

Sozialversicherung und 2. Fürsorge
85/ME

REPUBLIK ÖSTERREICH
Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Zl. 21.652/36-1/96

Entwurf eines 2. Sozialrechts-
Änderungsgesetzes 1996;

Begutachtungsverfahren.

1010 Wien, den 8. Oktober 1996

Stubenring 1

DVR: 0017001

Telefon: (0222) 711 00

Telex 111145

Telefax 7158256

P.S.K.Kto.Nr.: 05070.004

Auskunft:

Mag. Daniela BÖHM

Klappe: 6348

Gesetzentwurf

85-GE/19/96

Datum 11.10.1996

Verteilt 11. Okt. 1996

Dr. Hayek

Ergeht an

Präsidium des Nationalrates * Bundeskanzleramt-Verfassungsdienst * alle Bundesministerien *
Rechnungshof * Büro des Datenschutzrates * alle Ämter der Landesregierung *
Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der Niederösterreichischen Landesregierung *
Österreichischer Städtebund * Österreichischer Gemeindebund * Bundesarbeitskammer *
Wirtschaftskammer Österreich * Österreichische Ärztekammer * Sekretariat der
österreichischen Bischofskonferenz * Oberkirchenrat der Evangelischen Kirche in Österreich *
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger * Österreichisches
Bundesinstitut für Gesundheitswesen * Österreichisches Statistisches Zentralamt

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales übermittelt beiliegend den Entwurf eines
zweiten Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996 samt Erläuterungen und Textgegen-
überstellung mit dem Ersuchen um Stellungnahme bis längstens

17. Oktober 1996.

Der Entschließung des Nationalrates anlässlich der Verabschiedung des
Geschäftsordnungsgesetzes, BGBl.Nr.178/1961, entsprechend, werden die gesetzlichen
Interessenvertretungen sowie die Landesregierungen ersucht, 25 Ausfertigungen der
Stellungnahme unmittelbar dem Präsidium des Nationalrates zu übersenden und das
Bundesministerium für Arbeit und Soziales hievon in Kenntnis zu setzen.

Es besteht auch die Möglichkeit, die Stellungnahme mündlich anlässlich einer Besprechung,
die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Kundmannngasse 21,
1031 Wien, am 17. Oktober 1996 ab 10.30 Uhr stattfinden wird, abzugeben.

Für den Bundesminister:
WIRTH

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

Mittermayer

REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Zl. 21.562/36-1/96

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine
Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche
Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-
Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und
Unfallversicherungsgesetz und das Bundesgesetz
betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der
Verordnungen (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit
geändert werden
(2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996 - 2. SRÄG 1996)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz,
BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das
Bundesgesetz BGBl. Nr. 417/1996, wird wie folgt
geändert:

1. Im § 105 Abs. 1, 3 und 4 wird jeweils der Ausdruck "Mai beziehungsweise Oktober" durch den Ausdruck "April bzw. September" ersetzt.

2. Im § 121 Abs. 4 Z 3 lit. d wird nach dem Ausdruck "oder" der Ausdruck "auf Kostenbeitrag gemäß" eingefügt.

3. Im 122 Abs. 2 Z 1 lit. d wird nach dem Ausdruck "oder" der Ausdruck "auf Kostenbeitrag gemäß" eingefügt.

4. Im 124 Abs. 2 Z 1 wird nach dem Ausdruck "§ 131 oder" der Ausdruck "auf Kostenbeitrag gemäß" eingefügt.

5. § 130 Abs. 3 letzter Satz lautet:
"Für die Unterbringung in einer Krankenanstalt leistet der Versicherungsträger einen Kostenbeitrag gemäß § 150 Abs. 2."

6. Dem § 131 wird folgender Abs. 6 angefügt:
"(6) Wenn die flächendeckende Versorgung der Versicherten durch Verträge nicht in ausreichendem Maße gesichert ist, so kann in der Satzung des Versicherungsträgers das Ausmaß des Ersatzes der Kosten der Krankenbehandlung gemäß Abs. 1 mit mehr als 80 vH, höchstens jedoch mit 100 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre, festgesetzt werden. Die flächendeckende

Versorgung ist jedenfalls dann anzunehmen, wenn Gesamtverträge nach dem Sechsten Teil bestehen."

7. Im § 136 Abs. 3 dritter Satz wird nach dem Ausdruck "Jahres" der Ausdruck ", erstmals ab 1. Jänner 1998," eingefügt.

8. Die Überschrift zu § 145 lautet:

"Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden"

9. Im § 145 Abs. 1 und Abs. 2 wird jeweils der Ausdruck "öffentliche Krankenanstalt" durch den Ausdruck "landesfondsfinanzierte Krankenanstalt" ersetzt.

10. § 148 lautet:

"Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 148. (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesfonds nach Art. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden, sind gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

1. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

2. Die den Krankenanstalten als LKF-Gebührenersatz gebührenden Zahlungen sind zur Gänze von den Landesfonds zu entrichten.

3. Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:

a) LKF-Gebührenersätze der Landesfonds und

b) Kostenbeiträge nach § 27 a KAG.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen und die im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes angeführten Leistungen.

4. Der Kostenbeitrag gemäß § 447 f Abs. 6 ist von der Krankenanstalt für Rechnung des Landesfonds einzubehalten.

5. Die Versicherungsträger haben ohne Einschaltung des Landesfonds folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt:

a) das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);

- b) das Recht, auf eigene Kosten Kopien dieser Unterlagen zu erhalten;
- c) das Recht, den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;
- d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen eines Landesfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versichertenzuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfaßt auch die entsprechenden Statistiken, Erfolgsrechnungen, Bilanzen usw.; ferner das Recht auf laufende Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Landesfonds zur Verfügung gestellt werden.

6. Die Länder haben Vorsorge zu treffen, daß der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern spätestens ab 1. Jänner 1998 elektronisch vorzunehmen ist, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit einheitlich zu gestalten sind.

7. Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte durch den Landesfonds.

8. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von LKF-Gebührenersätzen gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der jeweilige Landesfonds als Versicherungsträger. Der Landesfonds 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. Wenn Leistungen gemäß Z 3 gewährt werden, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Landesfonds gegenüber dem Versicherten, Patienten oder den für ihn unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hiervon sind nur der Kostenbeitrag gemäß § 27 a KAG und der Kostenbeitrag gemäß § 447 f Abs. 6.

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 Landesfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden."

11. § 149 lautet:

"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) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

(3) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen hiefür sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Hauptverband abzuschließen sind. Nicht umfaßt hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.

(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) § 447 f Abs. 6 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Kostenbeitrag an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist."

12. § 150 lautet:

"Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei
Anstaltspflege

§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Kostenbeitrag zu leisten, wenn

1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesfondsfinanzierte Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen oder

2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Der Kostenbeitrag ist in der Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit aller Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen."

13. Im § 322 a Abs. 1 wird der Ausdruck "§ 28 des Krankenanstaltengesetzes ab 1. Jänner 1978" durch den Ausdruck "§ 447 f Abs. 9 Z 3" ersetzt.

14. § 322 a Abs. 2 bis 4 lauten:

"(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf zwei Dezimalstellen zu runden. Die Beitragseinnahmen sind dabei ausgehend vom Jahr 1994 jährlich gegenüberzustellen. Für den Gesamterhöhungsprozentsatz ist das Produkt der Erhöhungsprozentsätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze bis zum Jahr 1997 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2000 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 447 f Abs. 1 zu erfolgen.

(3) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist um den Prozentsatz gemäß Abs. 2 erster Satz zu erhöhen (Sollbetrag).

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr bis zum Jahr 2000 sind diese Beträge um jenen

Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447 f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen."

15. Im § 322 a Abs. 5, 6, 7 und 8 wird jeweils der Ausdruck "Jahres" durch den Ausdruck "Folgejahres" ersetzt.

16. § 332 Abs. 1 vorletzter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

"Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergewende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen."

17. Dem § 416 wird folgender Satz angefügt:

"Durch die Einleitung eines Verfahrens auf Entscheidung über Zahlungsverpflichtungen betreffende Streitigkeiten werden diese Zahlungsverpflichtungen nicht gehemmt."

18. § 447 a Abs. 5 Z 3 zweiter Satz lautet:

"Dieser Betrag wird durch Überweisungen aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger nach einem Schlüssel aufgebracht, der nach dem Verhältnis der Zusatzbeiträge der einzelnen Krankenversicherungsträger berechnet wird."

19. § 447 f lautet:

"Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die
Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds

§ 447 f. (1) Die Träger der Sozialversicherung leisten an die Länder (Landesfonds) für die Jahre 1997 bis 2000 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten gemäß § 148 Z 3. Der Pauschalbeitrag für das Jahr 1997 errechnet sich aus

1. einem Betrag von 23.671,558.153 Schilling, vervielfacht mit den endgültigen Hundertsätzen für die Jahre 1995, 1996 und 1997 gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995, und

2. einem Betrag, der nach den Grundsätzen der für das Jahr 1994 gemäß der Vereinbarung BGBl. Nr. 863/1992 geltenden Regelungen (Art. 18 und 19 dieser Vereinbarung) auf Basis der Daten des Jahres 1997 abgerechnet wird.

Die Pauschalbeiträge für die Jahre 1998, 1999 und 2000 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. Die Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionisten im Jahr 1996 ist bei der Berechnung der Hundertsätze gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995, für die Jahre 1996 und 1997 sowie bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 1998 bis 2000 nicht zu berücksichtigen.

(2) Für das Jahr 1997 ist der Pauschalbeitrag gemäß Abs. 1 vorläufig in der Höhe von 37.000 Millionen Schilling zu überweisen. Der vorläufige Pauschalbeitrag für das Jahr 1998 ist bis 31. Dezember 1997 mit der Maßgabe zu berechnen, daß

1. an die Stelle des Betrages gemäß Abs. 1 Z 1 der Betrag tritt, der sich aus der Vervielfachung mit den endgültigen Hundertsätzen für die Jahre 1995 und 1996 und dem vorläufigen Hundertsatz für das Jahr 1997 ergibt, und daß

2. der Betrag gemäß Abs. 1 Z 2 auf der Basis der vorläufigen Daten des Jahres 1997 errechnet wird, und daß

3. die Summe dieser Beträge mit dem vorläufigen Prozentsatz für das Jahr 1998 multipliziert wird, der aufgrund der für das Jahr 1998 geschätzten Steigerung der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber den voraussichtlichen Beitragseinnahmen für das Jahr 1997 entspricht.

(3) Die vorläufigen Pauschalbeiträge für die Jahre 1999 und 2000 sind aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages gemäß endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr multipliziert mit den vorläufigen Prozentsätzen der Folgejahre zu errechnen. Dies sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr. Die vorläufigen Pauschalbeiträge sind bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres festzusetzen.

(4) Der beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger errichtete Ausgleichsfonds

für die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die Länder (Landesfonds)

1. 70% des Pauschalbeitrages gemäß Abs. 1 in zwölf gleich hohen Monatsraten jeweils am 20. eines Monats, beginnend mit dem Monat April bis zum Monat März des Folgejahres und

2. 30% des Pauschalbeitrages gemäß Abs. 1 in vier gleich hohen Quartalsbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner des Folgejahres.

Die endgültige Abrechnung des Pauschalbeitrages hat bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen. Die erstmalige Überweisung der Monatsrate gemäß Z 1 ist abweichend von Z 1 am 7. April 1997 fällig.

(5) Die Überweisungen gemäß Abs. 4 sind auf die Länder (Landesfonds) gemäß folgendem Schlüssel zu verteilen:

Burgenland	2,432392170	%
Kärnten	7,361855106	%
Niederösterreich	14,475458234	%
Oberösterreich	17,291136773	%
Salzburg	6,421603874	%
Steiermark	14,581355521	%
Tirol	7,725665708	%
Vorarlberg	4,164476274	%
Wien	25,546056340	%

(6) Bei Anstaltspflege eines Angehörigen nach diesem Bundesgesetz und nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz und bei Anstaltspflege eines Versicherten nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz hat der (die) Versicherte an das Land (Landesfonds) einen Kostenbeitrag zu leisten. Dieser beträgt für

jeden Verpflegstag 10 vH der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührenersätze, vervielfacht mit dem Hundertsatz für das Jahr 1997 gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995. Diese Beträge sind jährlich anzupassen, wobei die Prozentsätze gemäß Abs. 1 dritter Satz anzuwenden sind. Solange keine endgültigen Prozentsätze vorliegen, sind die vorläufigen Prozentsätze heranzuziehen. Vom Kostenbeitrag ist abzusehen,

1. sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung an, übersteigen,

2. für Anstaltspflege, die aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft geleistet wird,

3. für Leistungen nach § 120 Abs. 2 dieses Bundesgesetzes und nach § 76 Abs. 2 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (Organspenden).

