

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2007**Ausgegeben am 28. Dezember 2007****Teil I**

101. Bundesgesetz: Bundesgesetz zur Anpassung von Rechtsvorschriften an die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013
(NR: GP XXIII RV 297 AB 352 S. 40. BR: 7796 AB 7828 S. 751.)

101. Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Ärztegesetz 1998, das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz, das Heeresversorgungsgesetz, das Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 und das Familienlastenausgleichsgesetz 1967 geändert werden (Bundesgesetz zur Anpassung von Rechtsvorschriften an die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes

Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 122/2006 und durch die Bundesministeriengesetz-Novelle 2007, BGBl. I Nr. 6, wird wie folgt geändert:

1. Titel

(Grundsatzbestimmungen)

1. § 6 Abs. 2 lautet:

„(2) Die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten. Sofern Betten für Pfleglinge verschiedener Abteilungen zur Verfügung stehen (interdisziplinäre Belegung), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Pfleglinge jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten Abteilung zugeordnet werden können.“

2. § 10a Abs. 1 lautet:

„(1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, im Rahmen eines regionalen Strukturplanes Gesundheit für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (im Folgenden: ÖSG) befindet.“

3. § 19a Abs. 6 lautet:

„(6) Die Landesgesetzgebung hat sicher zu stellen, dass der Arzneimittelkommission jedenfalls ein Vertreter der Sozialversicherung angehört und dass im Wege der Geschäftsordnung der Arzneimittelkommission festgelegt wird, dass die Vorgangsweise gemäß Abs. 4 Z 3 mit diesem Vertreter abzustimmen ist. Darüber hinaus kann die Landesgesetzgebung weitere Vorschriften über die Arzneimittelkommission, insbesondere deren Zusammensetzung, über die Geschäftsordnung, die Einberufung der Kom-

mission, die Verhandlungsführung sowie die von der Kommission allenfalls wahrzunehmenden Kontrollaufgaben, erlassen.“

4. Im § 25 Abs. 1 wird das Wort „gerichtlich“ durch die Wortfolge „durch die Staatsanwaltschaft“ ersetzt.

5. § 27a Abs. 2 lautet:

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

6. § 27b Abs. 3 und 5 lauten:

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

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

2. Titel

(Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

7. Die §§ 57 bis 59a lauten:

„§ 57. (1) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a im Jahr 2008 folgende Mittel für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

1. 1,416 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer im Jahr 2008 nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2008, BGBl. I Nr. 103/2007, genannten Betrages und
2. 258.426.240,71 Euro.

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

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

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

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

1. Mittel gemäß Abs. 1 Z 1 bzw. Abs. 2 Z 1,
2. 9,29 % der Mittel gemäß Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2,

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

§ 58. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2008 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder für das Jahr 2008 an der Umsatzsteuer bzw. für die Jahre ab 2009 an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel richtet, an die Bundesgesundheitsagentur eine Woche vor den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Bis zur Ermittlung der Anteile gemäß § 57 Abs. 2 Z 1 sind vorläufige Werte auf Basis einer aktuellen Prognose heranzuziehen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBl. I Nr. 103/2007, oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Bundesgesundheitsagentur sind auszugleichen.

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

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

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

(5) Ab dem Jahr 2009 sind die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 2, 3, 5 und 6 in Vorschüssen zu erbringen. Die Höhe der Teilbeträge richtet sich nach der jeweils letzten Prognose über die Entwicklung der Einnahmen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel; wenn die tatsächliche Entwicklung der Einnahmen eine deutliche Abweichung von dieser Prognose erwarten lässt, kann der letzte Teilbetrag entsprechend angepasst werden. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBl. I Nr. 103/2007, oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Bundesgesundheitsagentur sind auszugleichen.

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

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

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2008 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder für das Jahr 2008 an der Umsatzsteuer bzw. für die Jahre ab 2009 an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel richtet, an die Landesgesundheitsfonds zu den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Bis zur Ermittlung der Anteile gemäß § 57 Abs. 2 Z 1 sind vorläufige Werte auf Basis einer aktuellen Prognose heranzuziehen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBl. I Nr. 103/2007, oder der an die Stelle

dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Landesgesundheitsfonds sind auszugleichen.

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

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

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

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

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

1. Zunächst sind davon jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:

- a) 3,63 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
- b) 4,36 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Steiermark
- c) 3,63 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Tirol.

2. Sodann sind

- a) die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 2,9 Mio. Euro jährlich, im Bedarfsfall aufgrund eines einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlusses der Bundesgesundheitskommission von maximal 3,4 Mio. Euro jährlich,
- b) die Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen im Ausmaß von 5 Mio. Euro jährlich,
- c) die Mittel zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen und für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung im Ausmaß von 3,5 Mio. Euro jährlich und
- d) nach Vorliegen einer Kosten-Nutzenbewertung sowie nach Maßgabe von einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission maximal insgesamt 10 Mio. Euro (für den Zeitraum 2008 bis 2013) für die Konzeption, Umsetzung und den Betrieb der Architekturkomponenten gemäß den Planungen für die erste Umsetzungsphase der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA)

abzuziehen und von der Bundesgesundheitsagentur einzubehalten und gemäß § 59d und § 59e bzw. entsprechender Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission zu verwenden.

3. Von den nach den Abzügen gemäß Z 2 verbleibenden Mitteln sind weiters allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 45 Abs. 2 der für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu verwenden.
4. Die nach den Abzügen gemäß Z 2 und 3 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl, die sich nach dem von der Statistik Österreich auf Grund der ordentlichen Volkszählung 2001 festgestellten Ergebnis bestimmt, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Landesgesundheitsfonds nach Maßgabe des § 59c zu überweisen.
5. Im Ausmaß der Landesquoten gemäß Z 4 sind die Vermögenserträge der Bundesgesundheitsagentur und allenfalls in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpfte Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, für Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung und für die Finanzierung der ELGA den einzelnen Landesgesundheitsfonds zuzuteilen.

(7) Die Mittel gemäß Abs. 6 Z 1 und 4 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner des Folgejahres, wobei die erste Rate am 20. April 2008 fällig ist, an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen, sofern die Voraussetzungen des § 59c erfüllt sind.

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

1. Zunächst sind davon jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:
 - a) 2 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Niederösterreich
 - b) 2 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
 - c) 2 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Salzburg
 - d) 14 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Tirol.
2. Die nach den Abzügen gemäß Z 1 verbleibenden Mittel sind zur Hälfte entsprechend der aufgrund der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet errechneten Prozentsätze und zur Hälfte unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

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

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

(10) Ab dem Jahr 2009 sind die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 2, 3, 5 und 6 – mit Ausnahme der Vorweganteile gemäß Abs. 6 Z 1 und Abs. 8 Z 1 - in Vorschüssen an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen. Die Höhe der Teilbeträge richtet sich nach der jeweils letzten Prognose über die Entwicklung der Einnahmen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel; wenn die tatsächliche Entwicklung der Einnahmen eine deutliche Abweichung von dieser Prognose erwarten lässt, kann der letzte Teilbetrag entsprechend angepasst werden. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBl. I Nr. 103/2007, oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Landesgesundheitsfonds sind auszugleichen.

