist berechtigt, alle erforderlichen personenbezogenen Daten (§ 36 Abs. 2) aus der Datenbank zu verarbeiten.

(3) Die **Niederösterreichische Gebietskrankenkasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum (§ 25 Abs. 3) hat dem Bundeskanzler Daten zur automatisierten Besorgung der Statistik zu übermitteln.

**Vorgeschlagene Fassung**

Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 27.04.2016 S. 1 (DSGVO).

(4) ...

**Datenübermittlung**

§ 37. (1) ...

(2) Die **Österreichische Gesundheitskasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum und Verbindungsstelle (§ 25 Abs. 3) ist verpflichtet, alle erforderlichen personenbezogenen Daten (§ 36 Abs. 2) elektronisch an die Datenbank zu übermitteln.

(3) Der **Dachverband** der Sozialversicherungsträger hat alle ihm zur Verfügung stehenden und für die Wahrnehmung der den Krankenversicherungsträgern und der **Österreichischen Gesundheitskasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum sowie als Verbindungsstelle (§ 25 Abs. 3) nach diesem Bundesgesetz übertragenen Aufgaben erforderlichen personenbezogenen Daten (§ 36 Abs. 2) elektronisch an die Datenbank zu übermitteln.

(4) Die Abgabenbehörden haben alle für die Wahrnehmung der den Krankenversicherungsträgern und der **Österreichischen Gesundheitskasse** als Kompetenzzentrum sowie als Verbindungsstelle (§ 25 Abs. 3) nach diesem Bundesgesetz übertragenen Aufgaben erforderlichen personenbezogenen Daten (§ 36 Abs. 2) elektronisch an die Datenbank zu übermitteln. Der Bundesminister für Finanzen wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundeskanzler Art und Weise des Verfahrens der elektronischen Übermittlung durch Verordnung festzulegen.

**Weitere Datenverarbeitung**

§ 37a. (1) ...

(2) Die **Österreichische Gesundheitskasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum und Verbindungsstelle (§ 25 Abs. 3) ist berechtigt, alle erforderlichen personenbezogenen Daten (§ 36 Abs. 2) aus der Datenbank zu verarbeiten.

(3) Die **Österreichische Gesundheitskasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum (§ 25 Abs. 3) hat dem Bundeskanzler Daten zur automatisierten Besorgung der Statistik zu übermitteln.

**Geltende Fassung**

(4) Die **Niederösterreichische Gebietskrankenkasse** in ihrer Funktion als Verbindungsstelle (§ 25 Abs. 3) hat dem Bundeskanzler folgende Daten zur jährlichen Weiterleitung an die Europäische Kommission zu übermitteln:

1. und 2. ...

jeweils bezogen auf das von der Europäischen Kommission abgefragte Jahr.

**Datenlöschung**

§ 37b. Die **Niederösterreichische Gebietskrankenkasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum (§ 25 Abs. 3) hat die personenbezogenen Daten (§ 36 Abs. 2) in der Datenbank zu löschen, sobald diese nicht mehr benötigt werden, frühestens jedoch 7 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in welchem eine Leistung nach diesem Bundesgesetz zuletzt bezogen worden ist.

**Deckung des Aufwandes**

§ 38. (1) Für die finanzielle Abwicklung dieses Bundesgesetzes sind eigene Rechnungskreise einzurichten, die eine Zuordnung des erforderlichen Aufwandes der Krankenversicherungsträger unter Berücksichtigung der Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit eindeutig ermöglichen. Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen hat der **Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse** die nachgewiesenen, erforderlichen und zuordenbaren Aufwendungen für die Leistungen, die Verfahrenskosten, die Zustellgebühren, den entsprechenden Anteil an den Verwaltungsaufwendungen sowie die sonstigen Aufwendungen nach diesem Bundesgesetz zu ersetzen.

(2) Die anteiligen Verwaltungsaufwendungen einschließlich der Kosten für den Betrieb des Kompetenzzentrums und der Verbindungsstelle gemäß 25 Abs. 3 können pauschal ermittelt und in der Höhe der festgesetzten Pauschalbeträge ersetzt werden. Die Bundesministerin für Familien und Jugend hat die Pauschalbeträge nach Anhörung des **Hauptverbandes** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen durch Verordnung festzusetzen. Die Pauschalbeträge sind neu festzusetzen, wenn die anteiligen Verwaltungsaufwendungen, insbesondere auf Grund von Gesetzesänderungen, um mehr als 5 vH zu- oder abnehmen. Mit Wirkung ab 1. Jänner eines jeden Jahres sind die Pauschalbeträge mit der Aufwertungszahl des jeweiligen Kalenderjahres (§ 108a ASVG) zu vervielfachen und auf einen Cent zu runden.

(3) Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen hat der

**Vorgeschlagene Fassung**

(4) Die **Österreichische Gesundheitskasse** in ihrer Funktion als Verbindungsstelle (§ 25 Abs. 3) hat dem Bundeskanzler folgende Daten zur jährlichen Weiterleitung an die Europäische Kommission zu übermitteln:

1. und 2. ...

jeweils bezogen auf das von der Europäischen Kommission abgefragte Jahr.

**Datenlöschung**

§ 37b. Die **Österreichische Gesundheitskasse** in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum (§ 25 Abs. 3) hat die personenbezogenen Daten (§ 36 Abs. 2) in der Datenbank zu löschen, sobald diese nicht mehr benötigt werden, frühestens jedoch 7 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in welchem eine Leistung nach diesem Bundesgesetz zuletzt bezogen worden ist.

**Deckung des Aufwandes**

§ 38. (1) Für die finanzielle Abwicklung dieses Bundesgesetzes sind eigene Rechnungskreise einzurichten, die eine Zuordnung des erforderlichen Aufwandes der Krankenversicherungsträger unter Berücksichtigung der Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit eindeutig ermöglichen. Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen hat der **Österreichischen Gesundheitskasse** die nachgewiesenen, erforderlichen und zuordenbaren Aufwendungen für die Leistungen, die Verfahrenskosten, die Zustellgebühren, den entsprechenden Anteil an den Verwaltungsaufwendungen sowie die sonstigen Aufwendungen nach diesem Bundesgesetz zu ersetzen.

(2) Die anteiligen Verwaltungsaufwendungen einschließlich der Kosten für den Betrieb des Kompetenzzentrums und der Verbindungsstelle gemäß 25 Abs. 3 können pauschal ermittelt und in der Höhe der festgesetzten Pauschalbeträge ersetzt werden. Die Bundesministerin für Familien und Jugend hat die Pauschalbeträge nach Anhörung des **Dachverbandes** der Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen durch Verordnung festzusetzen. Die Pauschalbeträge sind neu festzusetzen, wenn die anteiligen Verwaltungsaufwendungen, insbesondere auf Grund von Gesetzesänderungen, um mehr als 5 vH zu- oder abnehmen. Mit Wirkung ab 1. Jänner eines jeden Jahres sind die Pauschalbeträge mit der Aufwertungszahl des jeweiligen Kalenderjahres (§ 108a ASVG) zu vervielfachen und auf einen Cent zu runden.