(7) Mit den Pauschalbeiträgen der Träger der Sozialversicherung gemäß Abs. 1 und den Beiträgen der Versicherten gemäß Abs. 6 an die Länder (Landesfonds) sind alle Leistungen der im § 148 genannten Krankenanstalten insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe des § 148 Z 3 zur Gänze abgegolten.

(8) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe der Abs. 1 bis 5 und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Allfällige Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gemäß § 447 a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluß zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlußbilanz zum Ende des Jahres bestehen muß. Weiters ist zum Abschluß eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluß dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales vorzulegen.

(9) Die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Maßgabe des Abs. 1 bis 5 werden für die Kalenderjahre 1997 bis 2000 aufgebracht:

1. durch die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 51 b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, § 27 a des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, § 24 a des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, § 20 a des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes);

2. soweit 30% der Überweisungen des Ausgleichsfonds an die Länder (Landesfonds) durch Zusatzbeiträge nach Z 1 nicht gedeckt sind, durch Überweisungen der dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger (§ 31 Abs. 1) nach einem Schlüssel, der nach dem Verhältnis der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger berechnet wird. Dabei sind

alle Beitragseinnahmen für Versicherte und der Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der Bauern heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge gemäß Z 1 und Beiträge gemäß § 22 Abs. 3 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes sind außer Betracht zu lassen.

3. 70% der Überweisungen des Ausgleichsfonds an die Länder (Landesfonds) durch Überweisungen der Sozialversicherungsträger nach folgendem Schlüssel:

Wiener Gebietskrankenkasse	17,24876	‰
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse ...	11,75596	‰
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,95083	‰
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	14,92858	‰
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	10,28247	‰
Kärntner Gebietskrankenkasse	5,36150	‰
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,67010	‰
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,67863	‰
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,72757	‰
Betriebskrankenkasse der Österreichischen		
Staatsdruckerei	0,02583	‰
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,08857	‰
Betriebskrankenkasse der Wiener		
Verkehrsbetriebe	0,32719	‰
Betriebskrankenkasse Semperit	0,18395	‰
Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG	0,03836	‰
Betriebskrankenkasse VOEST-ALPINE Donawitz ..	0,23103	‰
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,09937	‰
Betriebskrankenkasse Kindberg	0,05508	‰
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,30782	‰
Betriebskrankenkasse Pengg	0,03442	‰
Versicherungsanstalt des österreichischen		
Bergbaues (als Träger der Krankenversicherung)	1,07471	‰
Versicherungsanstalt der österreichischen		
Eisenbahnen (als Träger der Krankenversiche-		
rung)	4,14157	‰
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter		
(als Träger der Krankenversicherung)	7,74737	‰
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen		
Wirtschaft (als Träger der Krankenversiche-		
rung)	5,22717	‰
Sozialversicherungsanstalt der Bauern		
(als Träger der Krankenversicherung)	4,52266	‰
Versicherungsanstalt der österreichischen		
Eisenbahnen (als Träger der Unfallversiche-		
rung)	0,01257	‰

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Unfallversicherung)	0,00688	%
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	0,00288	%
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Unfallversicherung)	0,16985	%
Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten	0,02408	%
Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter ...	0,06662	%
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Pensionsversiche- rung	0,00483	%
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Pensionsversicherung)	0,00280	%

(10) Die dem Hauptverband angehörenden Träger der Sozialversicherung haben die Überweisungen gemäß Abs. 9 Z 1 und 2 in der Höhe eines Viertels des vorläufigen Jahresbetrages (Abs. 2 und 3) und die Überweisungen gemäß Abs. 9 Z 3 in der Höhe eines Zwölftels des vorläufigen Jahresbetrages (Abs. 2 und 3) vorschußweise an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten. Die Höhe der vorschußweisen Zahlungen gemäß Abs. 9 Z 1 und 2 ist vom Hauptverband unter Berücksichtigung der Beitragseinnahmen für das dem Geschäftsjahr zweitvorangegangene Jahr festzusetzen. Der Ausgleich für die endgültigen Überweisungen an den Ausgleichsfonds ist bis Ende Oktober des folgenden Geschäftsjahres vorzunehmen.

(11) Alle von den Krankenversicherungsträgern an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu überweisenden Beträge sind so zu überweisen, daß die betreffenden Beträge beim Hauptverband am jeweils drittletzten Bankarbeitstag vor dem Überweisungstermin gemäß Abs. 4 bereits eingetroffen sind."

20. Nach § 566 wird folgender § 567 angefügt:
- "§ 567. (1) Es treten in Kraft:
1. mit 1. Jänner 1997 die §§ 105 Abs. 1, 3 und 4 und 416 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;
 2. rückwirkend mit 1. August 1996 die §§ 131 Abs. 6 und 136 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.
- (2) Die §§ 121 Abs. 4 Z 3 lit. d, 122 Abs. 2 Z 1 lit. d, 124 Abs. 2 Z 1, 130 Abs. 3, 145 Überschrift, 145 Abs. 1 und 2, 148, 149, 150, 322 a, 332 Abs. 1, 447 a Abs. 5 Z 3 zweiter Satz und 447 f in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.
- (3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung wieder in Kraft.
- (4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 148 und 149 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.
- (5) § 63 b ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 51 b), die für die Jahre 1997 bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden."

Artikel II

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 412/1996, wird wie folgt geändert:

1. Im § 73 Abs. 1, 3 und 4 wird jeweils der Ausdruck "Mai bzw. Oktober" durch den Ausdruck "April bzw. September" ersetzt.

2. Im § 85 Abs. 2 lit. b wird nach dem Ausdruck "wenn" der Ausdruck "bei anderen Leistungen als Anstaltspflege" eingefügt.

3. Im § 92 Abs. 3 dritter Satz wird nach dem Ausdruck "Jahres" der Ausdruck ", erstmals ab 1. Jänner 1998," eingefügt.

4. § 96 Abs. 2 erster und zweiter Satz lauten:
"Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c erhalten, kann die Satzung bestimmen, daß im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Sonderklasse) Kostenersätze für Operationen und Sondergebühren in sinngemäßer Anwendung der für die ärztliche Hilfe (§ 91) und Heilmittel (§ 92) geltenden Bestimmungen nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt, gewährt werden. Im Vergütungstarif können auch Pauschalsätze festgelegt werden."

5. § 97 lautet:

"Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 97. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den

landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden."

6. § 98 lautet:

"Beziehungen zu anderen als in § 97 genannten Krankenanstalten

§ 98. (1) Der Erkrankte kann auch in eine andere als in § 97 genannte Krankenanstalt aufgenommen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht. In diesem Fall ist die Pflege in einer solchen Krankenanstalt der Pflege in einer Krankenanstalt im Sinne des § 97 gleichzuhalten. § 149 Abs. 3 und 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind anzuwenden.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten."

7. Nach dem § 98 wird folgender § 98 a eingefügt:

"Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei
Anstaltspflege

§ 98 a. Wenn ein Anspruch auf Anstaltspflege als Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Kostenbeitrag zu leisten. Der Kostenbeitrag ist in der Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen."

8. § 190 Abs. 1 zweiter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

"Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergewende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen."

9. Nach § 268 wird folgender § 269 angefügt:

"§ 269. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1997 § 73 Abs. 1, 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;

2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 92 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(2) Die §§ 85 Abs. 2 lit. b, 96 Abs. 2, 97, 98, 98 a und 190 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 97 und 98 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(5) § 27 b ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 27 a), die für die Jahre 1997 bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden."

Artikel III

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 413/1996, wird wie folgt geändert:

1. Im § 69 Abs. 1, 3 und 4 wird jeweils der Ausdruck "Mai bzw. Oktober" durch den Ausdruck "April bzw. September" ersetzt.

2. § 80 Abs. 2 zweiter Satz lautet:
"Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447 f

Abs. 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu entrichten."

3. § 80 Abs. 3 lit. c, e und f werden aufgehoben.

4. Im § 86 Abs. 3 dritter Satz wird nach dem Ausdruck "Jahres" der Ausdruck ", erstmals ab 1. Jänner 1998," eingefügt.

5. Die Überschrift zu § 90 lautet:

"Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden"

6. Im § 90 Abs. 1 und Abs. 2 wird jeweils der Ausdruck "öffentliche Krankenanstalt" durch den Ausdruck "landesfondsfinanzierte Krankenanstalt" ersetzt.

7. § 91 lautet:

"Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 91. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden."

8. § 92 lautet:

"Beziehungen zu anderen als in § 91 genannten
Krankenanstalten

§ 92. (1) Der Erkrankte kann auch in eine eigene Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder in eine andere als in § 91 genannte Krankenanstalt eingewiesen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht, wenn im Sprengel der für den Erkrankten zuständigen Landesstelle keine Krankenanstalt im Sinne des § 91 besteht oder der Erkrankte zustimmt. In diesem Fall ist die Pflege in einer solchen Krankenanstalt der Pflege in einer Krankenanstalt im Sinne des § 91 bei der Anwendung der Bestimmungen des § 90 Abs. 2 gleichzuhalten. § 89 Abs. 3 bis 5 dieses Bundesgesetzes sowie § 149 Abs. 3 bis 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind anzuwenden.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten."

9. § 93 lautet:

"Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei
Anstaltspflege

§ 93. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Kostenbeitrag zu leisten, wenn der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 92 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Der Kostenbeitrag ist in der Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen."

10. § 178 Abs. 1 zweiter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

"Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergewende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen."

11. Nach § 257 wird folgender § 258 angefügt:

"§ 258. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1997 § 69 Abs. 1, 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;

2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 86 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(2) Die §§ 80 Abs. 2 und 3 lit. c, e und f, 90 Überschrift sowie Abs. 1 und 2, 91 bis 93 und 178 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 91 und 92 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(5) § 24 b ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 24 a), die für die Jahre 1997 bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden."

Artikel IV

Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 414/1996, wird wie folgt geändert:

1. § 7 Abs. 2 Z 2 lautet:

"2. während der Dauer des Bezuges von Karenzurlaubsgeld nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 395/1974 oder gleichartigen Bestimmungen und eines anschließenden Karenzurlaubes bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres des Kindes;"

2. Im § 46 Abs. 1, 3 und 4 wird jeweils der Ausdruck "Mai beziehungsweise Oktober" durch den Ausdruck "April bzw. September" ersetzt.

3. Im § 59 Abs. 1 werden der zweite und der dritte Satz durch folgende Sätze ersetzt:
"Zu den Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege ist in der Satzung ein Kostenbeitrag in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen."

4. Im § 63 Abs. 4 werden nach dem zweiten Satz folgende Sätze eingefügt:
"Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden."

5. Im § 64 Abs. 3 dritter Satz wird nach dem Ausdruck "Jahres" der Ausdruck ", erstmals ab 1. Jänner 1998," eingefügt.

6. Im § 67 entfällt der Ausdruck "öffentlichen oder in eine nichtöffentliche".

7. § 68 lautet:

"Beziehungen zu den Krankenanstalten

§ 68. (1) (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit anderen als in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen von der Versicherungsanstalt beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

(3) Für Verträge gemäß Abs. 2 ist § 149 Abs. 3 und 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden."

8. § 125 Abs. 1 zweiter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

"Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergehende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen."

9. Nach § 183 wird folgender § 184 angefügt:

"§ 184. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1997 § 46 Abs. 1, 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;

2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 64 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;

3. rückwirkend mit 1. Mai 1996 § 7 Abs. 2 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(2) Die §§ 59 Abs. 1, 63 Abs. 4, 67, 68 und 125 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zum § 68 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(5) § 24 a ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 20 a), die für die Jahre 1997 bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden."

Artikel V

Änderung des Bundesgesetzes betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der Verordnungen (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit

Das Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der Verordnungen (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit, BGBl. Nr. 154/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. XXX/1996, wird wie folgt geändert:

1. Das Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der Verordnungen (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit erhält die Bezeichnung:

"Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen im Bereich der sozialen Sicherheit im Verhältnis zur Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten (Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz - SV-EG)".