§ 59a. Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sind:

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

1. Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Erstellung von Vorgaben für die transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich,
3. Festlegung der Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planung im Gesundheitswesen, insbesondere für die ambulante Versorgungsplanung,
4. Leistungsangebotsplanung als Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 1 zu berücksichtigen sind, und Entwicklung geeigneter Formen der Zusammenarbeit von Leistungserbringern,
5. Erarbeitung und Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs,
6. Entwicklung und Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche,
7. Erarbeitung von Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung eines Dokumentations- und Informationssystems

tems für Analysen im Gesundheitswesen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,

8. Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
9. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik und der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA),
10. Festlegung von Impfprogrammen auf der Grundlage evidenzbasierter Studien unter Beibehaltung des bisherigen Finanzierungsschlüssels,
11. Weiterentwicklung der Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) gemäß Art. 31 der für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
12. Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur,
13. Erstellung des Voranschlages und des Rechnungsabschlusses und
14. Evaluierung der von der Bundesgesundheitsagentur wahrgenommenen Aufgaben.

(2) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kosteneinsparungen abgesichert wird.“

8. § 59c lautet:

„§ 59c. Bei maßgeblichen Verstößen gegen festgelegte Pläne (z.B. ÖSG) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation (zB des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 179/2004) hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.“

9. In § 59d wird die Bezeichnung „ÖBIG“ jeweils durch die Bezeichnung „GÖG“, die Bezeichnung „ÖBIG-Transplant“ jeweils durch die Bezeichnung „GÖG/ÖBIG-Transplant“ sowie die Wortfolge „(§ 59 Abs. 6 Z 2)“ jeweils durch die Wortfolge „(§ 59 Abs. 6 Z 2 lit. a)“ ersetzt.

10. §§ 59e und 59f lauten:

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

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

(3) Die Verwendung der Mittel gemäß Abs. 1 wird in der Bundesgesundheitskommission im Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgelegt.

(4) Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis zum 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

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

11. § 59g lautet:

„§ 59g. (1) Das Organ der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskommission.

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

1. Sieben Mitglieder bestellt die Bundesregierung;
2. je ein Mitglied bestellt jedes Land;

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

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

(3) Mitglied der Bundesgesundheitskommission kann nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist.

(4) Ist die Bestellung von Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission erforderlich, so hat das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Stellen schriftlich dazu aufzufordern. Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission Berechtigten von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, so bleiben die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit der Bundesgesundheitskommission außer Betracht.

(5) Den Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister oder die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin oder, sofern diese Agenden durch den Bundesminister bzw. die Bundesministerin einem Staatssekretär bzw. einer Staatssekretärin zur selbstständigen Besorgung übertragen worden sind, dieser bzw. diese zu führen. Ist der zuständige Bundesminister bzw. die zuständige Bundesministerin, oder im Falle der Übertragung der bzw. die mit der selbstständigen Besorgung beauftragte Staatssekretär bzw. Staatssekretärin verhindert, den Vorsitz zu führen, so hat der zuständige Bundesminister bzw. die zuständige Bundesministerin einen Vertreter bzw. eine Vertreterin aus dem Kreis der leitenden Bediensteten des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend mit dem Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission zu betrauen.

(6) Die Bundesgesundheitskommission hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.

(7) Die Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur führt das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium.

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

12. *Im § 62a Abs. 1 wird die Wortfolge „beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen“ durch die Wortfolge „bei der Gesundheit Österreich GesmbH, Geschäftsbereich ÖBIG,“ ersetzt.*

13. *Nach § 62c werden folgende §§ 62d und 62e samt Überschriften eingefügt, der bisherige § 62d erhält die Bezeichnung „§ 62f“:*

„Widerspruchsregister

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Verpflichtung der Krankenanstalten

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

3. Titel

(1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum 1. Titel innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2008 in Kraft zu setzen.

(2) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich des 1. Titel steht dem Bundesminister für Gesundheit, Familie und Jugend zu.

(3) Der 2. Titel tritt mit 1. Jänner 2008 in Kraft.

(4) Mit der Vollziehung des 2. Titels ist der Bundesminister für Gesundheit, Familie und Jugend beauftragt.

(5) Das Vermögen der mit der KAKuG-Novelle 2005, BGBl. I Nr. 179/2004, eingerichteten Bundesgesundheitsagentur geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf die aufgrund dieses Gesetzes einzurichtende Bundesgesundheitsagentur über. Beschlüsse der mit der KAKuG-Novelle 2005, BGBl. I Nr. 179/2004, eingerichteten Bundesgesundheitskommission und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die auf Grund dieses Gesetzes einzurichtende Bundesgesundheitskommission nichts Gegenteiliges beschließt.

(6) Ein bestelltes Mitglied der mit der KAKuG-Novelle 2005, BGBl. I Nr. 179/2004, eingerichteten Bundesgesundheitskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieses Gesetzes einzurichtenden Bundesgesundheitskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.

(7) Auf einen Regressanspruch der Bundesgesundheitsagentur gegen Mitglieder der Bundesgesundheitskommission ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (BGBl. Nr. 80/1965 i.d.F. BGBl. Nr. 169/1983) sinngemäß anzuwenden.

Artikel 2

Änderung des Ärztegesetzes 1998

Das Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 122/2006, wird wie folgt geändert:

§ 195 Abs. 6f zweiter Satz lautet:

„Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz, insbesondere den in § 49 festgelegten Pflichten des Arztes, auch auf dem Gebiet der Qualitätssicherung, entspricht.“

Artikel 3

Änderung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes

Das Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (PRIKRAF-G), BGBl. I Nr. 165/2004, wird wie folgt geändert:

1. § 12 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Fondskommission besteht aus 11 Mitgliedern. Als solche gehören ihr an:

1. drei vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsandte Vertreterinnen/Vertreter,
2. zwei Vertreterinnen/Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend,
3. fünf vom Fachverband der privaten Krankenanstalten und der Kurbetriebe der Wirtschaftskammer Österreichs (im Folgenden kurz Fachverband) entsandte Vertreterinnen/Vertreter,
4. eine/ein von den Ländern nominierte Vertreterin/Vertreter.“

2. § 13 Abs. 3 lautet:

„(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.“

3. Der § 24 lautet:

„§ 24. (1) Das Gesetz tritt mit 1. Jänner 2005 in und mit 31. Dezember 2013 außer Kraft. Der PRIKRAF hat jedenfalls die Verpflichtungen, die vor und während der Geltungsdauer dieses Gesetzes entstanden sind, auch nach dem 31. Dezember 2013 zu erfüllen.

(2) Verfahren vor der Schiedskommission, die bei Außerkrafttreten dieses Gesetzes noch anhängig sind, sind zu Ende zu führen.

(3) Die §§ 12 Abs. 1 und 13 Abs. 3 sowie die Anlage 1 i.d.F. des BGBl. I Nr. 101/2007 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.“

4. Die Anlage 1 lautet:

„Anlage 1

KA-Nr.	PRIKRAF-Krankenanstalten	Adresse	PLZ	Ort
K212	Privatklinik Maria Hilf Klagenfurt	Radetzkystr. 35	9020	Klagenfurt
K221	Privatklinik Althofen	Moorweg 30	9330	Althofen
K223	Privatklinik Villach	Dr. Walter-Hochsteiner-Straße	9504	Warmbad Villach
K224	SKA Althofen	Moorweg 30	9330	Althofen
K225	SKA Schrothkur Obervellach	Johann-Schroth-Weg 137	9821	Obervellach