(3) Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen hat der **Österreichischen**

**Geltende Fassung**

**Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse** den nachgewiesenen, für die Herstellung der Voraussetzungen zur Vollziehung dieses Bundesgesetzes, auch im Falle von Gesetzesänderungen, unter Berücksichtigung der Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit erforderlichen einmaligen Aufwand einschließlich der Implementierungskosten aller Krankenversicherungsträger zu ersetzen. Die anteiligen erforderlichen und zuordenbaren Errichtungs- und Entwicklungskosten des Datennetzes sind dem **Hauptverband** der Sozialversicherungsträger zu ersetzen.

(4) ...

**Verrechnung**

§ 39. Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen kann der **Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse** die Aufwendungen aller zuständigen Krankenversicherungsträger für die Leistungen nach diesem Bundesgesetz bevorschussen. Die Endabrechnung ist jährlich im Nachhinein vorzunehmen.

§ 50. (1) bis (21) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

**Gesundheitskasse** den nachgewiesenen, für die Herstellung der Voraussetzungen zur Vollziehung dieses Bundesgesetzes, auch im Falle von Gesetzesänderungen, unter Berücksichtigung der Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit erforderlichen einmaligen Aufwand einschließlich der Implementierungskosten aller Krankenversicherungsträger zu ersetzen. Die anteiligen erforderlichen und zuordenbaren Errichtungs- und Entwicklungskosten des Datennetzes sind dem **Dachverband** der Sozialversicherungsträger zu ersetzen.

(4) ...

**Verrechnung**

§ 39. Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen kann der **Österreichischen Gesundheitskasse** die Aufwendungen aller zuständigen Krankenversicherungsträger für die Leistungen nach diesem Bundesgesetz bevorschussen. Die Endabrechnung ist jährlich im Nachhinein vorzunehmen.

§ 50. (1) bis (21) ...

(22) Die §§ 25 Abs. 2 bis 4, 28 Abs. 1 Z 3, 31 Abs. 2, 35 Abs. 1 Z 3 und Abs. 3, 3a, 4, 5, 8 und 9, 36 Abs. 3, 37 Abs. 2 bis 4, 37a Abs. 2 bis 4, 37b, 38 Abs. 1 bis 3 sowie 39 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

**Artikel 10****Änderung des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes**

§ 1a. Zusätzlich zur Beihilfe nach § 1 ist dem Ausgleichsfonds der **Gebietskrankenkassen** eine pauschalierte Beihilfe in der Höhe von 122 Millionen Euro pro Jahr zu gewähren. Ab dem Folgejahr der erstmaligen Gewährung richtet sich die Höhe dieser pauschalierten Beihilfe nach dem mit der Aufwertungszahl für dieses Kalenderjahr nach § 108 Abs. 2 ASVG vervielfachten Vorjahreswert.

§ 1a. Zusätzlich zur Beihilfe nach § 1 ist eine pauschalierte Beihilfe

1. der **Österreichischen Gesundheitskasse** in der Höhe von 100 Millionen Euro pro Jahr;
  2. der **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** in der Höhe von 30 Millionen Euro pro Jahr, zuzurechnen dem Rechenkreis der **bäuerlichen Sozialversicherung**,
- zu gewähren. Der Betrag ist monatlich bis zum 25. des Folgemonates vom

**Geltende Fassung**

§ 16. (1) bis (5) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

Bundesminister für Finanzen an die in den Z 1 und 2 genannten Versicherungsträger zu überweisen.

§ 16. (1) bis (5) ...

(6) § 1a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 tritt mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

**Artikel 11****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 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. 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) Die Dienstgeberabgabe nach § 1 Abs. 4 dient der Finanzierung der Kranken- und Pensionsversicherung der geringfügig beschäftigten Personen nach dem B-KUVG und wird von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter eingehoben. 22,3% der Erträge verbleiben der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und 77,7% der Erträge sind an die Pensionsversicherungsanstalt zu überweisen.

**In-Kraft-Treten**

§ 6. (1) bis (5) unverändert.

**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 die Österreichische Gesundheitskasse zu überweisen; ergibt sich in der Krankenversicherung nach § 26 Abs. 1 Z 4 ASVG die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, so sind diese Erträge von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, 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 nach § 29 Z 2 lit. a ASVG die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau in der Pensionsversicherung, so sind diese Erträge von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau direkt einzubehalten.

(2) Die Dienstgeberabgabe nach § 1 Abs. 4 dient der Finanzierung der Kranken- und Pensionsversicherung der geringfügig beschäftigten Personen nach dem B-KUVG und wird von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau eingehoben. 22,3% der Erträge verbleiben der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und 77,7% der Erträge sind an die Pensionsversicherungsanstalt zu überweisen.

**In-Kraft-Treten**

§ 6. (1) bis (5) unverändert.

(6) § 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 tritt mit 1.

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Jänner 2020 in Kraft.

**Artikel 12****Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit****Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses****§ 10.** (1) und (2) ...

(3) Auf Bundesebene sind im Sinne einer strategischen Kooperation und Koordination insbesondere folgende Prozessschritte vorzunehmen:

1. In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung dem Bund, dem **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger und den Ländern einvernehmlich zu empfehlen. Der Zielsteuerungsvertrag ist nach Genehmigung durch die jeweils zuständigen Organe vom Bund und für die gesetzliche Krankenversicherung durch den **Hauptverband** nach Beschlussfassung durch **die Trägerkonferenz** ehestmöglich rechtsverbindlich zu unterfertigen und erlangt nach rechtsverbindlicher Unterfertigung durch die Länder Rechtsgültigkeit. Der unterfertigte Zielsteuerungsvertrag ist binnen eines Monats der Bundes-Zielsteuerungskommission und den Landes-Zielsteuerungskommissionen zur Kenntnis zu bringen.

2. und 3. ...

(4) ....

**Inhalt und Gegenstand der Finanzzielsteuerung****§ 17.** (1) und (2) ...

(3) Die für die Finanzzielsteuerung einschließlich des Monitorings gemäß des 8. Abschnitts notwendigen Daten sind vom Bund, dem **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger und von den Ländern zur Verfügung zu stellen.

**Inhalte des RSG****§ 21.** (1) bis (8) ...

(9) Ergänzend zu Abs. 3 und 4 obliegt es bei Bedarf auch den gesetzlichen

**Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses****§ 10.** (1) und (2) ...

(3) Auf Bundesebene sind im Sinne einer strategischen Kooperation und Koordination insbesondere folgende Prozessschritte vorzunehmen:

1. In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung dem Bund, dem **Dachverband** der Sozialversicherungsträger und den Ländern einvernehmlich zu empfehlen. Der Zielsteuerungsvertrag ist nach Genehmigung durch die jeweils zuständigen Organe vom Bund und für die gesetzliche Krankenversicherung durch den **Dachverband** nach Beschlussfassung durch **den Verwaltungsrat** ehestmöglich rechtsverbindlich zu unterfertigen und erlangt nach rechtsverbindlicher Unterfertigung durch die Länder Rechtsgültigkeit. Der unterfertigte Zielsteuerungsvertrag ist binnen eines Monats der Bundes-Zielsteuerungskommission und den Landes-Zielsteuerungskommissionen zur Kenntnis zu bringen.