2. Am Ende von § 1 Abs. 1 Z 6 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 7 angefügt:

"7. "Abkommen" ein von Österreich geschlossenes Abkommen im Bereich der sozialen Sicherheit."

3. Nach § 7 wird folgender § 7 a samt Überschrift angefügt:

"Beziehung der Träger zu den
Ländern (Landesfonds) in zwischenstaatlichen Fällen

§ 7 a. (1) Die den Ländern (Landesfonds) auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform

des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 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 erstatten den Ländern (Landesfonds) die in Betracht kommenden Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald der jeweils maßgebende Erstattungsbetrag des zuständigen ausländischen Trägers bei ihnen einlangt.

(2) In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder eines Kostenerstattungsverzichtes erstatten die Gebietskrankenkassen den Ländern (Landesfonds) 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.

(3) Für die Behandlung von aus der österreichischen Sozialversicherung anspruchsberechtigten Personen auf Grund der Verordnung oder eines Abkommens in ausländischen Krankenanstalten gelten die Träger der Sozialversicherung weiterhin als zuständige Träger.

(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. aus medizinischen Gründen aus einer inländischen in eine ausländische Krankenanstalt verlegt wurde oder

2. die ihrem Zustand angemessene Behandlung im Inland nicht oder nicht in einem Zeitraum erhalten konnte, der für diese Behandlung normalerweise erforderlich ist,

sind den Trägern der Sozialversicherung aus Mitteln des Bundes gemäß Art. 8 Abs. 1 Z 4 der im Abs. 1 genannten Vereinbarung in dem Ausmaß zu ersetzen, in dem die insgesamt von den Trägern der Sozialversicherung in einem Jahr für diese Fälle aufgewendeten Beträge den Betrag von 60 Mio. S übersteigen. Dieser Betrag ist für die Jahre 1998 bis 2000 entsprechend Art. 9 Abs. 5 und 6 dieser Vereinbarung zu valorisieren. Die Träger der Sozialversicherung haben zur Durchführung dieses Absatzes die entsprechenden Aufwendungen unverzüglich an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu melden. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger überwacht laufend die Entwicklung der Aufwendungen und macht gegebenenfalls die Erstattung aus den Mitteln des Bundes im Namen der betroffenen Träger geltend. Die Erstattungen aus den Mitteln des Bundes sind am Ende des Jahres der Geltendmachung an die betroffenen Träger zu überweisen. "

4. Nach § 9 a wird folgender § 9 b eingefügt:

"§ 9 b. § 1 Abs. 1 Z 7 und § 7 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. XXX/1996 treten gleichzeitig mit der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997

bis 2000 in Kraft. § 7 a tritt gleichzeitig mit der genannten Vereinbarung außer Kraft."

2. SRÄG 1996

V o r b l a t t

A. Problem und Ziel

Einführung einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung zur Eindämmung der überproportionalen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen.

B. Lösung

Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 im Bereich der Sozialversicherung.

C. Alternativen

Keine, da die zur Durchführung der genannten Vereinbarung notwendigen Regelungen bis zum 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen sind.

D. Kosten

Keine.

E. Konformität mit EG-Recht gegeben.

REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Zl. 21.562/36-1/96

E r l ä u t e r u n g e n

Zu Art. I Z 1, Art. II Z 1, Art. III Z 1 und Art. IV Z 2 (§ 105 Abs. 1, 3 und 4 ASVG; § 73 Abs. 1, 3 und 4 GSVG; § 69 Abs. 1, 3 und 4 BSVG; § 46 Abs. 1, 3 und 4 B-KUVG):

Durch eine klarstellende Korrektur soll sichergestellt werden, daß die Sonderzahlungen so wie bisher Anfang Mai und Anfang Oktober ausbezahlt werden.

Zu Art. I Z 6 (§ 131 Abs. 6 ASVG):

Vorrangiges Ziel der sozialen Krankenversicherung ist eine ausreichende flächendeckende medizinische Versorgung über Gesamtverträge. Primär sollen daher Vertragspartner in Anspruch genommen werden. Aus diesem Grunde wurde im Rahmen des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996, BGBl. Nr. 411, bei Inanspruchnahme von Wahlarzthilfe der Kostenersatz für wahlärztliche Behandlung auf 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes aufzuwenden gewesen wäre, gesenkt. Diese Regelung betrifft auch die der ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung gleichgestellten Behandlungen und Leistungen.

Für den Fall, daß auf Grund der Vertragslage (mangelnde Gesamtverträge) eine ausreichende flächendeckende medizinische Grundversorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet ist, soll dem Versicherungsträger die Möglichkeit eröffnet werden, im Wege der Satzung eine Kostenerstattung in der Höhe von über 80 vH bis zu 100 vH des Vertragstarifes vorzusehen.

Zu Art. I Z 7, Art. II Z 3, Art. III Z 4 und Art. IV Z 5 (§ 136 Abs. 3 ASVG; § 92 Abs. 3 GSVG; § 86 Abs. 3 BSVG; § 64 Abs. 3 B-KUVG):

Da die Erhöhung der Rezeptgebühr von 35 S auf 42 S erst vor kurzer Zeit (mit Wirksamkeit vom 1. August 1996) erfolgt ist, soll die erste Aufwertung dieses Betrages nicht schon ab 1. Jänner 1997 erfolgen, sondern erst ab 1. Jänner 1998.

Zu Art. I Z 2 bis 5 und 8 bis 19, Art. II Z 2 und 4 bis 8, Art. III Z 2, 3 und 5 bis 10 und Art. IV Z 3, 4 und 6 bis 8 (§§ 121 Abs. 4 Z 3 lit. d, 122 Abs. 2 Z 1 lit. d, 124 Abs. 2 Z 1, 130 Abs. 3, 145 Überschrift, 145 Abs. 1 und 2, 148, 149, 150, 322 a Abs. 1 bis 8, 332 Abs. 1, 416, 447 a Abs. 5 Z 3 zweiter Satz und 447 f ASVG; §§ 85 Abs. 2 lit. b, 96 Abs. 2, 97, 98, 98 a und 190 Abs. 1 GSVG; §§ 80 Abs. 2 und 3 lit. c, e und f, 90 Überschrift sowie Abs. 1 und 2, 91 bis 93 und 178 BSVG; §§ 59 Abs. 1, 63 Abs. 4, 67, 68 und 125 Abs. 1 B-KUVG):

I. Allgemeines

Am 29. März 1996 einigten sich der Bund und die Länder über die Grundsätze einer Reform des

Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab dem Jahre 1997. Die Ergebnisse dieser Einigung wurden in einer Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 festgehalten. Mit den vorgeschlagenen Änderungen sollen das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz an diese Vereinbarung angepaßt werden.

Folgende Novellierungen in Umsetzung der genannten Vereinbarung sind hervorzuheben:

1. Regelung der Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden;

2. Regelung der Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den privaten Krankenanstalten, die nicht unter die genannte Vereinbarung fallen;

3. Regelung des Kostenbeitrages bei Anstaltspflege in einer privaten Krankenanstalt, zu der keine vertraglichen Beziehungen bestehen;

4. Adaption des Regreßrechtes im Falle der landesfondsfinanzierten Anstaltspflege;

5. Leistungen der Träger der Sozialversicherung an die Landesfonds.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Art. I Z 2 bis 4, 8 und 9, Art. III Z 5 und 6 sowie Art. IV Z 6 (§§ 121 Abs. 4 Z 3 lit. d, 122 Abs. 2 Z 1 lit. d, 124 Abs. 2 Z 1 und 145 ASVG; § 90 Überschrift sowie Abs. 1 und 2 BSVG; § 67 B-KUVG):

Es handelt sich bei den vorgesehenen Änderungen um terminologische Anpassungen im Zusammenhang mit der Neufassung der §§ 148 und 150 ASVG (§§ 91 und 92 BSVG bzw. § 68 B-KUVG).

Zu Art. I Z 5 (§ 130 Abs. 3 ASVG):

Für die Erstattung der Kosten an den Dienstgeber, der im Falle einer Erkrankung seines Dienstnehmers im Ausland die Leistung zu erbringen hat, ist bei Anstaltspflege derzeit eine Bezugnahme auf die Verpflegskostensätze öffentlicher Krankenanstalten vorgesehen.

Im Hinblick auf den Entfall der Pflegegebührenersätze für Leistungen öffentlicher Krankenanstalten soll hiebei künftig auf den Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege (§ 150 Abs. 2 ASVG) abgestellt werden.

Zu Art. I Z 10, Art. II Z 5, Art. III Z 7 sowie Art. IV Z 4 und 7 (§ 148 ASVG; § 97 GSVG; § 91 BSVG; §§ 63 Abs. 4 und 68 Abs. 1 B-KUVG):

Auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind den Trägern folgender Krankenanstalten Zahlungen zu gewähren:

1. öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie;

2. privaten Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 KAG bezeichneten Art, die gemäß § 16 leg.cit. gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind.

Die Länder (Landesfonds) übernehmen die finanziellen Leistungsverpflichtungen der Sozialversicherungsträger gegenüber den Rechtsträgern dieser Krankenanstalten, soweit dem Grunde nach vertragliche Ansprüche bereits im Jahre 1996 bestanden haben.

Mit den Zahlungen der Landesfonds (LKF-Gebührenersätze, Kostenbeiträge gemäß § 27 a KAG) an die Krankenanstalten sind sämtliche Ansprüche der Krankenanstalten gegenüber den Trägern der Sozialversicherung und gegenüber den Landesfonds abgegolten.

Die Krankenanstalten haben den Trägern der Sozialversicherung alle erforderlichen Daten zu übermitteln, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. So ist die Sozialversicherung auch laufend über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte von den Landesfonds zu informieren.

Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten gilt der jeweilige Landesfonds als Versicherungsträger.

Durch die vorgeschlagene Neufassung des § 148 ASVG finden insbesondere die in den Art. 1, 2, 9 und 11 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 vorgesehenen Regelungen Berücksichtigung.

Zu Art. I Z 11, Art. II Z 6, Art. III Z 8 sowie Art. IV Z 7 (§ 149 ASVG; § 98 GSVG; § 92 BSVG; § 68 Abs. 2 und 3 B-KUVG):

§ 149 ASVG regelt die künftigen Beziehungen zu jenen Krankenanstalten, die nicht unter § 148 ASVG fallen; das sind die sogenannten "echten" privaten Krankenanstalten und die (privaten) gemeinnützigen Sonderkrankenanstalten, die schon bisher nicht in die KRAZAF-Finanzierung einbezogen waren.

Für diese Krankenanstalten ist nach wie vor die Möglichkeit von Vertragsabschlüssen mit den Sozialversicherungsträgern vorgesehen. Dementsprechend wird in den Abs. 1 und 2 die derzeitige Rechtslage beibehalten, jedoch mit Ausnahme der Bestimmungen über die Höhe und Zahlung der Verpflegskosten.

In den neuen Abs. 3 und 4 sind nunmehr die diesbezüglichen Regelungen getroffen:

Danach sollen die Höhe und die Zahlungsbedingungen in Verträgen geregelt werden, die seitens der Sozialversicherung vom Hauptverband (für die Sozialversicherungsträger) mit den Privatspitälern - bzw. der von diesen hiezu ermächtigten Interessenvertretung - abzuschließen sind.

In diesen Verträgen wird - wie auch im öffentlichen Bereich - dem Grundsatz der Kostenbegrenzung für die Aufwendungen der Sozialversicherung Rechnung zu tragen sein:

So haben sich die Sozialversicherungsträger grundsätzlich bereit erklärt, ein Finanzvolumen im bisherigen Umfang für Leistungen der Privatspitäler zur Verfügung zu stellen, wenn es zu einer entsprechenden Einigung mit den Vertretern der Privatkrankenanstalten kommt. Dieses Finanzvolumen soll jedoch gleichzeitig die Gesamtlimitierung der Sozialversicherungsausgaben für diesen Bereich bilden.

Abs. 4 sieht den Abschluß eines Vertrages über die Verpflegskostenhöhe für die Unfallkrankenhäuser der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt vor. Vertragspartner sind diesfalls der Hauptverband (für die Träger der Krankenversicherung) und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.