KA-Nr.	PRIKRAF-Krankenanstalten	Adresse	PLZ	Ort
K365	SKA für Herz- und Kreislauf- erkrankungen Groß Gerungs	Am Kreuzberg 310	3920	Groß Gerungs
K370	SKA Moorheilbad Harbach		3970	Moorbad Harbach
K421	Diakonissen-Krankenhaus Linz	Weißewolffstr. 15	4020	Linz
K443	Sanatorium St. Georgen	Kogl 4	4880	St. Georgen im Atter- gau
K445	Privatklinik Wels St. Stephan	Salzburger Str. 65	4600	Wels
K518	Krankenanstalt Obertauern Dr. Aufmesser	Obertauern 115	5562	Obertauern
K519	Sanatorium Oberthurnhof Hal- lein	St. Jakob am Thurn 4	5412	Puch bei Hallein
K521	Krankenanstalt Radstadt Dr. Aufmesser	Judenbühel Nr. 3	5550	Radstadt
K526	Diakonissen-Krankenhaus Salzburg	Guggenbichlerstr. 20	5026	Salzburg
K530	Privatklinik Wehrle Salzburg	Haydnstr. 18	5020	Salzburg
K544	Privatklinik Ritzensee	Schmalenbergham 4	5760	Saalfelden
K546	EMCO Privatklinik	Martin-Hell-Str. 7-9	5422	Bad Dürrenberg
K547	Klinik St. Barbara Vigaun	Karl-Röhammerweg 91	5400	Vigaun
K549	Sanatorium Pierer	Sinnhubstr. 2	5020	Salzburg
K550	Krankenanstalt Altenmarkt GmbH & Co KG	Schwimmbadgasse 600	5541	Altenmarkt
K623	Privatklinik Leech	Hugo-Wolf-G. 2-4	8010	Graz
K624	Privatklinik der Kreuzschwes- tern Maria Hilf	Kreuzg. 35	8010	Graz
K625	Sanatorium St. Leonhard	Schanzelg. 42	8010	Graz
K659	Sanatorium Hansa	Körblerg. 42	8010	Graz
K661	Sanatorium Feldbach	Jahnweg 4	8330	Feldbach
K667	Privatklinik Kastanienhof	Gritzenweg 16	8052	Graz-Wetzelsdorf
K668	Sanatorium Lassnitzhöhe	Miglitzpromenade 18	8801	Laßnitzhöhe
K670	Theresienhof Krankenhaus für Orthopädie und orthopädische Rehabilitation	Hauptplatz 3-5	8130	Frohnleiten
K674	Privatklinik Graz Ragnitz	Berthold-Linder-Weg 15	8047	Graz
K708	Sanatorium Kettenbrücke der Barmherzigen Schwestern	Sennstr. 1	6020	Innsbruck
K709	Sanatorium der Kreuzschwes- tern Ges.m.b.H.	Lärchenstraße 41	6063	Rum
K732	Kursana Sanatorium Wörgl	Fritz-Atzl-Straße 8	6300	Wörgl
K801	Haus St. Josef in Au	Jaghausen 6	6883	Au
K804	Sanatorium Mehrerau, Bregenz	Mehrerauerstr. 72	6900	Bregenz
K812	Sanatorium Dr. Felbermayer, Gaschurn	Nr. 20a	6793	Gaschurn/Montafon
K838	Sanatorium Dr. Rhomberg, Lech	Oberstubenbach 349	6764	Lech
K853	Sanatorium Dr. Schenk, Schruns	Montafonerstr. 29	6780	Schruns
K905	Confraternität - Privatklinik Josefstadt	Skodagasse 32	1080	Wien
K911	Goldenes Kreuz Privatklinik	Lazarettgg. 16-18	1090	Wien
K913	Sanatorium Hera	Löblichgasse 14	1090	Wien
K949	Rudolfinerhaus	Billrothstr. 78	1190	Wien
K951	Sanatorium Liebhartstal	Kollburgg. 6-10	1160	Wien
K954	Wiener Privatklinik	Pelikangasse 15	1090	Wien
K963	Privatklinik Döbling	Heiligenstädter Str. 63	1190	Wien ^{cc}

Artikel 4

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (68. Novelle zum ASVG)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 76/2007, wird wie folgt geändert:

1. § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b wird aufgehoben.

2. Im § 10 Abs. 2 wird der Klammerausdruck „(§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b)“ durch den Klammerausdruck „(§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a)“ ersetzt.

3. Im § 12 Abs. 6 wird der Ausdruck „der im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b bezeichneten Personen“ durch den Ausdruck „der im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a bezeichneten Personen“ ersetzt.

4. Im § 20 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a“ ersetzt.

5. Dem § 31 Abs. 5 Z 16 wird folgender Satz angefügt:

“weitere 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;“

6. Die Überschrift des 4. Unterabschnitts des Abschnittes III, Erster Teil lautet:

„Elektronisches Verwaltungssystem und Elektronische Gesundheitsakte“

7. Dem § 31a ist folgende Überschrift voranzustellen:

„Grundlagen des Elektronischen Verwaltungssystems (ELSY)“

7a. Dem § 31a wird folgender Abs. 7 angefügt:

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

8. Nach § 31c wird folgender § 31d samt Überschrift eingefügt:

„Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)“

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

9. Im § 37 wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a, b, h und i“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a, h und i“ und der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a“ ersetzt.

10. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a wird der Ausdruck „6,8 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.

11. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a wird der Ausdruck „6,8 %“ durch den Ausdruck „6,85 %“ ersetzt.

12. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. b wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „7,05 %“ ersetzt.

13. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. b wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.

14. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. c wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „7,05 %“ ersetzt.

15. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. c wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.

16. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. d wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „7,05 %“ ersetzt.

17. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. d wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.

18. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. e wird der Ausdruck „6,5 %“ durch den Ausdruck „7,05 %“ ersetzt.

19. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. e wird der Ausdruck „6,5 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.

20. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. f wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „7,05 %“ ersetzt.

21. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. f wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.

22. § 51 Abs. 3 Z 1 lautet:

„1. In der Krankenversicherung

- a) der in Abs. 1 Z 1 lit. a genannten Personen sowie der bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben (§ 474 Abs. 1 zweiter Satz), beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,47 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,48 %,
- b) der in Abs. 1 Z 1 lit. b und d genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,6 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,45 %,
- c) der in Abs. 1 Z 1 lit. c, e und f genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,52 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,53 %, der allgemeinen Beitragsgrundlage.“

23. § 51 Abs. 3 Z 1 lautet:

„1. In der Krankenversicherung

- a) der in Abs. 1 Z 1 lit. a genannten Personen sowie der bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben (§ 474 Abs. 1 zweiter Satz), beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,42 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,43 %,
- b) der in Abs. 1 Z 1 lit. b und d genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,55 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,4 %,
- c) der in Abs. 1 Z 1 lit. c, e und f genannten Personen beläuft sich der Beitragsteil des/der Versicherten auf 3,47 %, des Dienstgebers/der Dienstgeberin auf 3,48 %, der allgemeinen Beitragsgrundlage.“

24. Im § 73 Abs. 1 Z 1 und 2 wird der Ausdruck „4,85 %“ durch den Ausdruck „5 %“ ersetzt.

25. Im § 73 Abs. 1 Z 1 und 2 wird der Ausdruck „4,85 %“ durch den Ausdruck „4,9 %“ ersetzt.

27. Im § 73 Abs. 2 wird der Ausdruck „180 %“ durch den Ausdruck „181 %“, der Ausdruck „173 %“ durch den Ausdruck „174 %“ und der Ausdruck „318 %“ durch den Ausdruck „322 %“ ersetzt.

29. Im § 73 Abs. 4 wird der Ausdruck „180 %“ durch den Ausdruck „181 %“ ersetzt.

30. Im § 74 Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a“ ersetzt.

31. Im § 74 Abs. 3 Z 1 wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a“ ersetzt.

32. § 84a Abs. 2 lautet:

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

33. § 84a Abs. 4 lautet:

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

33a. § 120 Abs. 1 letzter Satz lautet:

„Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem AIVG, KGG oder KBGG sowie bei Versicherten nach § 43 Abs. 2 KGG in jenem Zeitpunkt und für jenen Zeitraum als eingetreten, in dem im Einzelfall bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 2 auf Grund eines arbeitsinspektions- oder amtsärztlichen, bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 4 auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses nachgewiesen wird, dass das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.“

34. Nach § 122 Abs. 3 wird folgender Abs. 3a eingefügt:

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

35. § 130 Abs. 1 lautet:

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

36. Im § 134 Abs. 3 wird der Ausdruck „§ 122 Abs. 2 Z 2 bis 4“ durch den Ausdruck „§ 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 und Abs. 3a“ ersetzt.