2. und 3. ...

(4) ....

**Inhalt und Gegenstand der Finanzzielsteuerung****§ 17.** (1) und (2) ...

(3) Die für die Finanzzielsteuerung einschließlich des Monitorings gemäß des 8. Abschnitts notwendigen Daten sind vom Bund, dem **Dachverband** der Sozialversicherungsträger und von den Ländern zur Verfügung zu stellen.

**Inhalte des RSG****§ 21.** (1) bis (8) ...

(9) Ergänzend zu Abs. 3 und 4 obliegt es bei Bedarf auch den gesetzlichen

**Geltende Fassung**

Berufsvertretungen der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter einen Vorschlag an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet und auf Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission zu richten. Sofern nicht das jeweilige Land die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zeitnah mit einem solchen Vorschlag befasst, hat dies durch die jeweilige **Gebietskrankenkasse** zu erfolgen.

(10) ...

**Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG**

§ 23. (1) und (2) ...

(3) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung zur Verbindlichkeitserklärung von in der Bundes-Zielsteuerungskommission oder den Landes-Zielsteuerungskommissionen beschlossenen Planungen im Gesundheitsbereich zu gründen. Die Gesellschaft führt die Firma „Gesundheitsplanungs GmbH“. Gesellschafter/innen der **Hauptverband der österreichischen** Sozialversicherungsträger, die jeweils einen Vertreter/eine Vertreterin in die Generalversammlung entsenden. Die Beschlussfassung in der Generalversammlung erfolgt einstimmig. Der Sitz der Gesellschaft ist Wien. Die Gesellschaft ist nicht gewinnorientiert. Die Geschäftsführung wird durch die Gesellschafter bestellt, wobei die Geschäftsführung aus einer Geschäftsführerin/einem Geschäftsführer und zwei Stellvertreterinnen/Stellvertretern besteht. Die Tätigkeit des/der Geschäftsführers/Geschäftsführerin und dessen/deren Stellvertreter/innen ist unentgeltlich. Die Stammeinlage wird vom Bund für die Gesellschafter entrichtet. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist von allen Gebühren und Abgaben befreit. Voraussetzung für die Gründung der Gesellschaft ist, dass sich die künftigen Gesellschafter vertraglich dazu verpflichten, als Gesellschafter der Gesundheitsplanungs GmbH für die Dauer der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens anzugehören. Ein vorzeitiger Austritt oder eine Auflösung der GmbH ist ausgeschlossen.

(4) bis (8) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

Berufsvertretungen der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter einen Vorschlag an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet und auf Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission zu richten. Sofern nicht das jeweilige Land die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zeitnah mit einem solchen Vorschlag befasst, hat dies durch die jeweilige **Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse** zu erfolgen.

(10) ...

**Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG**

§ 23. (1) und (2) ...

(3) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung zur Verbindlichkeitserklärung von in der Bundes-Zielsteuerungskommission oder den Landes-Zielsteuerungskommissionen beschlossenen Planungen im Gesundheitsbereich zu gründen. Die Gesellschaft führt die Firma „Gesundheitsplanungs GmbH“. Gesellschafter/innen der **Dachverband** der Sozialversicherungsträger, die jeweils einen Vertreter/eine Vertreterin in die Generalversammlung entsenden. Die Beschlussfassung in der Generalversammlung erfolgt einstimmig. Der Sitz der Gesellschaft ist Wien. Die Gesellschaft ist nicht gewinnorientiert. Die Geschäftsführung wird durch die Gesellschafter bestellt, wobei die Geschäftsführung aus einer Geschäftsführerin/einem Geschäftsführer und zwei Stellvertreterinnen/Stellvertretern besteht. Die Tätigkeit des/der Geschäftsführers/Geschäftsführerin und dessen/deren Stellvertreter/innen ist unentgeltlich. Die Stammeinlage wird vom Bund für die Gesellschafter entrichtet. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist von allen Gebühren und Abgaben befreit. Voraussetzung für die Gründung der Gesellschaft ist, dass sich die künftigen Gesellschafter vertraglich dazu verpflichten, als Gesellschafter der Gesundheitsplanungs GmbH für die Dauer der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens anzugehören. Ein vorzeitiger Austritt oder eine Auflösung der GmbH ist ausgeschlossen.

(4) bis (8) ...

**Geltende Fassung****Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds**

§ 29. (1) Der **Hauptverband** hat eine Vertreterin/einen Vertreter ohne Stimmrecht in die jeweilige Gesundheitsplattform im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden.

(2) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben insgesamt fünf Vertreterinnen/Vertreter in die Gesundheitsplattformen und die Landes-Zielsteuerungskommissionen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden und zwar vier Vertreterinnen/Vertreter der **örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse**, darunter jedenfalls die **Obfrau/der Obmann**, und eine Vertreterin/ein Vertreter der bundesweiten Träger je Bundesland. Bei der Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten und auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen.

(3) ...

(4) Die **Obfrau/der Obmann** der **jeweils örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse** hat

1. bis 3. ...

(5) ...

(6) Zur Wahrnehmung der Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission ist von der gesetzlichen Krankenversicherung eine Koordinatorin/ein Koordinator namhaft zu machen. Diese/dieser ist gleichberechtigt mit der/dem vom Land bestellten Koordinatorin/Koordinator für alle Angelegenheiten der Landes-Zielsteuerungskommission zuständig. Die/Der von der gesetzlichen Krankenversicherung bestellte Koordinatorin/Koordinator ist als solcher ausschließlich der **Obfrau/dem Obmann** der **jeweils örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse** in ihrer/seiner Funktion als Co-Vorsitzende/Co-Vorsitzender verantwortlich.

(7) bis (9) ...

**Vorgeschlagene Fassung****Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds**

§ 29. (1) Der **Dachverband** hat eine Vertreterin/einen Vertreter ohne Stimmrecht in die jeweilige Gesundheitsplattform im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden.

(2) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben insgesamt fünf Vertreterinnen/Vertreter in die Gesundheitsplattformen und die Landes-Zielsteuerungskommissionen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden und zwar vier Vertreterinnen/Vertreter der **Österreichischen Gesundheitskasse**, davon drei **Vertreterinnen/Vertreter der jeweiligen Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse**, darunter jedenfalls die **Vorsitzende/der Vorsitzende des Landesstellenausschusses**, und eine Vertreterin/ein Vertreter der bundesweiten Träger je Bundesland. Bei der Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten und auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen.

(3) ...

(4) Die **Vorsitzende/der Vorsitzende des Landesstellenausschusses** der **Österreichischen Gesundheitskasse** hat

1. bis 3. ...

(5) ...