Zu Art. I Z 12, Art. II Z 2, 4 und 7, Art. III Z 2, 3 und 9 sowie Art. IV Z 3 (§ 150 ASVG; §§ 85 Abs. 2 lit. b, 96 Abs. 2 und 98 a GSVG; §§ 80 Abs. 2 und 3 lit. c, e und f sowie 93 BSVG; § 59 Abs. 1 B-KUVG):

Gemäß § 150 ASVG wird der Kostenbeitrag des Versicherungsträgers (bislang: "Kostenerstattung") bei Anstaltspflege unter den gleichen Bedingungen wie bisher geleistet (Notwendigkeit und Unaufschiebbarkeit der Anstaltspflege, Einweisung in eine Nichtvertragskrankenanstalt mangels einer zur Verfügung stehenden Vertragskrankenanstalt).

Der Kostenbeitrag ist nunmehr jedoch in der Satzung in der Höhe festzusetzen, wie sie jener in den Verträgen mit den Privatspitälern (§ 149 Abs. 3 ASVG) entspricht. Bestehen keine Verträge, so ist der Kostenbeitrag - wie auch im § 131 a ASVG bezüglich der Ärzte - unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger und dem wirtschaftlichen Bedürfnis der Versicherten satzungsmäßig festzulegen.

Zu Art. I Z 13 bis 15, 18 und 19, Art. II Z 8,
Art. III Z 10 sowie Art. IV Z 8 (§§ 322 a, 447 a und
447 f ASVG; § 190 Abs. 1 GSVG; § 178 Abs. 1 BSVG;
§ 125 Abs. 1 B-KUVG):

Mit diesen Bestimmungen werden die finanziellen Verpflichtungen der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 umgesetzt und die interne Verteilung dieser Verpflichtung auf die einzelnen Versicherungsträger festgelegt. Dabei wurde auf eine größtmögliche Kontinuität bei gleichzeitig notwendigen Vereinfachungen bei der Aufteilung geachtet.

Zu Art. I Z 16 (§ 332 Abs. 1 ASVG):

Die Finanzierung der Anstaltspflege über Landesfonds soll auch im Regreßrecht ihren entsprechenden Niederschlag finden. So geht in diesen Fällen der Anspruch zwar weiterhin auf den Versicherungsträger über; dieser hat jedoch den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen, welche Gegenstand des Regresses sind, mit dem Landesfonds zu verrechnen. Damit ist ein sich am jeweiligen Aufwand orientierender Schadensausgleich zwischen dem Versicherungsträger und dem Landesfonds sichergestellt.

Zu Art. I Z 17 (§ 416 ASVG):

Aus aktuellem Anlaß sowie im Zusammenhang mit der Neuregelung der Finanzierung der Krankenanstalten für die Jahre 1997 bis 2000 soll sichergestellt werden,

daß der Hauptverband seinen Zahlungsverpflichtungen gegenüber den Landesfonds nachkommen kann.

Zu Art. IV Z 1 (§ 7 Abs. 2 Z 2 B-KUVG):

Im Rahmen des Strukturanpassungsgesetzes 1996 kam es insoferne zu Änderungen beim Bezug vom Karenzurlaubsgeld nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 bzw. dem Karenzurlaubsgesetz, als nunmehr Karenzurlaubsgeld bei alleiniger Inanspruchnahme durch einen Elternteil nur noch bis zum 18. Lebensmonat des Kindes ausbezahlt wird. Unverändert blieb die Regelung nach dem Mutterschutzgesetz bzw. dem Eltern-Karenzurlaubsgesetz, wonach Karenzurlaub bis zum zweiten Geburtstag des Kindes in Anspruch genommen werden kann.

Mit dem Strukturanpassungsgesetz 1996, BGBl. Nr. 201, wurde im § 122 Abs. 2 Z 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes normiert, daß für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung eintreten, Leistungen auch an Personen, denen das Karenzurlaubsgeld gemäß § 31 Abs. 1 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 gewährt wird, bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres des Kindes zu gewähren sind.

In den Fällen, in denen Karenzurlaubsgeld bis zum 18. Lebensmonat gewährt, Karenzurlaub nach Mutterschutzgesetz oder Eltern-Karenzurlaubsgesetz jedoch bis zum 24. Lebensmonat des Kindes konsumiert wird, wird gemäß § 7 Abs. 1 B-KUVG die Versicherung ab dem Ende des Bezuges von Karenzurlaubsgeld unterbrochen. Eine über den 18. Lebensmonat des Kindes hinausgehende Versicherung ist nur durch Mitversicherung oder freiwillige Weiterversicherung bei Leistung der Beiträge möglich.

Durch die vorliegende Änderung soll für Versicherte nach dem B-KUVG bei Karenzurlaub der Versicherungsschutz analog zur ASVG-Regelung weiterbestehen.

Zu Art. V (SV-EG):

I. Allgemeines

Die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 enthält auch Bestimmungen, die den zwischenstaatlichen Bereich betreffen und ergänzende Regelungen im Bereich der Sozialversicherung erfordern. Um diese ergänzenden Regelungen einheitlich für den gesamten Bereich der Sozialversicherung vorzusehen, wurde an Stelle von Regelungen in den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen einer einheitlichen Regelung im Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz der Vorzug gegeben.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen

Zu Z 1 (Titel):

Im Hinblick darauf, daß die neu aufzunehmenden Regelungen nicht nur die Anwendung des EG-Rechts im Bereich der sozialen Sicherheit, sondern auch die von Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Abkommen in diesem Bereich betreffen, ist eine Änderung der Bezeichnung des Bundesgesetzes erforderlich, wobei auch gleichzeitig ein Kurztitel und eine Abkürzung (SV-EG) eingeführt werden.

Zu Z 2 (§ 1 Abs. 1 Z 6 SV-EG):

Die neu eingefügte Definition umschreibt die von Österreich geschlossenen Abkommen über soziale Sicherheit. Für die im folgenden enthaltene Regelung des § 7 a sind diese Abkommen nur insofern relevant, als sie Regelungen betreffend die Gewährung von Sachleistungen in Krankenanstalten beinhalten.

Zu Z 3 (§ 7 a SV-EG):

Bei den zwischenstaatlichen Regelungen betreffend die Gewährung von Sachleistungen sind zwei Fälle zu unterscheiden:

1. Behandlung von im Ausland versicherten Personen in österreichischen Krankenanstalten

Nach den maßgebenden zwischenstaatlichen Regelungen haben im Ausland versicherte Personen (bzw. deren anspruchsberechtigte Angehörige) Anspruch auf Behandlung in österreichischen Krankenanstalten wie entsprechende in Österreich versicherte Personen. Diese Leistungen sind durch den "aushelfenden Träger" des jeweiligen Wohn- oder Aufenthaltsortes der betreffenden Person in der Regel gegen Verrechnung der dadurch entstehenden Kosten mit dem zuständigen ausländischen Versicherungsträger (bei dem das Versicherungsverhältnis besteht) zu erbringen.

Durch die genannte Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG werden nunmehr in Österreich die Länder (Landesfonds) aushelfende Träger. Diese Neuerung hat insbesondere zur Folge, daß in allen Fällen gegenüber

dem Ausland eine Geltendmachung der diesen für die Behandlung einer entsprechenden in Österreich versicherten Person erwachsenden Kosten möglich ist und die Kostenerstattung nicht so wie bisher hinsichtlich der Echkostenerstattung (siehe diesbezüglich weiter unten) mit den Pflegegebührenersätzen sowie den KRAZAF-Zuschlägen beschränkt ist. Der Übergang der Zuständigkeit als aushelfender Träger von den Sozialversicherungsträgern (insbesondere den Gebietskrankenkassen) hinsichtlich der Behandlung in Krankenanstalten auf die Länder (Landesfonds) ergibt sich aus Art. 11 Abs. 3 der genannten Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG, in dem ausdrücklich festgelegt wird, daß die Länder (Landesfonds) an die Stelle der Sozialversicherungsträger treten, und Art. 27 Abs. 2 dieser Vereinbarung, die diese Situation hinsichtlich der zwischenstaatlichen Fälle konkretisiert.

Zur Vereinheitlichung und Vereinfachung der Abrechnungspraxis wird im Abs. 1 festgelegt, daß die Geltendmachung von Forderungen der Länder (Landesfonds) und die sich daraus ergebende Kostenerstattung der zuständigen ausländischen Träger im Wege der jeweils örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zu erfolgen hat. Bei dieser Kostenerstattung sind folgende drei Fälle zu unterscheiden:

In der Regel sind den aushelfenden Trägern die diesen erwachsenden Kosten in der Höhe des tatsächlichen Betrages zu erstatten (Echkostenerstattung). In diesen Fällen werden die Forderungen der Länder (Landesfonds) von den Gebietskrankenkassen wie ihre eigenen Forderungen als aushelfende Träger (für sonstige Sachleistungen) an die zuständigen ausländischen Träger weitergereicht.

Sobald die Kostenerstattung des zuständigen ausländischen Trägers bei den Gebietskrankenkassen einlangt, ist der in Betracht kommende Betrag an die Länder (Landesfonds) weiterzuleiten.

An Stelle der Echkostenerstattung ist in einigen Fällen eine pauschale Kostenerstattung vorgesehen. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang auf die nach der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 (siehe diesbezüglich die Begriffsbestimmung des § 1 Z 2 des gegenständlichen Gesetzes) vorgesehenen Fälle der pauschalen Kostenerstattung hinzuweisen (Art. 94 betreffend Familienangehörige, die getrennt vom Arbeitnehmer oder Selbständigen außerhalb des zuständigen Staates wohnen, bzw. Art. 95 betreffend Pensionisten, die außerhalb des zuständigen Staates wohnen). Nach Abs. 2 ist für diese Fälle vorgesehen, daß die Gebietskrankenkassen die Forderungen der Länder (Landesfonds) in der tatsächlich geltend gemachten Höhe bereits mit Ende des Jahres der Geltendmachung zu erstatten haben, unabhängig davon, ob bereits die entsprechenden Pauschbeträge von den zuständigen ausländischen Trägern überwiesen wurden oder nicht. Allfällige Kürzungen der Pauschbeträge im Rahmen der Kostenerstattung (so sehen die genannten Bestimmungen der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 eine 20%-ige Kürzung vor) sind dabei entsprechend zu berücksichtigen.

Darüber hinaus hat Österreich insbesondere im Verhältnis zu Mitgliedstaaten mit Volksgesundheitssystemen wechselseitig auf die Kostenerstattung verzichtet (Kostenerstattungsverzicht, siehe zB Art. 2 Abs. 1 bis 3 der Kostenerstattungsvereinbarung mit Luxemburg vom 22. Dezember 1993, BGBl. Nr. 897/1994). Auch in diesen Fällen haben die Gebietskrankenkassen die

Forderungen der Länder (Landesfonds) in der tatsächlich geltend gemachten Höhe bereits mit Ende des Jahres der Geltendmachung zu erstatten. Die sich daraus ergebenden Belastungen der Gebietskrankenkassen sind nach Maßgabe der diesbezüglich in den Kostenerstattungsvereinbarungen ergänzend vorgesehenen Umverteilungsmechanismen (zB Art. 2 Abs. 4 der Vereinbarung mit Schweden) zu behandeln.

2. Behandlung von in Österreich versicherten Personen in ausländischen Krankenanstalten

Für die Behandlung von in Österreich versicherten Personen bzw. deren Familienangehörigen wird im Abs. 3 im Interesse der Betroffenen zur Vereinfachung der maßgebenden Rechtslage vorgesehen, daß weiterhin die Sozialversicherungsträger zuständige Träger bleiben, sodaß sich hinsichtlich dieser Fälle keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Länder (Landesfonds) ergeben.

Allerdings hat die Versorgungslage der Bevölkerung durch österreichische Krankenanstalten auch Auswirkungen auf diese Fälle. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß nach Art. 22 Abs. 1 lit. c der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (siehe diesbezüglich die Begriffsbestimmung des § 1 Z 1 des gegenständlichen Gesetzes) der zuständige österreichische Träger in bestimmten Fällen die Zustimmung zu einer Behandlung im Ausland erteilen muß, bzw. daß die österreichischen Sozialversicherungsträger auch aufgrund der innerstaatlichen Rechtslage zur Übernahme ausländischer Behandlungskosten verpflichtet sein können, sofern eine hinreichende Behandlung im Inland nicht sichergestellt ist. Nach entsprechenden Erhebungen und Hochrechnungen hatten die

österreichischen Träger für solche Fälle jährlich zuletzt rund 60 Mio. S aufzuwenden. Abs. 4 sieht daher entsprechend der diesbezüglichen Regelung im Art. 27 Abs. 3 der Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG vor, daß für den Fall einer Vermehrung dieses Betrages (insbesondere auf Grund von Leistungseinschränkungen im Anstaltenbereich) der Mehrbetrag den österreichischen Sozialversicherungsträgern aus Mitteln des Bundes nach Art. 8 Abs. 1 Z 4 der genannten Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG zu ersetzen ist. Für die Überwachung der entsprechenden Kostenentwicklung sowie die allfällige Geltendmachung des Mehrbetrages im Namen der betroffenen Sozialversicherungsträger gegenüber dem Bund wird der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für zuständig erklärt.