37. Nach § 136 Abs. 5 wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(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.“

37a. § 138 Abs. 2 lit. f wird aufgehoben.

37b. Im § 139 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Für Bezieher/innen einer Leistung nach dem AIVG, dem ÜHG und dem AMSG gebührt das Krankengeld auch diesfalls erst ab dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.“

38. (Grundsatzbestimmung) Im § 148 erster Satz wird der Ausdruck „nach Art. 14“ durch den Ausdruck „nach Art. 18“ ersetzt.

39. (Grundsatzbestimmung) Im § 148 Z 3 letzter Satz wird der Ausdruck „Art. 20“ durch den Ausdruck „Art. 25“ ersetzt.

39a. Im § 149 Abs. 3 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„Dies gilt auch für jene bettenführenden Krankenanstalten, die von einem zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich abzuschließenden Zusatzvertrag umfasst sind.“

40. § 149 Abs. 3a lautet:

„(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 für die Jahre 2009 bis 2013 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. De-

zember 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.“

40a. § 162 Abs. 1 dritter Satz lautet:

„Über die vorstehenden Fristen vor und nach der Entbindung hinaus gebührt das Wochengeld ferner für jenen Zeitraum, während dessen Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem AIVG, KGG oder KBBG sowie Versicherte nach § 43 Abs. 2 KGG im Einzelfall bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 2 auf Grund eines arbeitsinspektions- oder amtsärztlichen, bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 4 auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses nachgewiesen wird, dass das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.“

40b. Im § 162 Abs. 3 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„Für Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 4 ist das tägliche Nettoeinkommen unter Zugrundelegung des im ersten Satz genannten Arbeitsverdienstes nach § 21 Abs. 3 zweiter Satz AIVG zu berechnen.“

40c. Im § 162 Abs. 3a Z 1 entfällt der Ausdruck „den nach § 4 Abs. 4 Pflichtversicherten sowie“.

41. Im § 181 Abs. 1 wird jeweils der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a“ ersetzt.

41a. Im § 293 Abs. 1 lit. a sublit. aa wird der Ausdruck „1 091,14 €“ durch den Ausdruck „1 120,00 €“ ersetzt.

41b. Im § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb, lit. b und lit. c sublit. bb wird der Ausdruck „726,00 €“ jeweils durch den Ausdruck „747,00 €“ ersetzt.

41c. Im § 293 Abs. 1 lit. c sublit. aa wird der Ausdruck „267,04 €“ durch den Ausdruck „274,76 €“ und der Ausdruck „400,94 €“ durch den Ausdruck „412,54 €“ ersetzt.

41d. Im § 293 Abs. 1 lit. c sublit. bb wird der Ausdruck „474,51 €“ durch den Ausdruck „488,24 €“ ersetzt.

41e. Im § 293 Abs. 1 zweiter Satz wird der Ausdruck „76,09 €“ durch den Ausdruck „78,29 €“ ersetzt.

42. Im § 322a Abs. 2 und 4 wird der Ausdruck „2008“ jeweils durch den Ausdruck „2013“ ersetzt.

42a. Nach § 322a wird folgender § 322b samt Überschrift eingefügt:

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

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

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

43. Im § 342 Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „Vertrags-Gruppenpraxen mit dem Ziel“ durch den Ausdruck „Vertrags-Gruppenpraxen unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mit dem Ziel“ ersetzt.

44. Dem § 342 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Vereinbarung über die Vergütung der Tätigkeit sind die im Rahmen der Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur beschlossenen Qualitätsvorgaben einzubeziehen.“

45. Dem § 348a Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 342 Abs. 2 letzter Satz ist anzuwenden.“

46. Dem § 349 Abs. 4 wird folgender Abs. 5 angefügt:

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

47. Dem § 351g Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„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.“

48. Im § 442 Abs. 2 dritter Satz wird nach dem Ausdruck „der Österreichischen Ärztekammer,“ der Ausdruck „der Österreichischen Zahnärztekammer,“ eingefügt sowie der Ausdruck „der Pharmig Vereinigung pharmazeutischer Unternehmen“ durch den Ausdruck „dem Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen, der Pharmig Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs“ ersetzt.

49. § 447a Abs. 10 lautet:

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

50. § 447f Abs. 1 lautet:

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

- der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen auf Grund des Pensionsharmonisierungsgesetzes, BGBl. I Nr. 142/2004,
- der Erhöhung der Beitragssätze in der Krankenversicherung um 0,1 Prozentpunkte zum 1. Jänner 2005 auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 und des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 und
- der auf Grund der Beitragssatzerhöhung um 0,15 Prozentpunkte für Pensionisten und Pensionistinnen ab 1. Jänner 2008 aus Budgetmittel des Bundes erhöhten Überweisung der Pensionsversicherungsträger an die Krankenversicherung

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

51. § 447f Abs. 2 lautet:

„(2) Der vorläufige Pauschalbeitrag nach Abs. 1 ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die vorläufigen Prozentsätze sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr. Die endgültige Abrechnung des Pauschalbeitrages nach Abs. 3 Z 1 und 2 hat bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen, wobei Abrechnungsreste unverzüglich zu überweisen sind.“

52. Im § 447f Abs. 6 wird der Ausdruck „2005 bis 2008“ durch den Ausdruck „2008 bis 2013“ ersetzt.

53. Im § 447f Abs. 10 entfallen die Ausdrücke „Betriebskrankenkasse Semperit“ und „0,17647 %“; der Ausdruck „11,65468 %“ wird durch den Ausdruck „11,83115 %“ ersetzt.

54. Im § 447f Abs. 11 entfallen die Ausdrücke „Betriebskrankenkasse Semperit“ und „0,07031 %“; der Ausdruck „11,07548 %“ wird durch den Ausdruck „11,14579 %“ ersetzt.

55. Im § 447f Abs. 12 letzter Satz entfällt der Ausdruck „, wobei für die Jahre 2005 und 2006 die endgültigen Gesamtbeiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2003 bzw. 2004 zu Grunde zu legen sind“.

56. Im § 447f Abs. 14 wird der Ausdruck „2005 bis 2008“ durch den Ausdruck „2008 bis 2013“ ersetzt.

57. § 447f Abs. 16 lautet:

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

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

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

58. § 447f Abs. 17 erster und zweiter Satz werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Landesgesundheitsfonds haben dem Hauptverband bis jeweils spätestens 31. März eines jeden Jahres die Höhe der Einnahmen des Vorjahres an den Beiträgen nach § 27a Abs. 3 KAKuG bekannt zu geben.“

59. § 447h Abs. 3 letzter Satz lautet:

„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.“

59a. Nach § 459d wird folgender Abschnitt VIIIa samt Überschrift eingefügt:

„ABSCHNITT VIIIa

Mitwirkung im Gesundheitsbereich und Berechtigung zur Datenverarbeitung

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) Folgende zur Durchführung der in Abs. 1 genannten Projekte und Verwaltungsabläufe notwendigen Gesundheitsdaten dürfen von den Projektträgern und den für vereinbarte Verwaltungsabläufe Verantwortlichen in anonymisierter Form oder, wenn ein Bezug zur versicherten Person notwendig ist, in pseudonymisierter Form verwendet werden:

1. Daten über die behandelnde Einrichtung,
2. Daten zur Patienten und Patientinnenidentifikation,
3. gegebenenfalls Sterbedaten,
4. relevante Daten zu Anamnese, aktuellem Gesundheitszustand und Indikation,
5. relevante Daten zum Versorgungsprozess und zur Nachsorge und
6. Daten zur Ergebnismessung.