(6) Zur Wahrnehmung der Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission ist von der gesetzlichen Krankenversicherung eine Koordinatorin/ein Koordinator namhaft zu machen. Diese/dieser ist gleichberechtigt mit der/dem vom Land bestellten Koordinatorin/Koordinator für alle Angelegenheiten der Landes-Zielsteuerungskommission zuständig. Die/Der von der gesetzlichen Krankenversicherung bestellte Koordinatorin/Koordinator ist als solcher ausschließlich der **Vorsitzende/dem Vorsitzenden des Landesstellenausschusses** der örtlich zuständigen **Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse** in ihrer/seiner Funktion als Co-Vorsitzende/Co-Vorsitzender verantwortlich.

(7) bis (9) ...

**Geltende Fassung****Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag  
oder den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen im Rahmen  
der Zielsteuerung-Gesundheit**

§ 38. (1) ...

(2) Der Schlichtungsstelle gehören folgende auf vier Jahre bestellte Mitglieder an:

1. bis 3. ...

4. zwei vom **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger entsandte Mitglieder

Für Entscheidungen der Schlichtungsstelle ist die einfache Mehrheit erforderlich, wobei allen Mitgliedern je eine Stimme zukommt, bei Entscheidungen über Streitigkeiten aus den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen haben die vom Bund entsandten Mitglieder kein Stimmrecht.

(3) ...

**Inkrafttreten und Außerkrafttreten**

§ 41. (1) bis (4) ...

**Vorgeschlagene Fassung****Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag  
oder den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen im Rahmen  
der Zielsteuerung-Gesundheit**

§ 38. (1) ...

(2) Der Schlichtungsstelle gehören folgende auf vier Jahre bestellte Mitglieder an:

1. bis 3. ...

4. zwei vom **Dachverband** der Sozialversicherungsträger entsandte Mitglieder

Für Entscheidungen der Schlichtungsstelle ist die einfache Mehrheit erforderlich, wobei allen Mitgliedern je eine Stimme zukommt, bei Entscheidungen über Streitigkeiten aus den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen haben die vom Bund entsandten Mitglieder kein Stimmrecht.

(3) ...

**Inkrafttreten und Außerkrafttreten**

§ 41. (1) bis (4) ...

(5) Die §§ 10 Abs. 3 Z 1, 17 Abs. 3, § 21 Abs. 9, 23 Abs. 3, 29 Abs. 1, 2, 4, und 6 sowie § 38 Abs. 2 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

**Artikel 13****Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten****Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten**

§ 3. (1) und (2) ...

(2a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige **Gebietskrankenkasse** ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt

**Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten**

§ 3. (1) und (2) ...

(2a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige **Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse** ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfs abzusehen,

**Geltende Fassung**

wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(2b) bis (7) ...

**Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien**

§ 3a. (1) bis (3a) ...

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige **Gebietskrankenkasse** ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfes abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(5) bis (8) ...

(9) Die Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Landesärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem **Hauptverband der österreichischen** Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017, zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums betraut.

(10) ...

**Arzneimittelkommission**

§ 19a. (1) bis (3) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(2b) bis (7) ...

**Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien**

§ 3a. (1) bis (3a) ...

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige **Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse** ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfes abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(5) bis (8) ...

(9) Die Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Landesärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem **Dachverband** der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017, zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums betraut.

(10) ...

**Arzneimittelkommission**

§ 19a. (1) bis (3) ...

**Geltende Fassung**

(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. ...

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) ...

**Entlassung von Pfleglingen.**

§ 24. (1) ...

(2) Bei der Entlassung eines Pfleglings ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseure zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat. In diesem sind die Angaben und Empfehlungen bzw. Anordnungen übersichtlich und zusammengefasst darzustellen. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom **Hauptverband der österreichischen** Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Entlassungsbrief ist nach Entscheidung des Pfleglings diesem oder

1. bis 3. ...

zu übermitteln.

(3) und (4) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

(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. ...

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 **Dachverband** der Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

(5) bis (7) ...

**Entlassung von Pfleglingen.**

§ 24. (1) ...

(2) Bei der Entlassung eines Pfleglings ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseure zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat. In diesem sind die Angaben und Empfehlungen bzw. Anordnungen übersichtlich und zusammengefasst darzustellen. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom **Dachverband** der Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Entlassungsbrief ist nach Entscheidung des Pfleglings diesem oder

1. bis 3. ...

zu übermitteln.

(3) und (4) ...

**Geltende Fassung**  
**Zweckzuschüsse des Bundes**

§ 57. (1) und (2) ...

(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) ...

§ 65b. (1) bis (9) ...

**Vorgeschlagene Fassung**  
**Zweckzuschüsse des Bundes**

§ 57. (1) und (2) ...

(3) Der **Dachverband** der 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) ...

§ 65b. (1) bis (9) ...

(10) Die §§ 3 Abs. 2a, 3a Abs. 4 und 9, 19a Abs. 4 Z 3 sowie § 24 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft. Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen dazu innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2020 in Kraft zu setzen.

(11) § 57 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 tritt mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

**Artikel 14**

**Änderung des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH**

**Tochtergesellschaften**

§ 5. (1) ...

(1a) Weiters hat die Gesellschaft zur Umsetzung ihrer Aufgaben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gemäß des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013 in der jeweils geltenden Fassung, insbesondere Monitoring (Berichtswesen) und Qualitätsarbeit eine eigene Tochtergesellschaft zu gründen, an der der Bund, vertreten durch die Gesundheit Österreich GmbH, die Länder und die gesetzliche Krankenversicherung, vertreten durch den **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger, zu gleichen Teilen (je ein Drittel) zu beteiligen sind. Der Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH führt die Geschäfte der Tochtergesellschaft. Bezieht die Tochtergesellschaft in Erfüllung solcher Aufträge Leistungen der Gesellschaft, so ist der entstehende Aufwand der Gesellschaft nach Maßgabe einer abzuschließenden vertraglichen Regelung kostendeckend zu vergüten.

**Tochtergesellschaften**

§ 5. (1) ...

(1a) Weiters hat die Gesellschaft zur Umsetzung ihrer Aufgaben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gemäß des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013 in der jeweils geltenden Fassung, insbesondere Monitoring (Berichtswesen) und Qualitätsarbeit eine eigene Tochtergesellschaft zu gründen, an der der Bund, vertreten durch die Gesundheit Österreich GmbH, die Länder und die gesetzliche Krankenversicherung, vertreten durch den **Dachverband** der Sozialversicherungsträger, zu gleichen Teilen (je ein Drittel) zu beteiligen sind. Der Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH führt die Geschäfte der Tochtergesellschaft. Bezieht die Tochtergesellschaft in Erfüllung solcher Aufträge Leistungen der Gesellschaft, so ist der entstehende Aufwand der Gesellschaft nach Maßgabe einer abzuschließenden vertraglichen Regelung kostendeckend zu vergüten.

**Geltende Fassung**

(2) ...

**Institutsversammlung**

§ 9. (1) Die Institutsversammlung besteht aus höchstens 27 Mitgliedern und setzt sich wie folgt zusammen:

1. und 2. ...

3. neun vom **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger zu nominierende Mitglieder.