Zu Z 4 (§ 9 b SV-EG):

Diese Bestimmung trägt dem zeitlichen Geltungsbereich der genannten Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG Rechnung.

Pensions(Renten)sonderzahlungen

§ 105. (1) Zu Renten aus der Unfallversicherung und Pensionen aus der Pensionsversicherung, die in den Monaten Mai beziehungsweise Oktober bezogen werden, gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat Mai beziehungsweise Oktober ausgezahlten Pension (Rente) einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. Ruht der Pensions(Renten)anspruch für den Monat Mai beziehungsweise Oktober ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens mit einem Anspruch auf Krankengeld, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmungen des § 90 beziehungsweise des § 90 a zu berechnen.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat Mai beziehungsweise Oktober laufenden Pensionen (Renten) in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensions(Renten)zahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Art der Leistungen

§ 121. (1) bis (3) unverändert.

(4) Sofern nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder der Satzung der Anspruch von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig ist, sind auf diese anzurechnen:

1. und 2. unverändert.

3. Zeiten, während derer der Versicherte Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Mutterschaft hat, sofern dieser Anspruch nicht gemäß § 122 Abs.2 Z.2 oder Abs.3 entstanden ist, und zwar

a) bis c) unverändert.

d) Zeiten eines Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150 gegenüber einem Versicherungsträger;

Pensions(Renten)sonderzahlungen

§ 105. (1) Zu Renten aus der Unfallversicherung und Pensionen aus der Pensionsversicherung, die in den Monaten April bzw. September bezogen werden, gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat April bzw. September ausgezahlten Pension (Rente) einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. Ruht der Pensions(Renten)anspruch für den Monat 4 ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens mit einem Anspruch auf Krankengeld, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmungen des § 90 beziehungsweise des § 90 a zu berechnen.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat laufenden Pensionen (Renten) in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensions(Renten)zahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Art der Leistungen

§ 121. (1) bis (3) unverändert.

(4) Sofern nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder der Satzung der Anspruch von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig ist, sind auf diese anzurechnen:

1. und 2. unverändert.

3. Zeiten, während derer der Versicherte Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Mutterschaft hat, sofern dieser Anspruch nicht gemäß § 122 Abs.2 Z.2 oder Abs.3 entstanden ist, und zwar

a) bis c) unverändert.

d) Zeiten eines Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder auf Kostenbeitrag gemäß § 150 gegenüber einem Versicherungsträger;

ASVG - Geltende Fassung

4. bis 7. unverändert.

Zeiten der in der Z. 1 bis 7 genannten Art, die sich zeitlich decken, sind nur einfach zu zählen.

Anspruchsberechtigung während der Dauer der
Versicherung und nach dem Ausscheiden aus
der Versicherung

§ 122. (1) unverändert.

(2) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der
Versicherung oder nach Ablauf des im Abs. 1 lit. b
bezeichneten Zeitraumes eintreten, sind Leistungen, und
zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der
folgenden Bestimmungen zu gewähren:

1. an Personen, die Anspruch aus dem
Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit
infolge Krankheit oder der Mutterschaft haben, sofern
dieser Anspruch nicht gemäß Z.2 oder Abs.3 entstanden
ist, und zwar

a) bis c) unverändert.

d) während des Anspruches auf Ersatz der
Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150
gegenüber einem Versicherungsträger;

2. bis 4. unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

Sonderregelungen für Selbstversicherte
und Pensionisten

§ 124. (1) unverändert.

(2) Das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit
entfällt, wenn der Selbstversicherte in den unmittelbar
vor Beginn der Selbstversicherung vorangegangenen zwölf
Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher
mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen
Bundesgesetz krankenversichert war oder für ihn eine
Anspruchsberechtigung in einer solchen
Krankenversicherung bestand; ist die Pflichtversicherung
oder die darauf beruhende Anspruchsberechtigung infolge
einer Aussperrung oder eines Streiks erloschen, entfällt
ebenfalls das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit.
Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um die

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

4. bis 7. unverändert.

Zeiten der in der Z. 1 bis 7 genannten Art, die sich zeitlich decken, sind nur einfach zu zählen.

Anspruchsberechtigung während der Dauer der
Versicherung und nach dem Ausscheiden aus
der Versicherung

§ 122. (1) unverändert.

(2) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der
Versicherung oder nach Ablauf des im Abs. 1 lit. b
bezeichneten Zeitraumes eintreten, sind Leistungen, und
zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der
folgenden Bestimmungen zu gewähren:

1. an Personen, die Anspruch aus dem
Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit
infolge Krankheit oder der Mutterschaft haben, sofern
dieser Anspruch nicht gemäß Z.2 oder Abs.3 entstanden
ist, und zwar

a) bis c) unverändert.

d) während des Anspruches auf Ersatz der
Verpflegskosten gemäß § 131 oder auf
Kostenbeitrag gemäß § 150 gegenüber einem
Versicherungsträger;

2. bis 4. unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

Sonderregelungen für Selbstversicherte
und Pensionisten

§ 124. (1) unverändert.

(2) Das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit
entfällt, wenn der Selbstversicherte in den unmittelbar
vor Beginn der Selbstversicherung vorangegangenen zwölf
Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher
mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen
Bundesgesetz krankenversichert war oder für ihn eine
Anspruchsberechtigung in einer solchen
Krankenversicherung bestand; ist die Pflichtversicherung
oder die darauf beruhende Anspruchsberechtigung infolge
einer Aussperrung oder eines Streiks erloschen, entfällt
ebenfalls das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit.
Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um die

ASVG - Geltende Fassung

Zeiten, während derer der aus der Pflichtversicherung
ausgeschiedene Selbstversicherte

1. auf Rechnung eines Versicherungsträgers
Anstaltspflege erhielt oder auf Rechnung eines
Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs-
oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt
untergebracht war oder Anspruch auf Pflegegebührenersatz
gemäß § 131 oder § 150 einem Versicherungsträger
gegenüber hatte oder

2. unverändert.

(3) unverändert.

Erkrankung im Ausland

§ 130. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Versicherungsträger erstattet dem Dienstgeber
die Kosten. Als Ersatz der Kosten für Heilmittel ist
höchstens ein Dreißigstel, für ärztliche Hilfe höchstens
ein Zwanzigstel der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45
Abs. 1) für jeden Kalendertag der Behandlungszeit zu
bezahlen. Für Heilbehelfe sind höchstens jene Kosten zu
ersetzen, die dem Versicherungsträger bei
Inanspruchnahme der Leistung im Inland erwachsen wären.
Für die Unterbringung in einem Krankenhaus ersetzt der
Versicherungsträger die Kosten, die ihm bei
Unterbringung des Versicherten in einer inländischen
öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären; hiebei sind
die Verpflegungskostensätze der dem Wohnsitz des
Versicherten im Inland nächstgelegenen öffentlichen
Krankenanstalt zugrunde zu legen.

(4) unverändert.

Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (1) bis (5) unverändert.

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

Zeiten, während derer der aus der Pflichtversicherung
ausgeschiedene Selbstversicherte

1. auf Rechnung eines Versicherungsträgers
Anstaltspflege erhielt oder auf Rechnung eines
Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs-
oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt
untergebracht war oder Anspruch auf Pflegegebührenersatz
gemäß § 131 oder auf Kostenbeitrag gemäß § 150 einem
* Versicherungsträger gegenüber hatte oder

2. unverändert.

(3) unverändert.

Erkrankung im Ausland

§ 130. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Versicherungsträger erstattet dem Dienstgeber
die Kosten. Als Ersatz der Kosten für Heilmittel ist
höchstens ein Dreißigstel, für ärztliche Hilfe höchstens
ein Zwanzigstel der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45
Abs. 1) für jeden Kalendertag der Behandlungszeit zu
bezahlen. Für Heilbehelfe sind höchstens jene Kosten zu
ersetzen, die dem Versicherungsträger bei
Inanspruchnahme der Leistung im Inland erwachsen wären.
Für die Unterbringung in einem Krankenhaus ersetzt der
* Für die Unterbringung in einer Krankenanstalt leistet
* der Versicherungsträger einen Kostenbeitrag gemäß § 150
* Abs. 2.
*
*
*

(4) unverändert.

Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (1) bis (5) unverändert.

* (6) Wenn die flächendeckende Versorgung der
* Versicherten durch Verträge nicht in ausreichendem Maße
* gesichert ist, so kann in der Satzung des
* Versicherungsträgers das Ausmaß des Ersatzes der Kosten
* der Krankenbehandlung gemäß Abs. 1 mit mehr als 80 vH,
* höchstens jedoch mit 100 vH des Betrages, der bei
* Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des
* Versicherungsträgers von diesem aufzuwendenden gewesen
* wäre, festgesetzt werden. Die flächendeckende Versorgung
* ist jedenfalls dann anzunehmen, wenn Gesamtverträge nach

Heilmittel

§ 136. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) und (5) unverändert.

Einweisung in eine öffentliche Krankenanstalt

§ 145. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 144 gewährt wird, in eine öffentliche Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine öffentliche Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt zeigt dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen an.

Heilmittel

§ 136. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1998, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) und (5) unverändert.

* Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

* § 145. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 144 gewährt wird, in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt zeigt dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen an.

Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 148. Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsträger zu den öffentlichen Krankenanstalten gelten gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 folgende Grundsätze:

1. Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

2. Die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze sind, wenn es sich um den Versicherten selbst handelt, zur Gänze vom Versicherungsträger, wenn es sich aber um einen Angehörigen des Versicherten handelt, zu 90 v. H. vom Versicherungsträger und zu 10 v. H. vom Versicherten zu entrichten. Sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung übersteigen, bei einer aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft gewährten Anstaltspflege sowie bei der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gemäß § 120 Abs. 2 hat der Versicherungsträger auch für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze zur Gänze zu entrichten.

3. Alle Leistungen der Krankenanstalten mit Ausnahme der im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes, BGBI. Nr. 1/1957, angeführten Leistungen sind

- a) mit den vom Versicherungsträger gezahlten Pflegegebührenersätzen,
- b) mit den im § 27 a des Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträgen,
- c) bei Angehörigen des Versicherten auch mit dem Kostenbeitrag nach Z 2 und

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 148. (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesfonds nach Art. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden, sind gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 BVG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

1. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

2. Die den Krankenanstalten als LKF-Gebührenersatz gebührenden Zahlungen sind zur Gänze von den Landesfonds zu entrichten.

3. Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:

- a) LKF-Gebührenersätze der Landesfonds und
- b) Kostenbeiträge nach § 27 a KAG.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen und die im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes angeführten Leistungen.

ASVG - Geltende Fassung

- d) mit den Beiträgen der
Krankenversicherungsträger zum
Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

abgegolten.

4. Den Versicherungsträgern steht hinsichtlich der Erkrankten, für deren Anstaltspflege sie aufzukommen haben, das Recht zu, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Anstalt (zum Beispiel Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde) Einsicht zu nehmen, sowie durch einen beauftragten Facharzt den Erkrankten in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen.

5. Aufgehoben.

6. Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat gegenüber dem eingewiesenen Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen, soweit nach Z. 2

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

4. Der Kostenbeitrag gemäß § 447 f Abs. 6 ist von der Krankenanstalt für Rechnung des Landesfonds einzubehalten.

5. Die Versicherungsträger haben ohne Einschaltung des Landesfonds folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt:

- a) das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);
- b) das Recht, auf eigene Kosten Kopien dieser Unterlagen zu erhalten;
- c) das Recht, den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;
- d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen eines Landesfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versicherungszuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfaßt auch die entsprechenden Statistiken, Erfolgsrechnungen, Bilanzen usw.; ferner das Recht auf laufende Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Landesfonds zur Verfügung gestellt werden.

6. Die Länder haben Vorsorge zu treffen, daß der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern spätestens ab 1. Jänner 1998

ASVG - Geltende Fassung

nichts anderes bestimmt ist, keinen Anspruch auf Pflegegebührenersätze für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege.