(3) Zur Durchführung eines Projektes oder eines vereinbarten Verwaltungsablaufes dürfen in anonymisierter oder pseudonymisierter Form nur jene direkt personenbezogenen Daten herangezogen wer-

den, die von den Projektträgern und den für vereinbarte Verwaltungsabläufe Verantwortlichen bereits für andere Zwecke verarbeitet werden dürfen. Diese Daten dürfen zur unverzüglichen Anonymisierung oder Pseudonymisierung an eine Stelle überlassen werden, die über die hierzu nötige Sachkenntnis und Verlässlichkeit verfügt. Nach erfolgter Anonymisierung oder Pseudonymisierung ist der Personenbezug unverzüglich zu löschen. Der Zugriff durch Andere auf die zu anonymisierenden oder pseudonymisierenden Daten oder die Verwendung dieser Daten für andere Zwecke ist verboten.“

60. Im § 472a Abs. 2 erster Satz wird der Ausdruck „8 %“ durch den Ausdruck „8,45 %“ ersetzt.

61. Im § 472a Abs. 2 erster Satz wird der Ausdruck „8 %“ durch den Ausdruck „8,35 %“ ersetzt.

62. Im § 472a Abs. 2 zweiter Satz wird der Ausdruck „3,6 %“ durch den Ausdruck „4,05 %“ ersetzt.

63. Im § 472a Abs. 2 zweiter Satz wird der Ausdruck „4,4 %“ durch den Ausdruck „4,35 %“ und der Ausdruck „3,6 %“ durch den Ausdruck „4 %“ ersetzt.

64. Im § 472a Abs. 2 entfällt der vierte Satz.

65. § 472a Abs. 3 wird aufgehoben.

66. Im § 474 Abs. 1 zweiter Satz wird der Ausdruck „ab dem Beitragszeitraum Juli 1993 6,9 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.

67. Im § 474 Abs. 1 zweiter Satz wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „6,85 %“ ersetzt.

68. Im § 474 Abs. 1 letzter Satz wird der Ausdruck „ab dem Beitragszeitraum Juli 1993 6,9 %“ durch den Ausdruck „7,05 %“ ersetzt.

69. Im § 474 Abs. 1 letzter Satz wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.

70. Im § 479d Abs. 2 Z 1 wird der Ausdruck „5,6 %“ durch den Ausdruck „6,05 %“, der Ausdruck „3,20 %“ durch den Ausdruck „3,425 %“ und der Ausdruck „2,4 %“ durch den Ausdruck „2,625 %“ ersetzt.

71. Im § 479d Abs. 2 Z 1 wird der Ausdruck „5,6 %“ durch den Ausdruck „5,95 %“, der Ausdruck „3,20 %“ durch den Ausdruck „3,375 %“ und der Ausdruck „2,4 %“ durch den Ausdruck „2,575 %“ ersetzt.

72. Im § 479d Abs. 2 Z 2 wird der Ausdruck „5,85 %“ durch den Ausdruck „6,3 %“, der Ausdruck „3,45 %“ durch den Ausdruck „3,675 %“ und der Ausdruck „2,4 %“ durch den Ausdruck „2,625 %“ ersetzt.

73. Im § 479d Abs. 2 Z 2 wird der Ausdruck „5,85 %“ durch den Ausdruck „6,2 %“, der Ausdruck „3,45 %“ durch den Ausdruck „3,625 %“ und der Ausdruck „2,4 %“ durch den Ausdruck „2,575 %“ ersetzt.

74. Im § 479d Abs. 2 entfällt der letzte Satz.

75. § 545 Abs. 7 lautet:

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

75a. Im § 617 Abs. 9 Einleitung wird der Ausdruck „2006, 2007 und 2008“ durch den Ausdruck „2006 und 2007“ ersetzt.

76. Im § 620 Abs. 2 entfallen der Ausdruck „und mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft“ und der letzte Satz.

77. Im § 620 Abs. 3 Z 2 wird der Ausdruck „2008“ durch den Ausdruck „2007“ ersetzt.

78. § 621 Abs. 3 wird aufgehoben.

79. Im § 625 Abs. 8 wird der Ausdruck „Geschäftsjahr 2007“ durch den Ausdruck „Geschäftsjahr 2011“ ersetzt.

80. Im § 625 Abs. 9 zweiter Satz wird der Ausdruck „Geschäftsjahr 2007“ durch den Ausdruck „Geschäftsjahr 2011“ ersetzt.

81. Im § 625 Abs. 12 wird in der Z 1 der Ausdruck „die Kosten“ durch den Ausdruck „für längstens fünf Jahre die Kosten“ ersetzt.

82. Im § 625 Abs. 14 wird der Ausdruck „Geschäftsjahr 2007“ durch den Ausdruck „Geschäftsjahr 2011“ ersetzt.

82a. § 634 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 76/2007 erhält die Bezeichnung „§ 633“.

83. Nach § 633 (neu) wird folgender § 634 samt Überschrift angefügt:

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

§ 634. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 10 Abs. 2, 12 Abs. 6, 20 Abs. 1, 31 Abs. 5 Z 16, die Überschrift des 4. Unterabschnittes des Abschnittes III Erster Teil, die Überschrift zu § 31a sowie §§ 31d, 37, 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f in der Fassung der Z 10, 12, 14, 16, 18 und 20, 51 Abs. 3 Z 1 lit. a bis c in der Fassung der Z 22, 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 24, 74 Abs. 1 Z 1 und Abs. 3 Z 1, 84a Abs. 2 und 4, 120 Abs. 1, 122 Abs. 3a, 130 Abs. 1, 134 Abs. 3, 136 Abs. 6, 139 Abs. 3, 148, 149 Abs. 3 und 3a, 162 Abs. 1, 3 und 3a Z 1, 181 Abs. 1, 293 Abs. 1, 322a Abs. 2 und 4, 322b samt Überschrift, 342 Abs. 1 und 2, 348a Abs. 3, 349 Abs. 5, 351g Abs. 3, 442 Abs. 2, 447a Abs. 10, 447f Abs. 1, 2, 6, 12, 14, 16 und 17, 447h Abs. 3 letzter Satz, 472a Abs. 2 in der Fassung der Z 60, 62 und 64, 474 Abs. 1 zweiter und letzter Satz in der Fassung der Z 66 und 68, 479d Abs. 2 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 70 und 72 sowie Abs. 2 letzter Satz, 545 Abs. 7, 617 Abs. 9, 620 Abs. 2 und Abs. 3 Z 2, 625 Abs. 8, 9, 12 Z 1 und 14 sowie 633 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;
2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f in der Fassung der Z 11, 13, 15, 17, 19 und 21, 51 Abs. 3 Z 1 lit. a bis c in der Fassung der Z 23, 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 25 sowie Abs. 2 und 4, 472a Abs. 2 erster und zweiter Satz in der Fassung der Z 61 und 63, 474 Abs. 1 zweiter und letzter Satz in der Fassung der Z 67 und 69 sowie 479d Abs. 2 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 71 und 73 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;
3. rückwirkend mit 1. Oktober 2006 § 447f Abs. 10 und 11 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

(2) Die §§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. b, 138 Abs. 2 lit. f, 472a Abs. 3 und 621 Abs. 3 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2007 außer Kraft.