(2) Den Vorsitz in der Institutsversammlung führt der/die Bundesminister/Bundesministerin für Gesundheit und Frauen. Die Institutsversammlung hat aus ihrer Mitte zwei Stellvertreter/Stellvertreterinnen mit einfacher Mehrheit, mindestens jedoch mit zehn Stimmen, zu wählen, wobei je einer/eine aus der Mitte der Vertreter/Vertreterinnen der Bundesländer und einer/eine aus der Mitte der vom **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger zu nominierenden Mitglieder zu wählen ist.

(3) und (4) ...

**Kuratorium**

§ 11. (1) Das Kuratorium besteht aus 13 Mitgliedern und setzt sich wie folgt zusammen:

1. bis 6. ...

7. einem vom **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger bestellten Mitglied und

8. und 9. ...

(2) bis (4) ...

**Mitwirkung bei der Evaluierung und Qualitätssicherung des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes**

§ 15c. (1) und (2) ...

(3) Die Träger von Krankenanstalten und in Betracht kommende Angehörige gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe sind ermächtigt, der Gesundheit Österreich GmbH die Daten gemäß Abs. 1 für Zwecke der Evaluierung und Qualitätssicherung des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes verschlüsselt über das e-card System im Wege der **beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger** eingerichteten

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) ...

**Institutsversammlung**

§ 9. (1) Die Institutsversammlung besteht aus höchstens 27 Mitgliedern und setzt sich wie folgt zusammen:

1. und 2. ...

3. neun vom **Dachverband** der Sozialversicherungsträger zu nominierende Mitglieder.

(2) Den Vorsitz in der Institutsversammlung führt der/die Bundesminister/Bundesministerin für Gesundheit und Frauen. Die Institutsversammlung hat aus ihrer Mitte zwei Stellvertreter/Stellvertreterinnen mit einfacher Mehrheit, mindestens jedoch mit zehn Stimmen, zu wählen, wobei je einer/eine aus der Mitte der Vertreter/Vertreterinnen der Bundesländer und einer/eine aus der Mitte der vom **Dachverband** der Sozialversicherungsträger zu nominierenden Mitglieder zu wählen ist.

(3) und (4) ...

**Kuratorium**

§ 11. (1) Das Kuratorium besteht aus 13 Mitgliedern und setzt sich wie folgt zusammen:

1. bis 6. ...

7. einem vom **Dachverband** der Sozialversicherungsträger bestellten Mitglied und

8. und 9. ...

(2) bis (4) ...

**Mitwirkung bei der Evaluierung und Qualitätssicherung des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes**

§ 15c. (1) und (2) ...

(3) Die Träger von Krankenanstalten und in Betracht kommende Angehörige gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe sind ermächtigt, der Gesundheit Österreich GmbH die Daten gemäß Abs. 1 für Zwecke der Evaluierung und Qualitätssicherung des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes verschlüsselt über das e-card System im Wege der **bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen** eingerichteten

**Geltende Fassung**

Pseudonymisierungsstelle (gemäß § 31 Abs. 4 Z 10 ASVG) zur Verfügung zu stellen. Dies gilt auch für Daten, die seit Beginn des Betriebes des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes mit 1. Jänner 2014 dokumentiert worden sind.

(4) Die beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete Pseudonymisierungsstelle hat die Sozialversicherungsnummer unumkehrbar zu pseudonymisieren sowie diese, die übrigen Daten und das verschlüsselte bereichsspezifische Personenkennzeichen AS der Gesundheit Österreich GmbH zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus dürfen weder der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger noch die bei ihm eingerichtete Pseudonymisierungsstelle diese Daten speichern oder verarbeiten.

(5) bis (7) ...

**In-Kraft-Treten**

§ 25. (1) bis (6) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

Pseudonymisierungsstelle (gemäß § 31 Abs. 4 Z 10 ASVG) zur Verfügung zu stellen. Dies gilt auch für Daten, die seit Beginn des Betriebes des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes mit 1. Jänner 2014 dokumentiert worden sind.

(4) Die bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen eingerichtete Pseudonymisierungsstelle hat die Sozialversicherungsnummer unumkehrbar zu pseudonymisieren sowie diese, die übrigen Daten und das verschlüsselte bereichsspezifische Personenkennzeichen AS der Gesundheit Österreich GmbH zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus dürfen weder der Dachverband der Sozialversicherungsträger noch die bei ihm eingerichtete Pseudonymisierungsstelle diese Daten speichern oder verarbeiten.

(5) bis (7) ...

**In-Kraft-Treten**

§ 25. (1) bis (6) ...

(7) Die §§ 5 Abs. 1a, 9 Abs. 1 Z 3 und Abs. 2, 11 Abs. 1 Z 7 sowie § 15c Abs. 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

**Artikel 15****Änderung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen**

§ 4. (1) Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat durch Verordnung nähere Bestimmungen

1. über die Art der Datenübermittlung vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden Hauptverband), den Trägern der Krankenanstalten, den Landeshauptleuten und den Landesgesundheitsfonds sowie über die Art der Gliederung der Merkmale der im § 2 Abs. 4 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung,
2. hinsichtlich der Generierung des Pseudonyms für die Patientinnen/Patienten sowie der technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pseudonymisierungen innerhalb der vom Hauptverband zu betreibenden Pseudonymisierungsstelle und
3. ...

§ 4. (1) Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat durch Verordnung nähere Bestimmungen

1. über die Art der Datenübermittlung vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (im Folgenden Dachverband), den Trägern der Krankenanstalten, den Landeshauptleuten und den Landesgesundheitsfonds sowie über die Art der Gliederung der Merkmale der im § 2 Abs. 4 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung,
2. hinsichtlich der Generierung des Pseudonyms für die Patientinnen/Patienten sowie der technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pseudonymisierungen innerhalb der vom Dachverband zu betreibenden Pseudonymisierungsstelle und
3. ...

**Geltende Fassung**

zu erlassen.

(2) bis (4) ...

(5) Die vom **Hauptverband** im Wege der Pseudonymisierungsstelle generierten Pseudonyme gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 und § 6c Abs. 1 Z 2, die im DIAG gespeichert sind, sind spätestens nach einem Zeitraum von 15 Jahren zu löschen. Die vom Pseudonym befreiten Daten dürfen für die in § 1 definierten Zwecke für einen Zeitraum von weiteren 10 Jahren weiterverarbeitet werden.

§ 5. (1) ...

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat die vorgelegten Berichte ohne Pseudonym gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist. Die in § 4 Abs. 5 normierten Löschfristen sind von allen Empfängerinnen/Empfängern der Berichte einzuhalten.

§ 5a. (1) Der **Hauptverband** als Auftragsverarbeiter der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit und Frauen hat im Wege der bei ihm eingerichteten Pseudonymisierungsstelle (gemäß § 31 Abs. 4 Z 10 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955, in der jeweils geltenden Fassung)

1. innerhalb einer den Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit entsprechenden technischen Infrastruktur mittels des von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen zur Verfügung gestellten Hardware Security Moduls (HSM) aus dem bPK GH-GD der Patientin/des Patienten ein nicht rückrechenbares Pseudonym zu generieren und zu verschlüsseln, wobei das bPK GH-GD einem Bereich zugeordnet ist, in dem der **Hauptverband** nicht zur Vollziehung berufen ist,

2. und 3. ...