7. Im übrigen werden die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten, insbesondere hinsichtlich der Höhe der zu zahlenden Pflegegebührenersätze und der Dauer, für die Pflegegebührenersätze zu zahlen sind, durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zwischen dem Hauptverband im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Versicherungsträger einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen sind und zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form der Abfassung bedürfen.

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

* elektronisch vorzunehmen ist, wobei die
* Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit
* einheitlich zu gestalten sind.

* 7. Die Versicherungsträger haben das Recht auf
* laufende Information über die festgelegten vorläufigen
* und endgültigen Punktwerte durch den Landesfonds.

* 8. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den
* Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und
* Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von
* LKF-Gebührenersätzen gegenüber den Rechtsträgern der
* Krankenanstalten betreffen, gilt der jeweilige
* Landesfonds als Versicherungsträger. Der Landesfonds
* 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. Wenn Leistungen gemäß Z 3 gewährt werden, hat der
* Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Landesfonds
* gegenüber dem Versicherten, Patienten oder den für ihn
* unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch
* auf Gegenleistungen; ausgenommen hievon sind nur der
* Kostenbeitrag gemäß § 27 a KAG und der Kostenbeitrag
* gemäß § 447 f Abs. 6.

* 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 Landesfonds abzuschließen. Diese Verträge
* sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen
* wurden.

Einweisung in nichtöffentliche Krankenanstalten
und Beziehungen zu diesen Anstalten

§ 149. (1) Der Erkrankte kann auch in eine eigene Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder in eine sonstige nichtöffentliche Krankenanstalt eingewiesen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht, wenn im Sprengel des Versicherungsträgers eine öffentliche Krankenanstalt nicht besteht oder der Erkrankte zustimmt. In einem solchen Fall ist die Pflege in der nichtöffentlichen Krankenanstalt der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt bei der Anwendung der Bestimmungen des § 145 Abs. 2 gleichzuhalten. § 144 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) **G r u n d s a t z b e s t i m m u n g.** Die Verträge mit den nichtöffentlichen Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles wie zum Beispiel in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser sowie über die Höhe und Zahlung der Verpflegskosten zu enthalten. Die mit den nichtöffentlichen gemeinnützigen Krankenanstalten zu vereinbarenden Verpflegskostensätze dürfen nicht niedriger sein als die Verpflegskostensätze, die vom gleichen Versicherungsträger an die nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen geleistet werden. Im übrigen gilt § 148 Z 2 und 3 sinngemäß.

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) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

(3) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen hierfür sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Hauptverband abzuschließen sind. Nicht umfaßt hiervon 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 hierfür durch einen Vertrag festzulegen. Dieser ist für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt abzuschließen.

(5) § 447 f Abs. 6 ist mit der Maßgabe anzuwenden,

Kostenersatz an den Versicherten bei Anstaltspflege

§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten die Kosten der Anstaltspflege zu ersetzen, wenn

1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil öffentliche Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen oder

2. der Erkrankte in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Die Kosten werden höchstens in dem Ausmaß der Kosten ersetzt, die dem Versicherungsträger in der nach Art und Umfang der Einrichtung und Leistungen in Betracht kommenden nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären.

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

§ 322a. (1) Die sich aus der Durchführung der Bestimmungen des § 28 des Krankenanstaltengesetzes ab 1. Jänner 1978 ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger werden über ein vom Hauptverband zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.

(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober eines jeden Jahres unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes die Beitragseinnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres den Beitragseinnahmen des zweitvorangegangenen Kalenderjahres gegenüberzustellen; die sich daraus ergebenden Erhöhungsprozentsätze sind auf zwei Dezimalstellen zu runden.

* daß der Kostenbeitrag an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist.

* Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

* § 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Kostenbeitrag zu leisten, wenn

* 1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesfondsfinanzierte Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen oder

* 2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

* (2) Der Kostenbeitrag ist in der Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit aller Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.

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

* § 322a. (1) Die sich aus der Durchführung der Bestimmungen des § 447 f Abs. 9 Z 3 ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger werden über ein vom Hauptverband zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.

* (2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf zwei Dezimalstellen zu runden. Die Beitragseinnahmen sind dabei ausgehend vom Jahr 1994 jährlich gegenüberzustellen. Für den Gesamterhöhungsprozentsatz ist das Produkt der

(3) Der von jedem Krankenversicherungsträger im zweitvorangegangenen Kalenderjahr für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist um jenen Prozentsatz zu erhöhen, der sich aus der Gegenüberstellung seiner Beitragseinnahmen gemäß Abs. 2 ergibt (Sollbetrag).

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im zweitvorangegangenen Jahr für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist weiters um den für das Vorjahr nach § 28 Abs. 9 des Krankenanstaltengesetzes festgestellten endgültigen Hundertsatz zu erhöhen und sodann mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) Liegt der gemäß Abs. 4 ermittelte Betrag über dem Sollbetrag, hat der betreffende Krankenversicherungsträger Anspruch auf Zuweisung aus dem Verrechnungskonto nach Maßgabe der Bestimmungen der Abs. 7 und 8; allfällige Ansprüche sind jeweils bis 15. November eines jeden Jahres geltend zu machen.

(6) Liegt der gemäß Abs. 4 ermittelte Betrag unter dem Sollbetrag, hat der Versicherungsträger die Differenz dem Hauptverband bis 15. November eines jeden Jahres 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 Jahres einzuzahlen; er hat ferner die gemäß Abs. 5 geltend gemachten Ansprüche nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Verrechnungskonto anteilig zu befriedigen.

* 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 BGB1. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2000 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 447 f Abs. 1 zu erfolgen.

* (3) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist um den Prozentsatz gemäß Abs. 2 erster Satz zu erhöhen (Sollbetrag).

* (4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr bis zum Jahr 2000 sind diese Beträge um jenen Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447 f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

* (5) Liegt der gemäß Abs. 4 ermittelte Betrag über dem Sollbetrag, hat der betreffende Krankenversicherungsträger Anspruch auf Zuweisung aus dem Verrechnungskonto nach Maßgabe der Bestimmungen der Abs. 7 und 8; allfällige Ansprüche sind jeweils bis 15. November eines jeden Folgejahres geltend zu machen.

* (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.

ASVG - Geltende Fassung

(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 Jahres auf das Verrechnungskonto einzuzahlen; er hat ferner die gemäß Abs. 5 geltend gemachten Ansprüche voll zu befriedigen.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsträger

§ 332. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 123 Leistungen zu gewährt sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, umfaßt der übergehende Anspruch anteilmäßig auch die zusätzlichen Zahlungen des Versicherungsträgers zur Krankenanstaltenfinanzierung (§ 148 Z 3 lit. d); hiebei ist § 28 Abs. 4 Z 3 KAG sinngemäß anzuwenden. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über.

(2) bis (6) unverändert.

Sonstige Entscheidungsbefugnisse des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

§ 416. Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern in Verwaltungssachen, die nicht die Versicherungs(Leistungs)zugehörigkeit oder Versicherungs(Leistungs)zuständigkeit betreffen, und Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband und den Versicherungsträgern entscheidet unter Ausschluß eines Bescheidrechtes der beteiligten Versicherungsträger das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

(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.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsträger

§ 332. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 123 Leistungen zu gewährt sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergehende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über.

(2) bis (6) unverändert.

Sonstige Entscheidungsbefugnisse des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

§ 416. Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern in Verwaltungssachen, die nicht die Versicherungs(Leistungs)zugehörigkeit oder Versicherungs(Leistungs)zuständigkeit betreffen, und Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband und den Versicherungsträgern entscheidet unter Ausschluß eines Bescheidrechtes der beteiligten Versicherungsträger das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Durch die Einleitung eines Verfahrens auf Entscheidung über Zahlungsverpflichtungen betreffende Streitigkeiten werden diese Zahlungsverpflichtungen nicht gehemmt.

Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

§ 447a. (1) bis (4) unverändert.

(5) Zur Deckung einer erhöhten Belastung einer Gebietskrankenkasse aus den im § 447 b Abs. 8 angeführten Gründen ist eine besondere Rücklage zu bilden. Dieser Rücklage sind zuzuführen:

1. und 2. unverändert.

3. ein Betrag von jährlich 200 Millionen Schilling, erstmals für das Geschäftsjahr 1994. Dieser Betrag wird durch Überweisungen aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger nach demselben Schlüssel aufgebracht, der für die Verteilung in § 447 f Abs. 3 Z 2 festgesetzt ist. Der Betrag ist entsprechend der Veränderung der Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung gegenüber dem Jahr 1994 jährlich aufzuwerten.

Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

§ 447f. (1) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds hat die Überweisungen der Träger der Krankenversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Allfällige Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gemäß § 447 a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluß zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlußbilanz zum Ende des Jahres bestehen muß. Weiters ist zum Abschluß eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluß dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales vorzulegen.

Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

§ 447a. (1) bis (4) unverändert.

(5) Zur Deckung einer erhöhten Belastung einer Gebietskrankenkasse aus den im § 447 b Abs. 8 angeführten Gründen ist eine besondere Rücklage zu bilden. Dieser Rücklage sind zuzuführen:

1. und 2. unverändert.

3. ein Betrag von jährlich 200 Millionen Schilling, erstmals für das Geschäftsjahr 1994. Dieser Betrag wird durch Überweisungen aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger nach einem Schlüssel aufgebracht, der nach dem Verhältnis der Zusatzbeiträge der einzelnen Krankenversicherungsträger berechnet wird. Der Betrag ist entsprechend der Veränderung der Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung gegenüber dem Jahr 1994 jährlich aufzuwerten.

* Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds

* § 447 f. (1) Die Träger der Sozialversicherung leisten an die Länder (Landesfonds) für die Jahre 1997 bis 2000 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten gemäß § 148 Z 3. Der Pauschalbeitrag für das Jahr 1997 errechnet sich aus

* 1. einem Betrag von 23.671,558.153 Schilling, vervielfacht mit den endgültigen Hundertsätzen für die Jahre 1995, 1996 und 1997 gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes, BGB1. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 853/1995, und

* 2. einem Betrag, der nach den Grundsätzen der für das Jahr 1994 gemäß der Vereinbarung BGB1. Nr. 863/1992 geltenden Regelungen

(2) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds sind für die Kalenderjahre 1991 bis 1996 an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu überweisen:

1. 3,75 vH der Summe der Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung gemäß Abs. 4,

2. jene Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, die die Träger der Krankenversicherung auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung ab Beginn des Beitragszeitraumes Juli 1988 zusätzlich erhalten (Abs. 5),

3. 1 480 Millionen Schilling jährlich,

4. zusätzlich

- a) für 1991 750 Millionen Schilling,
- b) für 1992 4 000 Millionen Schilling,
- c) für 1993 4 000 Millionen Schilling, aufgewertet gemäß den Bestimmungen des Abs. 6,
- d) für 1994 4 000 Millionen Schilling, aufgewertet gemäß den Bestimmungen des Abs. 6,

* (Art. 18 und 19 dieser Vereinbarung) auf Basis der Daten
* des Jahres 1997 abgerechnet wird.

* Die Pauschalbeiträge für die Jahre 1998, 1999 und 2000
* 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. Die Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für
* Pensionisten im Jahr 1996 ist bei der Berechnung der
* Hundertsätze gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes,
* BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes
* BGBl. Nr. 853/1995, für die Jahre 1996 und 1997 sowie
* bei der Berechnung der Steigerungssätze für die
* Jahre 1998 bis 2000 nicht zu berücksichtigen.

* (2) Für das Jahr 1997 ist der Pauschalbeitrag gemäß
* Abs. 1 vorläufig in der Höhe von 37.000 Millionen
* Schilling zu überweisen. Der vorläufige Pauschalbeitrag
* für das Jahr 1998 ist bis 31. Dezember 1997 mit der
* Maßgabe zu berechnen, daß

* 1. an die Stelle des Betrages gemäß Abs. 1 Z 1 der
* Betrag tritt, der sich aus der Vervielfachung mit den
* endgültigen Hundertsätzen für die Jahre 1995 und 1996
* und dem vorläufigen Hundertsatz für das Jahr 1997
* ergibt, und daß

* 2. der Betrag gemäß Abs. 1 Z 2 auf der Basis der
* vorläufigen Daten des Jahres 1997 errechnet wird, und
* daß

* 3. die Summe dieser Beträge mit dem vorläufigen
* Prozentsatz für das Jahr 1998 multipliziert wird, der
* der aufgrund der für das Jahr 1998 geschätzten
* Steigerung der Beitragseinnahmen der Träger der
* Krankenversicherung gegenüber den voraussichtlichen
* Beitragseinnahmen für das Jahr 1997 entspricht.