(3) Personen, die am 31. Dezember 2007 der Pflichtversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b unterliegen, gelten mit 1. Jänner 2008 als nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a versichert.

(4) Änderungen der Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr nach § 31 Abs. 5 Z 16 auf Grund der Änderung des § 31 Abs. 5 Z 16 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 sind rückwirkend mit 1. Jänner 2008 vorzunehmen.

(5) Im Jahr 2008 kommt es abweichend von § 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 24 nicht zur Beitragserhöhung, wenn die Versicherungspflicht aufgrund des Pensionsanfalles im Jahr 2007 eingetreten ist und nach § 108h Abs. 1 keine Anpassung erfolgt ist.

(6) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 148, 189 Abs. 3 und 302 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004 bzw. in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2008 in Kraft zu setzen.

(7) Die §§ 138 Abs. 1 und 2 sowie 162 Abs. 1, 3 und 3a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 sind auf Personen anzuwenden, bei denen der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 2007 eingetreten ist.

(8) Zur finanziellen Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Hauptverband bis zum 30. Juni 2008 in der Trägerkonferenz konkrete Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausmaß von 150 Millionen Euro zu beschließen. Diese Maßnahmen sind in der Weise darzustellen, dass daraus entsprechend dem § 14 Abs. 1 BHG die finanziellen Auswirkungen für die Krankenversicherungsträger hervorgehen. Stellt die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen durch eine längstens bis zum 31. Oktober 2008 zu erlassende Verordnung fest, dass durch die beschlossenen Maßnahmen und auf Grund deren finanzieller Darstellung die Effizienzsteigerung und die Kostendämpfung nicht erreicht werden können, so treten

1. die §§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f in der Fassung der Z 10, 12, 14, 16, 18 und 20, Abs. 3 Z 1 lit. a bis c in der Fassung der Z 22, 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 24, 472a Abs. 2 in der

Fassung der Z 60, 62 und 64, 474 Abs. 1 zweiter und letzter Satz in der Fassung Z 66 und 68 und 479d Abs. 2 Z 1 und 2 in der Fassung Z 70 und 72,

2. die §§ 14f Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 1 und 3, 27 Abs. 1 Z 1 in der Fassung der Z 5, 29 Abs. 1 in der Fassung der Z 7 GSVG,
3. die §§ 24 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 sowie 26 Abs. 1 in der Fassung der Z 3 BSVG,
4. die §§ 20 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 sowie 22 Abs. 1 in der Fassung der Z 4 und Abs. 6 sowie 70 B-KUVG,
5. die §§ 32 Abs. 1 und 42 Abs. 1 jeweils in der Fassung der Z 1 AIVG,
6. § 7 Abs. 1 Z 2 in der Fassung der Z 1 SUG,
7. § 53 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 HVG,
8. § 74 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 KOVG,
9. § 39j Abs. 6 in der Fassung der Z 1 FLAG,

jeweils in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007, mit dem Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft und diese sowie § 472a Abs. 3 dieses Bundesgesetzes und die §§ 22 Abs. 3 und 151 Abs. 4 B-KUVG jeweils in der am 31. Dezember 2007 geltenden Fassung wieder in Kraft. Diese Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates.

(8a) Der Fortlauf der Verjährung von Ansprüchen nach den §§ 351c Abs. 7 Z 2, 351g Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 45/2003 und des § 609 Abs. 19 wird rückwirkend mit 1. Jänner 2004 bis zum Ablauf des Jahres 2013 gehemmt.

(9) Die Richtsätze nach § 293 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 sind abweichend von § 293 Abs. 2 in Verbindung mit § 108 Abs. 6 für das Kalenderjahr 2008 nicht zu vervielfachen.

(10) Abweichend von § 108h Abs. 1 erster Satz sind im Kalenderjahr 2008 alle Pensionen, die mehr als 746,99 € monatlich betragen, nicht mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen, sondern wie folgt zu erhöhen: Beträgt die Pension monatlich

1. mehr als 746,99 € bis zu 1 050 €, so ist sie um 21 € zu erhöhen;
2. mehr als 1 050 € bis zu 1 700 €, so ist sie mit dem Faktor 1,020 zu vervielfachen;
3. mehr als 1 700 € bis zu 2 161,50 €, so ist sie um einen Prozentsatz zu erhöhen, der zwischen den genannten Werten von 2,0 % auf 1,7 % linear absinkt;
4. mehr als 2 161,50 €, so ist sie um 36,75 € zu erhöhen.

(11) Bezieht eine Person zwei oder mehrere Pensionen, die jeweils den Richtsatz nach § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 nicht erreichen, so ist ausschließlich die Summe dieser Pensionen nach Abs. 10 zu erhöhen, wobei der Erhöhungsbetrag auf die einzelne Pension im Verhältnis der Pensionen zueinander aufzuteilen ist.

(12) Abweichend von § 108h Abs. 1 erster Satz hat der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz in der Verordnung nach § 108 Abs. 5 für die Kalenderjahre 2009 und 2010 die Pensionsanpassung so vorzunehmen, dass

1. jene Pensionen, die 55 % der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 nicht überschreiten, mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen sind und
2. alle übrigen Pensionen mit einem Fixbetrag zu erhöhen sind, der der Erhöhung von 55 % der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 mit dem Anpassungsfaktor entspricht.“

Artikel 5

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (33. Novelle zum GSVG)

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 31/2007, wird wie folgt geändert:

1. Im § 14f Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „8,5 %“ durch den Ausdruck „7,05 %“ ersetzt.
2. Im § 14f Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „8,5 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.
3. Im § 14f Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „8,5 %“ durch den Ausdruck „7,05 %“ ersetzt.
4. Im § 14f Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „8,5 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.
5. Im § 27 Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „8,5 %“ durch den Ausdruck „7,05 %“ ersetzt.
6. Im § 27 Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „8,5 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.

7. Im § 29 Abs. 1 wird der Ausdruck „4,85 %“ durch den Ausdruck „5 %“ ersetzt.
8. Im § 29 Abs. 1 wird der Ausdruck „4,85 %“ durch den Ausdruck „4,9 %“ ersetzt.
10. Im § 29 Abs. 2 wird der Ausdruck „201 %“ durch den Ausdruck „203 %“ ersetzt.
11. Im § 82 Abs. 4 wird der Ausdruck „im Abs. 5“ durch den Ausdruck „in den Abs. 5 und 6“ ersetzt.
12. Nach § 82 Abs. 5 wird folgender Abs. 6 angefügt:
 „(6) Über die Bestimmungen des Abs. 5 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.“
13. Nach § 92 Abs. 5 wird folgender Abs. 6 angefügt:
 „(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.“
- 13a. Im § 150 Abs. 1 lit. a sublit. aa wird der Ausdruck „1 091,14 €“ durch den Ausdruck „1 120,00 €“ ersetzt.
- 13b. Im § 150 Abs. 1 lit. a sublit. bb, lit. b und lit. c sublit. bb wird der Ausdruck „726,00 €“ jeweils durch den Ausdruck „747,00 €“ ersetzt.
- 13c. Im § 150 Abs. 1 lit. c sublit. aa wird der Ausdruck „267,04 €“ durch den Ausdruck „274,76 €“ und der Ausdruck „400,94 €“ durch den Ausdruck „412,54 €“ ersetzt.
- 13d. Im § 150 Abs. 1 lit. c sublit. bb wird der Ausdruck „474,51 €“ durch den Ausdruck „488,24 €“ ersetzt.
- 13e. Im § 150 Abs. 1 zweiter Satz wird der Ausdruck „76,09 €“ durch den Ausdruck „78,29 €“ ersetzt.
14. Im § 308 Abs. 2 entfallen der Ausdruck „und mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft“ und der letzte Satz.
15. § 309 Abs. 3 wird aufgehoben.
16. Nach § 318 wird folgender § 319 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 (33. Novelle)

§ 319. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 14f Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 1 und 3, 27 Abs. 1 Z 1 in der Fassung der Z 5, 29 Abs. 1 in der Fassung der Z 7, 82 Abs. 4 und 6, 92 Abs. 6, 150 Abs. 1 sowie 308 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;
2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 14f Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 2 und 4, 27 Abs. 1 Z 1 in der Fassung der Z 6 sowie 29 Abs. 1 in der Fassung der Z 8 und Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

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

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

(4) Die Richtsätze nach § 150 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 sind abweichend von § 150 Abs. 2 in Verbindung mit § 51 für das Kalenderjahr 2008 nicht zu vervielfachen.