(2) Der technische Prozess zur Generierung der Pseudonyme ist so zu gestalten, dass keine Möglichkeit des Zugriffes auf die automatisierten Verarbeitungen im HSM während des Pseudonymisierungsvorgangs gemäß Abs. 1 Z 1 besteht. Es ist sicherzustellen, dass der für die Generierung der

**Vorgeschlagene Fassung**

zu erlassen.

(2) bis (4) ...

(5) Die vom **Dachverband** im Wege der Pseudonymisierungsstelle generierten Pseudonyme gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 und § 6c Abs. 1 Z 2, die im DIAG gespeichert sind, sind spätestens nach einem Zeitraum von 15 Jahren zu löschen. Die vom Pseudonym befreiten Daten dürfen für die in § 1 definierten Zwecke für einen Zeitraum von weiteren 10 Jahren weiterverarbeitet werden.

§ 5. (1) ...

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat die vorgelegten Berichte ohne Pseudonym gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem **Dachverband** der Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist. Die in § 4 Abs. 5 normierten Löschfristen sind von allen Empfängerinnen/Empfängern der Berichte einzuhalten.

§ 5a. (1) Der **Dachverband** als Auftragsverarbeiter der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit und Frauen hat im Wege der bei ihm eingerichteten Pseudonymisierungsstelle (gemäß § 31 Abs. 4 Z 10 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955, in der jeweils geltenden Fassung)

1. innerhalb einer den Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit entsprechenden technischen Infrastruktur mittels des von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen zur Verfügung gestellten Hardware Security Moduls (HSM) aus dem bPK GH-GD der Patientin/des Patienten ein nicht rückrechenbares Pseudonym zu generieren und zu verschlüsseln, wobei das bPK GH-GD einem Bereich zugeordnet ist, in dem der **Dachverband** nicht zur Vollziehung berufen ist,

2. und 3. ...

(2) Der technische Prozess zur Generierung der Pseudonyme ist so zu gestalten, dass keine Möglichkeit des Zugriffes auf die automatisierten Verarbeitungen im HSM während des Pseudonymisierungsvorgangs gemäß Abs. 1 Z 1 besteht. Es ist sicherzustellen, dass der für die Generierung der

**Geltende Fassung**

Pseudonyme zu verwendende Algorithmus dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und dem **Hauptverband** nicht bekannt ist und an einer unabhängigen dritten Stelle sicher verwahrt wird.

(3) ....

(4) Nach der erstmaligen Konfiguration gemäß Abs.3 ist die Sicherungskopie der verwendeten kryptografischen Schlüssel an eine Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu übergeben und von dieser sicher und geheim zu verwahren. Die Sicherungskopie darf ausschließlich zu folgenden Zwecken und nur mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen verwendet werden:

1. und 2. ...

Diese Konfigurationen haben in den Räumlichkeiten der beim **Hauptverband** eingerichteten Pseudonymisierungsstelle unter Anwesenheit einer Vertreterin/eines Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und unter der Aufsicht einer Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu erfolgen. Der gesamte Vorgang ist zu protokollieren.

(5) und (6) ...

(7) Die Einhaltung des Datenschutzes im Rahmen der Pseudonymisierung und der damit zusammenhängenden Prozesse muss durch einen/eine unabhängigen/unabhängige externen/externe Gutachter/Gutachterin bei regelmäßigen Audits geprüft und bestätigt werden. Für die Durchführung der Audits gilt Folgendes:

1. ...

2. Die beim **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger** eingerichtete Pseudonymisierungsstelle hat die Durchführung der Audits durch eigenes Personal zu unterstützen und dafür Sorge zu tragen, dass der/die externe Gutachter/Gutachterin Zugriff auf alle für die Durchführung der Audits notwendigen Informationen erhält.

3. und 4. ...

**§ 5b.** Träger der Sozialversicherung und von Krankenfürsorgeanstalten – letztere, wenn sie die Daten ihrer Versicherten EDV-unterstützt verwalten – haben dem **Hauptverband** die zur Erfüllung seiner Verpflichtungen gemäß § 5a erforderlichen Daten für das erste Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 28. Februar des laufenden Jahres

**Vorgeschlagene Fassung**

Pseudonyme zu verwendende Algorithmus dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und dem **Dachverband** nicht bekannt ist und an einer unabhängigen dritten Stelle sicher verwahrt wird.

(3) ...

(4) Nach der erstmaligen Konfiguration gemäß Abs.3 ist die Sicherungskopie der verwendeten kryptografischen Schlüssel an eine Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu übergeben und von dieser sicher und geheim zu verwahren. Die Sicherungskopie darf ausschließlich zu folgenden Zwecken und nur mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen verwendet werden:

1. und 2. ...

Diese Konfigurationen haben in den Räumlichkeiten der beim **Dachverband** eingerichteten Pseudonymisierungsstelle unter Anwesenheit einer Vertreterin/eines Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und unter der Aufsicht einer Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu erfolgen. Der gesamte Vorgang ist zu protokollieren.

(5) und (6) ...

(7) Die Einhaltung des Datenschutzes im Rahmen der Pseudonymisierung und der damit zusammenhängenden Prozesse muss durch einen/eine unabhängigen/unabhängige externen/externe Gutachter/Gutachterin bei regelmäßigen Audits geprüft und bestätigt werden. Für die Durchführung der Audits gilt Folgendes:

1. ...

2. Die beim **Dachverband** eingerichtete Pseudonymisierungsstelle hat die Durchführung der Audits durch eigenes Personal zu unterstützen und dafür Sorge zu tragen, dass der/die externe Gutachter/Gutachterin Zugriff auf alle für die Durchführung der Audits notwendigen Informationen erhält.

3. und 4. ...

**§ 5b.** Träger der Sozialversicherung und von Krankenfürsorgeanstalten – letztere, wenn sie die Daten ihrer Versicherten EDV-unterstützt verwalten – haben dem **Dachverband** die zur Erfüllung seiner Verpflichtungen gemäß § 5a erforderlichen Daten für das erste Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 28. Februar des laufenden Jahres

**Geltende Fassung**

zur Verfügung zu stellen. Maßgeblich für die Zuordnung der Daten zu einer Datenmeldung ist das Aufnahmedatum.

§ 5c. (1) Dem **Hauptverband** und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ist die Herstellung eines Personenbezugs bei Verarbeitung der in diesem Hauptstück genannten Daten untersagt.

(2) ...

**Diagnosen- und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich**

§ 6. (1) bis (3) ...

(4) Zur Erstellung eines Berichtswesens über den ambulanten Bereich sind ab dem 1. Jänner 2014 von den Trägern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, von den Landesgesundheitsfonds, vom **Hauptverband**, von den Trägern der Sozialversicherung, sowie von den Trägern der Krankenfürsorgeanstalten und vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen folgende Daten gemäß den nachfolgenden Bestimmungen zu verarbeiten:

1. bis 5. ...