ASVG - Geltende Fassung

- e) für 1995 4 000 Millionen Schilling aufgewertet gemäß den Bestimmungen des Abs. 6, *
- f) für 1995 1 250 Millionen Schilling, *
- g) für 1996 4 000 Millionen Schilling, aufgewertet gemäß den Bestimmungen des Abs. 6; *
- h) für 1996 300 Millionen Schilling. *

(3) Die Mittel des Ausgleichsfonds nach Abs. 2 werden für die Kalenderjahre 1992 bis 1996 aufgebracht durch: *

1. die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 51 b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, § 27 a des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, § 24 a des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, § 20 a des Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes); *

2. soweit die Zusatzbeiträge nach Z 1 nicht ausreichen, durch Überweisungen der dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger (§ 31 Abs. 1) nach folgendem Schlüssel: *

Wiener Gebietskrankenkasse	24,74771 %	*
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	10,75445 %	*
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,10847 %	*
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse ..	13,36595 %	*
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	7,90969 %	*
Kärntner Gebietskrankenkasse	3,70455 %	*
Salzburger Gebietskrankenkasse	5,03541 %	*
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,14720 %	*
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,68825 %	*

Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,06129 %	*
Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke AG	0,09788 %	*
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe.....	0,33214 %	*
Betriebskrankenkasse der Semperit AG	0,28155 %	*
Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG ...	0,07078 %	*
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-		*

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

(3) Die vorläufigen Pauschalbeiträge für die Jahre 1999 und 2000 sind aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages gemäß endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr multipliziert mit den vorläufigen Prozentsätzen der Folgejahre zu errechnen. Dies sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr. Die vorläufigen Pauschalbeiträge sind bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres festzusetzen. *

ASVG - Geltende Fassung

Alpine Schienen GmbH Donawitz 0,22945 %, *
 Betriebskrankenkasse Zeltweg der Vereinigten *
 Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine *
 Maschinenbau Ges.m.b.H 0,11261 %, *
 Betriebskrankenkasse der Vereinigten *
 Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine *
 Stahlrohr-Kindberg Ges.m.b.H. 0,07133 %, *
 Betriebskrankenkasse Böhler Kapfenberg ... 0,34607 %, *
 Betriebskrankenkasse der Firma Johann Pengg 0,03023 %, *

Versicherungsanstalt des *
 österreichischen Bergbaues 0,79262 %, *
 Versicherungsanstalt der *
 österreichischen Eisenbahnen, Abt.A 0,56332 %, *
 Versicherungsanstalt der *
 österreichischen Eisenbahnen, Abt.B 2,60106 %, *
 Versicherungsanstalt *
 öffentlich Bediensteter 10,53417 %, *
 Sozialversicherungsanstalt *
 der gewerblichen Wirtschaft 5,64682 %, *
 Sozialversicherungsanstalt *
 der Bauern 2,71700 %, *

Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das *
 Geschäftsjahr 1991, unter Berücksichtigung der *
 Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen *
 Krankenversicherungsträger gemäß Abs. 4 Z 1 und Z 2 vom *
 laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen *
 Geschäftsjahr vom Hauptverband der österreichischen *
 Sozialversicherungsträger neu festzusetzen. *

(4) Die Überweisung gemäß Abs. 2 Z 1 ist *
 folgendermaßen zu berechnen: *

1. Als Beiträge zur Krankenversicherung gelten *
 ausschließlich: *

- a) die Beiträge für pflichtversicherte *
 Erwerbstätige, *
- b) die Beiträge für freiwillig Versicherte, *
- c) die Beiträge für Arbeitslose, *
- d) der Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der *
 Bauern. *

Die Zusatzbeiträge gemäß Abs. 3 Z 1 sind außer Betracht *
 zu lassen. *

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

Alpine Schienen GmbH Donawitz 0,22945 %, *
 Betriebskrankenkasse Zeltweg der Vereinigten *
 Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine *
 Maschinenbau Ges.m.b.H 0,11261 %, *
 Betriebskrankenkasse der Vereinigten *
 Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine *
 Stahlrohr-Kindberg Ges.m.b.H. 0,07133 %, *
 Betriebskrankenkasse Böhler Kapfenberg ... 0,34607 %, *
 Betriebskrankenkasse der Firma Johann Pengg 0,03023 %, *

Versicherungsanstalt des *
 österreichischen Bergbaues 0,79262 %, *
 Versicherungsanstalt der *
 österreichischen Eisenbahnen, Abt.A 0,56332 %, *
 Versicherungsanstalt der *
 österreichischen Eisenbahnen, Abt.B 2,60106 %, *
 Versicherungsanstalt *
 öffentlich Bediensteter 10,53417 %, *
 Sozialversicherungsanstalt *
 der gewerblichen Wirtschaft 5,64682 %, *
 Sozialversicherungsanstalt *
 der Bauern 2,71700 %, *

Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das *
 Geschäftsjahr 1991, unter Berücksichtigung der *
 Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen *
 Krankenversicherungsträger gemäß Abs. 4 Z 1 und Z 2 vom *
 laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen *
 Geschäftsjahr vom Hauptverband der österreichischen *
 Sozialversicherungsträger neu festzusetzen. *

(4) Der beim Hauptverband der österreichischen *
 Sozialversicherungsträger errichtete Ausgleichsfonds für *
 die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die Länder *
 (Landesfonds) *

1. 70% des Pauschalbeitrages gemäß Abs. 1 in zwölf *
 gleich hohen Monatsraten jeweils am 20. eines Monats, *
 beginnend mit dem Monat April bis zum Monat März des *
 Folgejahres und *

- a) die Beiträge für pflichtversicherte *
 Erwerbstätige, *
- b) die Beiträge für freiwillig Versicherte, *
- c) die Beiträge für Arbeitslose, *
- d) der Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der *
 Bauern. *

Die Zusatzbeiträge gemäß Abs. 3 Z 1 sind außer Betracht *
 zu lassen. *

ASVG - Geltende Fassung

2. Bei der Berechnung sind die am 31. Dezember 1991 geltenden Beitragssätze heranzuziehen.

3. Die Summe der Erträge an Beiträgen ist um die Überweisungen, die sich aus der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage (Abs. 2 Z 2) ergeben, zu vermindern.

(5) Die Überweisung gemäß Abs. 2 Z 2 ist folgendermaßen zu berechnen:

1. Die Berechnungen sind getrennt für folgende Bereiche durchzuführen:

- a) Für die Träger der Krankenversicherung zusammen, soweit sie zur Durchführung der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz gemäß § 26 sachlich zuständig sind,
- b) für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
- c) für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
- d) für die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

* 2. 30% des Pauschalbeitrages gemäß Abs. 1 in vier
* gleich hohen Quartalsbeträgen jeweils am 20. April,
* 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner des Folgejahres.

* Die endgültige Abrechnung des Pauschalbeitrages hat bis
* zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen. Die
* erstmalige Überweisung der Monatsrate gemäß Z 1 ist
* abweichend von Z 1 am 7. April 1997 fällig.

*
*
*
*

* (5) Die Überweisungen gemäß Abs. 4 sind auf die
* Länder (Landesfonds) gemäß folgendem Schlüssel zu
* verteilen:

* Burgenland	2,432392170 %
* Kärnten	7,361855106 %
* Niederösterreich	14,475458234 %
* Oberösterreich	17,291136773 %
* Salzburg	6,421603874 %
* Steiermark	14,581355521 %
* Tirol	7,725665708 %
* Vorarlberg	4,164476274 %
* Wien	25,546056340 %

*
*

*
*
*
*

*
*

*

*
*

Höchstbeitragsgrundlage, die Zahl der Versicherungstage mit der Höchstbeitragsgrundlage mit dieser zu vervielfachen.

6. Getrennt nach den Bereichen gemäß Z 1 bemißt sich das Ausmaß der Beiträge gemäß Abs. 2 Z 2 nach einem Hundertsatz der Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung für pflichtversicherte Erwerbstätige (ohne Zusatzbeiträge), der nach Z 7 zu berechnen ist. Bei der Berechnung der Erträge an Beiträgen sind die am 31. Dezember 1991 geltenden Beitragssätze heranzuziehen. Für den Bereich der Krankenversicherungsträger gemäß Z 1 lit. a ist die Berechnung getrennt für Arbeiter und Angestellte durchzuführen. Die Hundertsätze sind vom Hauptverband festzustellen. Sie bedürfen der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales.

7. Der jeweilige Hundertsatz nach Z 6 ist das Hundertfache jener Zahl, die sich aus der Verminderung von 1 um den Quotienten ergibt, der durch Teilung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage nach Z 4 durch die durchschnittliche Beitragsgrundlage nach Z 3 errechnet wird. Der Hundertsatz ist auf fünf Dezimalstellen zu runden.

8. Außerordentliche Anhebungen der Höchstbeitragsgrundlage, die nicht ausdrücklich der Krankenanstaltenfinanzierung vorbehalten werden, sind bei den Berechnungen außer Betracht zu lassen.

(6) Die Beträge nach Abs. 2 Z 4 lit. c, lit. d, lit. e und lit. g sind entsprechend der Veränderung der Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung in diesen Jahren (Abs. 3 Z 1) gegenüber dem Jahr 1992 aufzuwerten.

*
*
*

*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*

*
*
*
*
*
*
*

*
*
*
*

(6) Bei Anstaltspflege eines Angehörigen nach diesem Bundesgesetz und nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz und bei Anstaltspflege eines Versicherten nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz hat der (die) Versicherte an das Land (Landesfonds) einen Kostenbeitrag zu leisten. Dieser beträgt für jeden Verpflegstag 10 vH der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührenersätze, vervielfacht mit dem Hundertsatz für das Jahr 1997 gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes, BGB1. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 853/1995. Diese Beträge sind jährlich anzupassen, wobei die Prozentsätze gemäß Abs. 1 dritter Satz anzuwenden sind. Solange keine endgültigen Prozentsätze vorliegen, sind die vorläufigen Prozentsätze heranzuziehen. Vom Kostenbeitrag ist abzusehen,

1. sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung an, übersteigen,

(7) Die Mittel des Ausgleichsfonds nach Abs. 2 Z 1, Z 2 und Z 3 sowie 600 Millionen Schilling werden für das Kalenderjahr 1991 durch Überweisungen der dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger nach demselben Schlüssel aufgebracht, der für die Verteilung in Abs. 3 Z 2 festgesetzt ist. 150 Millionen Schilling werden für das Kalenderjahr 1991 durch Überweisungen der dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger im Verhältnis der von ihnen mit Wiener Krankenanstalten in diesem Kalenderjahr abgerechneten Anstaltspflege aufgebracht.

(8) Die dem Hauptverband angehörenden Träger der Krankenversicherung haben zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres ein Viertel des vorläufigen Jahresbetrages (Abs. 2 Z 1 bis 3 und Z 4 lit. f und lit. h) vorschußweise an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten. Die Höhe der vorschußweisen Zahlungen ist vom Hauptverband unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Beitragseinnahmen dieses Geschäftsjahres, der Beiträge nach Abs. 2 Z 2 für das dem Geschäftsjahr zweitvorangegangenen Jahr, der nach Abs. 2 Z 3 und Z 4 lit. f und lit. h zu überweisenden Mittel und des Schlüssels nach Abs. 3 Z 2 festzusetzen. Reichen die Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen (Abs. 3 Z 1) in einem Geschäftsjahr nicht aus, um die Zahlung gemäß Abs. 2 Z 4 zu leisten, haben die Krankenversicherungsträger bis 31. März des folgenden Kalenderjahres die fehlenden Mittel unter Berücksichtigung des Schlüssels nach Abs. 3 Z 2 an den Ausgleichsfonds zu überweisen. Der Ausgleich ist bis Ende Oktober des folgenden Geschäftsjahres vorzunehmen.

(9) Alle von den Krankenversicherungsträgern an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu überweisenden Beträge sind so zu überweisen, daß die betreffenden Beträge beim Hauptverband am jeweils letzten Bankarbeitstag vor dem Fälligkeitstermin bereits eingetroffen sind. Der Hauptverband hat diese Beträge sowie die bis zu diesem Zeitpunkt eingezahlten Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung innerhalb von sieben Tagen an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu überweisen.