(5) Abweichend von § 108h Abs. 1 erster Satz ASVG sind im Kalenderjahr 2008 alle Pensionen, die mehr als 746,99 € monatlich betragen, nicht mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen, sondern wie folgt zu erhöhen: Beträgt die Pension monatlich

1. mehr als 746,99 € bis zu 1 050 €, so ist sie um 21 € zu erhöhen;
2. mehr als 1 050 € bis zu 1 700 €, so ist sie mit dem Faktor 1,020 zu vervielfachen;

3. mehr als 1 700 € bis zu 2 161,50 €, so ist sie um einen Prozentsatz zu erhöhen, der zwischen den genannten Werten von 2,0 % auf 1,7 % linear absinkt;
4. mehr als 2 161,50 €, so ist sie um 36,75 € zu erhöhen.

(6) Bezieht eine Person zwei oder mehrere Pensionen, die jeweils den Richtsatz nach § 150 Abs. 1 lit. a sublit. bb in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 101/2007 nicht erreichen, so ist ausschließlich die Summe dieser Pensionen nach Abs. 5 zu erhöhen, wobei der Erhöhungsbetrag auf die einzelne Pension im Verhältnis der Pensionen zueinander aufzuteilen ist.

(7) Abweichend von § 108h Abs. 1 erster Satz ASVG hat der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz in der Verordnung nach § 108 Abs. 5 ASVG für die Kalenderjahre 2009 und 2010 die Pensionsanpassung so vorzunehmen, dass

1. jene Pensionen, die 55 % der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 ASVG nicht überschreiten, mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen sind und
2. alle übrigen Pensionen mit einem Fixbetrag zu erhöhen sind, der der Erhöhung von 55 % der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 ASVG mit dem Anpassungsfaktor entspricht.“

Artikel 6

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (33. Novelle zum BSVG)

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 31/2007, wird wie folgt geändert:

1. Im § 24 Abs. 1 wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „7,05 %“ ersetzt.
2. Im § 24 Abs. 1 wird der Ausdruck „6,9 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.
3. Im § 26 Abs. 1 wird der Ausdruck „4,85 %“ durch den Ausdruck „5 %“ ersetzt.
4. Im § 26 Abs. 1 wird der Ausdruck „4,85 %“ durch den Ausdruck „4,9 %“ ersetzt.
6. Im § 26 Abs. 2 wird der Ausdruck „397 %“ durch den Ausdruck „403 %“ ersetzt.
7. Der bisherige Text des § 77 erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:
 „(2) Über die Bestimmungen des Abs. 1 hinaus sind weitere Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.“
8. Dem § 84 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:
 „Für die Fälle des § 77 Abs. 2 sind die Leistungen der Krankenbehandlung längstens durch 26 Wochen zu gewähren.“
9. Nach § 86 Abs. 5 wird folgender Abs. 6 angefügt:
 „(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.“
- 9a. Im § 141 Abs. 1 lit. a sublit. aa wird der Ausdruck „1 091,14 €“ durch den Ausdruck „1 120,00 €“ ersetzt.
- 9b. Im § 141 Abs. 1 lit. a sublit. bb, lit. b und lit. c sublit. bb wird der Ausdruck „726,00 €“ jeweils durch den Ausdruck „747,00 €“ ersetzt.
- 9c. Im § 141 Abs. 1 lit. c sublit. aa wird der Ausdruck „267,04 €“ durch den Ausdruck „274,76 €“ und der Ausdruck „400,94 €“ durch den Ausdruck „412,54 €“ ersetzt.
- 9d. Im § 141 Abs. 1 lit. c sublit. bb wird der Ausdruck „474,51 €“ durch den Ausdruck „488,24 €“ ersetzt.
- 9e. Im § 141 Abs. 1 zweiter Satz wird der Ausdruck „76,09 €“ durch den Ausdruck „78,29 €“ ersetzt.
10. Im § 284 Abs. 5 wird der Ausdruck „bis zum 31. Dezember 2007 realisiert werden, zur Gänze der Krankenversicherung zur Abdeckung der nicht gedeckten allgemeinen Rücklage zuzuordnen“ durch den

Ausdruck „bis zum 31. Dezember 2009 realisiert werden, zur Gänze in die allgemeine Rücklage der Krankenversicherung zu übertragen“ ersetzt.

11. Im § 297 Abs. 2 entfallen der Ausdruck „und mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft“ und der letzte Satz.

12. § 298 Abs. 3 wird aufgehoben.

13. Nach § 308 wird folgender § 309 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 (33. Novelle)

§ 309. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 24 Abs. 1 in der Fassung der Z 1, 26 Abs. 1 in der Fassung der Z 3, 77 Abs. 1 und 2, 84 Abs. 2, 86 Abs. 6, 141 Abs. 1, 284 Abs. 5 sowie 297 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;
2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 24 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 sowie 26 Abs. 1 in der Fassung der Z 4 und Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

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

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

(4) Die Richtsätze nach § 141 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 sind abweichend von § 141 Abs. 2 in Verbindung mit § 47 für das Kalenderjahr 2008 nicht zu vervielfachen.

(5) Abweichend von § 108h Abs. 1 erster Satz ASVG sind im Kalenderjahr 2008 alle Pensionen, die mehr als 746,99 € monatlich betragen, nicht mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen, sondern wie folgt zu erhöhen: Beträgt die Pension monatlich

1. mehr als 746,99 € bis zu 1 050 €, so ist sie um 21 € zu erhöhen;
2. mehr als 1 050 € bis zu 1 700 €, so ist sie mit dem Faktor 1,020 zu vervielfachen;
3. mehr als 1 700 € bis zu 2 161,50 €, so ist sie um einen Prozentsatz zu erhöhen, der zwischen den genannten Werten von 2,0 % auf 1,7 % linear absinkt;
4. mehr als 2 161,50 €, so ist sie um 36,75 € zu erhöhen.

(6) Bezieht eine Person zwei oder mehrere Pensionen, die jeweils den Richtsatz nach § 141 Abs. 1 lit. a sublit. bb in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 nicht erreichen, so ist ausschließlich die Summe dieser Pensionen nach Abs. 5 zu erhöhen, wobei der Erhöhungsbetrag auf die einzelne Pension im Verhältnis der Pensionen zueinander aufzuteilen ist.