(5) ...

§ 6c. (1) Der **Hauptverband** hat

1. und 2. ...

3. Der **Hauptverband** hat weiters

a) bis c) ...

zu generieren.

(2) Der **Hauptverband** hat dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Daten gemäß Abs. 1 für den extramuralen ambulanten Bereich für das erste Halbjahr bis zum 31. Jänner des folgenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis zum 20. Juli des laufenden Jahres zu übermitteln. Der Hauptverband hat dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Daten gemäß Abs. 1 für den intramuralen ambulanten Bereich für das erste Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 31. März des laufenden Jahres zu übermitteln. Für die Zuordnung der Datensätze ist jeweils das Kontaktdatum (Ereignisdatum) maßgeblich.

(3) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

zur Verfügung zu stellen. Maßgeblich für die Zuordnung der Daten zu einer Datenmeldung ist das Aufnahmedatum.

§ 5c. (1) Dem **Dachverband** und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ist die Herstellung eines Personenbezugs bei Verarbeitung der in diesem Hauptstück genannten Daten untersagt.

(2) ...

**Diagnosen- und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich**

§ 6. (1) bis (3) ...

(4) Zur Erstellung eines Berichtswesens über den ambulanten Bereich sind ab dem 1. Jänner 2014 von den Trägern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, von den Landesgesundheitsfonds, vom **Dachverband**, von den Trägern der Sozialversicherung, sowie von den Trägern der Krankenfürsorgeanstalten und vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen folgende Daten gemäß den nachfolgenden Bestimmungen zu verarbeiten:

1. bis 5. ...

(5) ...

§ 6c. (1) Der **Dachverband** hat

1. und 2. ...

3. Der **Dachverband** hat weiters

a) bis c) ...

zu generieren.

(2) Der **Dachverband** hat dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Daten gemäß Abs. 1 für den extramuralen ambulanten Bereich für das erste Halbjahr bis zum 31. Jänner des folgenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis zum 20. Juli des laufenden Jahres zu übermitteln. Der Hauptverband hat dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Daten gemäß Abs. 1 für den intramuralen ambulanten Bereich für das erste Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 31. März des laufenden Jahres zu übermitteln. Für die Zuordnung der Datensätze ist jeweils das Kontaktdatum (Ereignisdatum) maßgeblich.

(3) ...

**Geltende Fassung**

(4) ...

(5) Nach der erstmaligen Konfiguration gemäß Abs. 4 ist die Sicherungskopie der verwendeten kryptografischen Schlüssel an eine Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu übergeben und von dieser sicher und geheim zu verwahren. Die Sicherungskopie darf ausschließlich zu folgenden Zwecken und nur mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen verwendet werden:

1. und 2. ...

Diese Konfigurationen haben in den Räumlichkeiten der beim **Hauptverband** eingerichteten Pseudonymisierungsstelle unter Anwesenheit einer Vertreterin/eines Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und unter der Aufsicht einer Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu erfolgen. Der gesamte Vorgang ist zu protokollieren.

(6) und (7) ...

(8) Die Einhaltung des Datenschutzes im Rahmen der Pseudonymisierung und der damit zusammenhängenden Prozesse muss durch einen/eine unabhängigen/unabhängige externen/externe Gutachter/Gutachterin bei regelmäßigen Audits geprüft und bestätigt werden. Für die Durchführung der Audits gilt Folgendes:

1. ...

2. Die beim **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger** eingerichtete Pseudonymisierungsstelle hat die Durchführung der Audits durch eigenes Personal zu unterstützen und dafür Sorge zu tragen, dass der/die externe Gutachter/Gutachterin Zugriff auf alle für die Durchführung der Audits notwendigen Informationen erhält.

3. und 4. ...

**§ 6d.** Die Träger der Sozialversicherung und der Krankenfürsorgeanstalten – letztere, wenn sie die Daten ihrer Versicherten EDV-unterstützt verwalten – haben dem **Hauptverband** die für die Meldung des **Hauptverbandes** nach § 6c Abs. 2 erforderlichen von ihnen überprüften und gegebenenfalls korrigierten Daten quartalsweise für das jeweilige zweitvorrangegangene Quartal jeweils bis zum 31. August und 30. November des laufenden Jahres sowie bis zum 28. Februar und 31. Mai des folgenden Jahres zur Verfügung zu stellen.

**§ 6e.** Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat Daten aus dem

**Vorgeschlagene Fassung**

(4) ...

(5) Nach der erstmaligen Konfiguration gemäß Abs. 4 ist die Sicherungskopie der verwendeten kryptografischen Schlüssel an eine Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu übergeben und von dieser sicher und geheim zu verwahren. Die Sicherungskopie darf ausschließlich zu folgenden Zwecken und nur mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen verwendet werden:

1. und 2. ...

Diese Konfigurationen haben in den Räumlichkeiten der beim **Dachverband** eingerichteten Pseudonymisierungsstelle unter Anwesenheit einer Vertreterin/eines Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und unter der Aufsicht einer Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu erfolgen. Der gesamte Vorgang ist zu protokollieren.

(6) und (7) ...

(8) Die Einhaltung des Datenschutzes im Rahmen der Pseudonymisierung und der damit zusammenhängenden Prozesse muss durch einen/eine unabhängigen/unabhängige externen/externe Gutachter/Gutachterin bei regelmäßigen Audits geprüft und bestätigt werden. Für die Durchführung der Audits gilt Folgendes:

1. ...

2. Die beim **Dachverband** eingerichtete Pseudonymisierungsstelle hat die Durchführung der Audits durch eigenes Personal zu unterstützen und dafür Sorge zu tragen, dass der/die externe Gutachter/Gutachterin Zugriff auf alle für die Durchführung der Audits notwendigen Informationen erhält.

3. und 4. ...

**§ 6d.** Die Träger der Sozialversicherung und der Krankenfürsorgeanstalten – letztere, wenn sie die Daten ihrer Versicherten EDV-unterstützt verwalten – haben dem **Dachverband** die für die Meldung des **Dachverbandes** nach § 6c Abs. 2 erforderlichen von ihnen überprüften und gegebenenfalls korrigierten Daten quartalsweise für das jeweilige zweitvorrangegangene Quartal jeweils bis zum 31. August und 30. November des laufenden Jahres sowie bis zum 28. Februar und 31. Mai des folgenden Jahres zur Verfügung zu stellen.

**§ 6e.** Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat Daten aus dem

**Geltende Fassung**

Berichtswesen gemäß § 6 Abs. 4 ohne Pseudonyme gemäß § 6c Abs. 1 Z 2 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem **Hauptverband** und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist. Die in § 4 Abs. 5 normierten Löschfristen sind von allen Empfängerinnen/Empfängern der Berichte einzuhalten.

**§ 6f.** (1) Dem **Hauptverband** und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ist die Herstellung eines Personenbezugs bei Verarbeitung der in diesem Hauptstück genannten Daten untersagt.

(2) ...

**§ 6g.** Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat durch Verordnung nähere Bestimmungen

1. über die Art der vom **Hauptverband**, den Trägern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, und den Landesgesundheitsfonds vorzunehmenden Datenübermittlung sowie über die Gliederung der Merkmale der im § 6 Abs. 4 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung,
2. hinsichtlich der Generierung der Pseudonyme für die Patientinnen/Patienten und für die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem ambulanten extramuralen Bereich sowie der technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pseudonymisierungen innerhalb der vom **Hauptverband** zu betreibenden Pseudonymisierungsstelle und

3. ...

zu erlassen.

**§ 8a.** Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat die vorgelegten Berichte gemäß §§ 7 und 8 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem **Hauptverband der österreichischen** Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

**§ 12.** (1) bis (8) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

Berichtswesen gemäß § 6 Abs. 4 ohne Pseudonyme gemäß § 6c Abs. 1 Z 2 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem **Dachverband** und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist. Die in § 4 Abs. 5 normierten Löschfristen sind von allen Empfängerinnen/Empfängern der Berichte einzuhalten.

**§ 6f.** (1) Dem **Dachverband** und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ist die Herstellung eines Personenbezugs bei Verarbeitung der in diesem Hauptstück genannten Daten untersagt.

(2) ...

**§ 6g.** Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat durch Verordnung nähere Bestimmungen

1. über die Art der vom **Dachverband**, den Trägern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, und den Landesgesundheitsfonds vorzunehmenden Datenübermittlung sowie über die Gliederung der Merkmale der im § 6 Abs. 4 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung,
2. hinsichtlich der Generierung der Pseudonyme für die Patientinnen/Patienten und für die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem ambulanten extramuralen Bereich sowie der technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pseudonymisierungen innerhalb der vom **Dachverband** zu betreibenden Pseudonymisierungsstelle und

3. ...

zu erlassen.

**§ 8a.** Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat die vorgelegten Berichte gemäß §§ 7 und 8 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem **Dachverband** der Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

**§ 12.** (1) bis (8) ...

(9) Die §§ 4 Abs. 1 Z 1 und 2 und Abs. 5, 5 Abs. 2, 5a Abs. 1, 2, 4 und Abs. 7 Z 2, 5b, 5c Abs. 1, 6 Abs. 4, 6c Abs. 1, 2, 5 und Abs. 8 Z 2, 6d, 6e, 6f

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

Abs. 1, 6g Z 1 und 2 sowie 8a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

**Artikel 16****Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten geändert wird****Zusammensetzung der Fondskommission**

§ 12. (1) Die Fondskommission besteht aus 11 Mitgliedern. Als solche gehören ihr an:

1. drei vom **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger entsandte Vertreterinnen/Vertreter,
  2. bis 4. ...
- (2) bis (4) ...

**Geschäftsordnung der Fondskommission**

§ 13. (1) und (2) ...

(3) Die Fondskommission ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und mehr als die Hälfte ihrer Mitglieder, darunter mindestens ein vom **Hauptverband** der Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied anwesend ist. Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst, wobei der/dem Vertreterin/Vertreter der Länder (§ 12 Abs. 1 Z 4) kein Stimmrecht zukommt. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der/des Vorsitzenden den Ausschlag. Beschlüsse in Angelegenheiten gemäß § 14 Abs. 1 Z 2 bedürfen der Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen.

(4) ...

(5) Ist die Fondskommission nicht beschlussfähig, weil kein vom **Hauptverband** der Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied anwesend ist, hat innerhalb von drei Wochen neuerlich eine Sitzung zur selben Tagesordnung stattzufinden. In dieser Sitzung, zu der die Mitglieder nachweislich einzuladen sind, können Beschlüsse mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst werden, auch wenn kein vom **Hauptverband** der Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied anwesend ist.

(6) und (7) ...

**Zusammensetzung der Fondskommission**

§ 12. (1) Die Fondskommission besteht aus 11 Mitgliedern. Als solche gehören ihr an:

1. drei vom **Dachverband** der Sozialversicherungsträger entsandte Vertreterinnen/Vertreter,
  2. bis 4. ..
- (2) bis (4) ...

**Geschäftsordnung der Fondskommission**

§ 13. (1) und (2) ...

(3) Die Fondskommission ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und mehr als die Hälfte ihrer Mitglieder, darunter mindestens ein vom **Dachverband** der Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied anwesend ist. Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst, wobei der/dem Vertreterin/Vertreter der Länder (§ 12 Abs. 1 Z 4) kein Stimmrecht zukommt. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der/des Vorsitzenden den Ausschlag. Beschlüsse in Angelegenheiten gemäß § 14 Abs. 1 Z 2 bedürfen der Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen.

(4) ...

(5) Ist die Fondskommission nicht beschlussfähig, weil kein vom **Dachverband** der Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied anwesend ist, hat innerhalb von drei Wochen neuerlich eine Sitzung zur selben Tagesordnung stattzufinden. In dieser Sitzung, zu der die Mitglieder nachweislich einzuladen sind, können Beschlüsse mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst werden, auch wenn kein vom **Dachverband** der Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied anwesend ist.

(6) und (7) ...

**Geltende Fassung****Kontrolle und Informationspflichten****§ 18.** (1) und (2) ...

(3) Der **Hauptverband** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger und der Fachverband oder von diesen beauftragte Organe sind berechtigt, sich über alle Angelegenheiten des PRIKRAF zu informieren. Die Organe des PRIKRAF sind verpflichtet, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Fachverband oder von diesen beauftragten Organen Auskünfte über alle Angelegenheiten des PRIKRAF zu erteilen sowie Geschäftsstücke und sonstige Unterlagen über die bezeichneten Gegenstände vorzulegen.

**Mitglieder der Schiedskommission****§ 20.** (1) Die Schiedskommission besteht aus

1. ...
  2. einer/einem Vertreterin/Vertreter des **Hauptverbandes** der **österreichischen** Sozialversicherungsträger,
  3. ...
- (2) bis (5) ...

**In-Kraft-Tretens- und Übergangsbestimmung****§ 24.** (1) bis (3) ...**Vorgeschlagene Fassung****Kontrolle und Informationspflichten****§ 18.** (1) und (2) ...

(3) Der **Dachverband** der Sozialversicherungsträger und der Fachverband oder von diesen beauftragte Organe sind berechtigt, sich über alle Angelegenheiten des PRIKRAF zu informieren. Die Organe des PRIKRAF sind verpflichtet, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Fachverband oder von diesen beauftragten Organen Auskünfte über alle Angelegenheiten des PRIKRAF zu erteilen sowie Geschäftsstücke und sonstige Unterlagen über die bezeichneten Gegenstände vorzulegen.

**Mitglieder der Schiedskommission****§ 20.** (1) Die Schiedskommission besteht aus

1. ...
  2. einer/einem Vertreterin/Vertreter des **Dachverbandes** der Sozialversicherungsträger,
  3. ...
- (2) bis (5) ...

**In-Kraft-Tretens- und Übergangsbestimmung****§ 24.** (1) bis (3) ...

(4) Die §§ 12 Abs. 1 Z 1, 13 Abs. 3 und 5, 18 Abs. 3 sowie 20 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.