(7) Abweichend von § 108h Abs. 1 erster Satz ASVG hat der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz in der Verordnung nach § 108 Abs. 5 ASVG für die Kalenderjahre 2009 und 2010 die Pensionsanpassung so vorzunehmen, dass

1. jene Pensionen, die 55 % der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 ASVG nicht überschreiten, mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen sind und
2. alle übrigen Pensionen mit einem Fixbetrag zu erhöhen sind, der der Erhöhung von 55 % der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 ASVG mit dem Anpassungsfaktor entspricht.“

Artikel 7

Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (34. Novelle zum B-KUVG)

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 32/2007, wird wie folgt geändert:

1. Im § 20 Abs. 1 wird der Ausdruck „6,7 %“ durch den Ausdruck „7,05 %“ ersetzt.

2. Im § 20 Abs. 1 wird der Ausdruck „6,7 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.

3. Im § 21 Abs. 2 wird der Ausdruck „Der Zusatzbeitrag nach § 20a ist“ durch den Ausdruck „Der Zusatzbeitrag nach § 20a sowie der Pauschalbeitrag nach § 20d sind“ ersetzt.

4. Im § 22 Abs. 1 wird der Ausdruck „2,95 %“ durch den Ausdruck „3,3 %“ ersetzt.

5. Im § 22 Abs. 1 wird der Ausdruck „3,75 %“ durch den Ausdruck „3,70 %“ und der Ausdruck „2,95 %“ durch den Ausdruck „3,25 %“ ersetzt.

6. § 22 Abs. 3 wird aufgehoben.

7. Im § 22 Abs. 6 entfällt der letzte Satz.

8. Dem § 55 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a angefügt:

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

9. § 58 Abs. 1 lautet:

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

10. Nach § 64 Abs. 5 wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(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.“

11. Im § 70 entfällt der Ausdruck „und die ihr im Rahmen der erweiterten Heilbehandlung zur Verfügung stehenden Mittel“.

12. In der Überschrift zum 3. Unterabschnitt des Abschnittes II im Zweiten Teil wird der Ausdruck „Z 17 bis 19, 21 und 22“ durch den Ausdruck „Z 17 bis 22“ ersetzt.

13. § 84 Abs. 3 lautet:

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

14. § 151 Abs. 4 wird aufgehoben.

15. Im § 211 Abs. 2 entfallen der Ausdruck „und mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft“ und der letzte Satz.

16. § 212 Abs. 3 wird aufgehoben.

17. Nach § 217 wird folgender § 218 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 7 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 (34. Novelle)

§ 218. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 20 Abs. 1 in der Fassung der Z 1, 22 Abs. 1 in der Fassung der Z 4 und Abs. 6, 55 Abs. 1a, 58 Abs. 1, 64 Abs. 6, 70, die Überschrift zum 3. Unterabschnitt des Abschnittes II im Zweiten Teil, §§ 84 Abs. 3 sowie 211 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;
2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 20 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 und 22 Abs. 1 in der Fassung der Z 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2006 § 21 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

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

Artikel 8

Änderung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes

Das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, BGBl. Nr. 154/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 119/2006, wird wie folgt geändert:

1. *Im § 7a Abs. 1 wird der Ausdruck „2005 bis 2008“ durch den Ausdruck „2008 bis 2013“ ersetzt.*
2. *Im § 7a Abs. 4 wird der Ausdruck „Art. 17“ durch den Ausdruck „Art. 21“ und der Ausdruck „Art. 39“ durch den Ausdruck „Art. 45“ ersetzt.*
3. *§ 7a Abs. 4 zweiter Satz entfällt.*
4. *Nach § 9h wird folgender § 9i eingefügt:*
„**§ 9i.** § 7a Abs. 1 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.“

Artikel 9

Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977

Das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, BGBl. Nr. 609, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2006, wird wie folgt geändert:

1. *In den §§ 32 Abs. 1 und 42 Abs. 1 wird der Ausdruck „7,4 vH“ jeweils durch den Ausdruck „7,55 vH“ ersetzt.*
2. *In den §§ 32 Abs. 1 und 42 Abs. 1 wird der Ausdruck „7,4 vH“ jeweils durch den Ausdruck „7,45 vH“ ersetzt.*
3. *In den §§ 32 Abs. 6 und 42 Abs. 5 wird der Ausdruck „in den Jahren 2005 bis 2008 7,5 vH“ jeweils durch den Ausdruck „in den Jahren 2005 bis 2007 7,5 vH, im Jahr 2008 7,65 vH“ ersetzt.*
4. *Dem § 79 wird folgender Abs. 95 angefügt:*
„(95) Es treten in Kraft:
 1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 32 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 und Abs. 6 sowie 42 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 und Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;
 2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 32 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 sowie 42 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.“

Artikel 10

Änderung des Sonderunterstützungsgesetzes

Das Sonderunterstützungsgesetz, BGBl. Nr. 642/1973, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2006, wird wie folgt geändert:

1. *Im § 7 Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „7,4 vH“ durch den Ausdruck „7,55 vH“ ersetzt.*
2. *Im § 7 Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „7,4 vH“ durch den Ausdruck „7,45 vH“ ersetzt.*
3. *Im § 7 Abs. 4 wird der Ausdruck „in den Jahren 2005 bis 2008 7,5 vH“ durch den Ausdruck „in den Jahren 2005 bis 2007 7,5 vH, im Jahr 2008 7,65 vH“ ersetzt.*
4. *Dem Artikel V wird folgender Abs. 20 angefügt:*
„(20) Es treten in Kraft:
 1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 7 Abs. 1 Z 2 in der Fassung der Z 1 sowie Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;
 2. mit 1. Jänner 2014 § 7 Abs. 1 Z 2 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.“

Artikel 11 **Änderung des Heeresversorgungsgesetzes**

Das Heeresversorgungsgesetz, BGBl. Nr. 27/1964, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 169/2006, wird wie folgt geändert:

1. *Im § 53 Abs. 1 wird der Ausdruck „3,85 vH“ durch den Ausdruck „4 vH“ ersetzt.*
2. *Im § 53 Abs. 1 wird der Ausdruck „3,85 vH“ durch den Ausdruck „3,9 vH“ ersetzt.*
3. *Dem § 99 Abs. 14 wird folgender Abs. 15 angefügt:*
„(15) Es treten in Kraft:
 1. mit 1. Jänner 2008 § 53 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;
 2. mit 1. Jänner 2014 § 53 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.“

Artikel 12 **Änderung des Kriegsofferversorgungsgesetzes 1957**

Das Kriegsofferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 169/2006, wird wie folgt geändert:

1. *Im § 74 Abs. 1 wird der Ausdruck „3,85 vH“ durch den Ausdruck „4 vH“ ersetzt.*
2. *Im § 74 Abs. 1 wird der Ausdruck „3,85 vH“ durch den Ausdruck „3,9 vH“ ersetzt.*
3. *Dem § 115 Abs. 11 wird folgender Abs. 12 angefügt:*
„(12) Es treten in Kraft:
 1. mit 1. Jänner 2008 § 74 Abs. 1 in der Fassung der Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;
 2. mit 1. Jänner 2014 § 74 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.“

Artikel 13 **Änderung des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967**

Das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 24/2007, wird wie folgt geändert:

1. *Im § 39j Abs. 6 wird der Ausdruck „6,8 %“ durch den Ausdruck „6,95 %“ ersetzt.*
2. *Im § 39j Abs. 6 wird der Ausdruck „6,8 %“ durch den Ausdruck „6,85 %“ ersetzt.*
3. *Im § 39j Abs. 6a wird der Ausdruck „in den Jahren 2005 bis 2008 6,9 %“ durch den Ausdruck „in den Jahren 2005 bis 2007 6,9 %, im Jahr 2008 7,05 %“ ersetzt.*
4. *Dem § 55 wird folgender Abs. 9 angefügt:*
„(9) Es treten in Kraft:
 1. mit 1. Jänner 2008 die §§ 39j Abs. 6 in der Fassung der Z 1 und Abs. 6a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;
 2. mit 1. Jänner 2014 § 39j Abs. 6 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.“

Fischer
Molterer