* 2. für Anstaltspflege, die aus dem Versicherungsfall
* der Mutterschaft geleistet wird,

* 3. für Leistungen nach § 120 Abs. 2 dieses
* Bundesgesetzes und nach § 76 Abs. 2 des
* Bauern-Sozialversicherungsgesetzes(Organspenden).

* (7) Mit den Pauschalbeiträgen der Träger der
* Sozialversicherung gemäß Abs. 1 und den Beiträgen der
* Versicherten gemäß Abs. 6 an die Länder (Landesfonds)
* sind alle Leistungen der im § 148 genannten
* Krankenanstalten insbesondere im stationären,
* halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich
* einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt
* resultierenden Leistungen für Versicherte und
* anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der
* Sozialversicherung nach Maßgabe des § 148 Z 3 zur Gänze
* abgegolten.

* (8) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds
* für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die
* Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach
* Maßgabe der Abs. 1 bis 5 und die Aufbringung der dazu
* benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses
* Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des
* Hauptverbandes zu verwalten. Allfällige
* Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den
* Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gemäß
* § 447 a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein
* Rechnungsabschluß zu erstellen, der jedenfalls aus einer
* Erfolgsrechnung und einer Schlußbilanz zum Ende des
* Jahres bestehen muß. Weiters ist zum Abschluß eines
* jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit
* dem Rechnungsabschluß dem Bundesministerium für Arbeit
* und Soziales vorzulegen.

* (9) Die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach
* Maßgabe des Abs. 1 bis 5 werden für die
* Kalenderjahre 1997 bis 2000 aufgebracht:

* 1. durch die Zusatzbeiträge in der
* Krankenversicherung (§ 51 b des Allgemeinen

- * Sozialversicherungsgesetzes, § 27 a des Gewerblichen
- * Sozialversicherungsgesetzes, § 24 a des
- * Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, § 20 a des
- * Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes);
- * 2. soweit 30% der Überweisungen des Ausgleichsfonds
- * an die Länder (Landesfonds) durch Zusatzbeiträge nach
- * Z 1 nicht gedeckt sind, durch Überweisungen der dem
- * Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger
- * (§ 31 Abs. 1) nach einem Schlüssel, der nach dem
- * Verhältnis der Beitragseinnahmen der einzelnen
- * Krankenversicherungsträger berechnet wird. Dabei sind
- * alle Beitragseinnahmen für Versicherte und der
- * Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der Bauern
- * heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge gemäß Z 1 und Beiträge
- * gemäß § 22 Abs. 3 des Beamten-Kranken- und
- * Unfallversicherungsgesetzes sind außer Betracht zu
- * lassen.

- * 3. 70% der Überweisungen des Ausgleichsfonds an die
- * Länder (Landesfonds) durch Überweisungen der
- * Sozialversicherungsträger nach folgendem Schlüssel:

* Wiener	
* Gebietskrankenkasse	17,24876 %
* Niederösterreichische	
* Gebietskrankenkasse	11,75596 %
* Burgenländische	
* Gebietskrankenkasse	1,95083 %
* Oberösterreichische	
* Gebietskrankenkasse	14,92858 %
* Steiermärkische	
* Gebietskrankenkasse	10,28247 %
* Kärntner	
* Gebietskrankenkasse	5,36150 %
* Salzburger	
* Gebietskrankenkasse	4,67010 %
* Tiroler	

* Gebietskrankenkasse	5,67863 %
* Vorarlberger	
* Gebietskrankenkasse	3,72757 %
* Betriebskrankenkasse der	
* Österreichischen	
* Staatsdruckerei	0,02583 %
* Betriebskrankenkasse	
* Austria Tabak	0,08857 %
* Betriebskrankenkasse.	
* der Wiener	
* Verkehrsbetriebe	0,32719 %
* Betriebskrankenkasse	
* Semperit	0,18395 %
* Betriebskrankenkasse der	
* Neusiedler AG	0,03836 %
* Betriebskrankenkasse	
* VOEST-ALPINE Donawitz	0,23102 %
* Betriebskrankenkasse	
* Zeltweg	0,09937 %
* Betriebskrankenkasse	
* Kindberg	0,05508 %
* Betriebskrankenkasse	
* Kapfenberg	0,30782 %
* Betriebskrankenkasse	
* Pengg	0,03442 %
* Versicherungsanstalt des österreichischen	

* Bergbaues (als Träger der	
* Krankenversicherung)	1,07471 %
* Versicherungsanstalt der österreichischen	
* Eisenbahnen (als Träger der	
* Krankenversicherung)	4,14157 %
* Versicherungsanstalt öffentlich	
* Bediensteter (als Träger der	
* Krankenversicherung)	7,74737 %
* Sozialversicherungsanstalt	
* der gewerblichen Wirtschaft	
* (als Träger der Krankenversicherung) .	5,22717 %
* Sozialversicherungsanstalt	
* der Bauern	
* (als Träger der Krankenversicherung) ..	4,52266 %
* Versicherungsanstalt der	
* österreichischen Eisenbahnen	
* (als Träger der Unfallversicherung) ..	0,01257 %
* Versicherungsanstalt öffentlich	
* Bediensteter (als Träger der	
* Unfallversicherung)	0,00688 %
* Allgemeine Unfallversicherungs-	
* anstalt	0,00288 %
* Sozialversicherungsanstalt der	
* Bauern (als Träger der	
* Unfallversicherung)	0,16985 %
* Pensionsversicherungsanstalt	
* der Angestellten	0,02408 %

(10) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat nach Anhörung des Hauptverbandes Weisungen für die Erfassung und Aufbewahrung der vom Hauptverband bei der Berechnung der Überweisungen benötigten Daten zu erlassen.

- * Pensionsversicherungsanstalt
- * der Arbeiter 0,06662 %
- * Versicherungsanstalt des
- * österreichischen Bergbaues
- * (als Träger der Pensionsversicherung . 0,00483 %
- * Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- * (als Träger der Pensionsversicherung) . 0,00280 %

* (10) Die dem Hauptverband angehörenden Träger der Sozialversicherung haben die Überweisungen gemäß Abs. 9 Z 1 und 2 in der Höhe eines Viertels des vorläufigen Jahresbetrages (Abs. 2 und 3) und die Überweisungen gemäß Abs. 9 Z 3 in der Höhe eines Zwölftels des vorläufigen Jahresbetrages (Abs. 2 und 3) vorschußweise an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten. Die Höhe der vorschußweisen Zahlungen gemäß Abs. 9 Z 1 und 2 ist vom Hauptverband unter Berücksichtigung der Beitragseinnahmen für das dem Geschäftsjahr zweitvorangegangene Jahr festzusetzen. Der Ausgleich für die endgültigen Überweisungen an den Ausgleichsfonds ist bis Ende Oktober des folgenden Geschäftsjahres vorzunehmen.

* (11) Alle von den Krankenversicherungsträgern an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu überweisenden Beträge sind so zu überweisen, daß die betreffenden Beträge beim Hauptverband am jeweils drittletzten Bankarbeitstag vor dem Überweisungstermin gemäß Abs. 4 bereits eingetroffen sind.

* § 567. (1) Es treten in Kraft:

* 1. mit 1. Jänner 1997 die §§ 105 Abs. 1, 3 und 4 und 416 in der Fassung des Bundesgesetzes
* BGB1. Nr. xxx/1996;

* 2. rückwirkend mit 1. August 1996 die §§ 131 Abs. 6 und 136 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes
* BGB1. Nr. xxx/1996.

* (2) Die §§ 121 Abs. 4 Z 3 lit. d, 122 Abs. 2 Z 1 lit. d, 124 Abs. 2 Z 1, 130 Abs. 3, 145 Überschrift, 145 Abs. 1 und 2, 148, 149, 150, 322 a, 332 Abs. 1, 447 a Abs. 5 Z 3 zweiter Satz und 447 f in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. xxx/1996 treten mit

ASVG - Geltende Fassung

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

- * 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des
- * 31. Dezember 2000 außer Kraft.

- * (3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten
- * Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden
- * Fassung wieder in Kraft.

- * (4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu
- * den §§ 148 und 149 Abs. 2 in der Fassung des
- * Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum
- * 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in
- * Kraft zu setzen.

- * (5) § 63 b ist für Zusatzbeiträge in der
- * Krankenversicherung (§ 51 b), die für die Jahre 1997
- * bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden.

Pensionssonderzahlungen

§ 73. (1) Zu den in den Monaten Mai bzw. Oktober bezogenen Pensionen gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat Mai bzw. Oktober ausgezahlten Pension einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. Ruht der Pensionsanspruch für den Monat Mai bzw. Oktober ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens mit einem Anspruch auf Krankengeld nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmung des § 61 a zu berechnen.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat Mai bzw. Oktober laufenden Pensionen in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensionszahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) unverändert.

(2) Geldleistungen werden erbracht,

a) unverändert.

b) wenn ein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, durch Kostenersatz bis zur Höhe jenes Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistung als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich des vom Versicherten zu leistenden Kostenanteiles gemäß § 86 bzw. bei Heilmitteln durch Kostenersatz im Ausmaß von 80 v. H. der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzneitaxe abzüglich der Rezeptgebühr;

c) unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

Pensionssonderzahlungen

* § 73. (1) Zu den in den Monaten April bzw. September bezogenen Pensionen gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

* (3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat April bzw. September ausgezahlten Pension einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. * Ruht der Pensionsanspruch für den Monat April bzw. * September ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens * mit einem Anspruch auf Krankengeld nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmung des § 61 a zu berechnen.

* (4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat April bzw. * September laufenden Pensionen in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensionszahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) unverändert.

(2) Geldleistungen werden erbracht,

a) unverändert.

b) wenn bei anderen Leistungen als Anstaltspflege ein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, durch Kostenersatz bis zur Höhe jenes Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistung als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich des vom Versicherten zu leistenden Kostenanteiles gemäß § 86 bzw. bei Heilmitteln durch Kostenersatz im Ausmaß von 80 v. H. der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzneitaxe abzüglich der Rezeptgebühr;

c) unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

Heilmittel

Heilmittel

§ 92. (1) und (2) unverändert.

§ 92. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist als Kostenbeteiligung eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist als Kostenbeteiligung eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1998, der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) und (5) unverändert.

(4) und (5) unverändert.

Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege

Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege

§ 96. (1) unverändert.

§ 96. (1) unverändert.

(2) Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c erhalten, kann die Satzung bestimmen, daß im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Sonderklasse) folgende Leistungen gewährt werden:

(2) Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c erhalten, kann die Satzung bestimmen, daß im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Sonderklasse) Kostensätze für Operationen und Sondergebühren in sinngemäßer Anwendung der für die ärztliche Hilfe (§ 91) und Heilmittel (§ 92) geltenden Bestimmungen nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt, gewährt werden. Im Vergütungstarif können auch Pauschalsätze festgelegt werden. Diese Leistungen dürfen 80 v. H. der in Rechnung gestellten Beträge nicht überschreiten. Bei Vorliegen einer Berechtigung im Sinne des § 25 Abs. 7 und 8 entsteht die Anspruchsberechtigung auf diese Leistungen nach Ablauf von sechs Monaten ab Beginn der Berechtigung; § 105 Abs. 2 gilt entsprechend; die Frist von sechs Monaten verkürzt sich um die Dauer eines unmittelbar vor dem Beginn dieser Berechtigung bestanden Anspruches auf Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c.

a) Kostenersatz für die Pflegegebühren, die die Pflegegebührenerätze für die allgemeine Gebührenklasse übersteigen, und zwar bis zur Höhe der Pflegegebühren für Selbstzahler der allgemeinen Gebührenklasse der vom Versicherten

*
*
*
*
*

GSVG - Geltende Fassung

gewählten Krankenanstalt oder, falls diese keine allgemeine Gebührenklasse führt, der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt, die eine solche Gebührenklasse führt, und

- b) Kostenersätze für Operationen und Sondergebühren in sinngemäßer Anwendung der für die ärztliche Hilfe (§ 91) und Heilmittel (§ 92) geltenden Bestimmungen nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt. Im Vergütungstarif können auch Pauschalsätze festgelegt werden.

Diese Leistungen dürfen 80 v. H. der in Rechnung gestellten Beträge nicht überschreiten. Bei Vorliegen einer Berechtigung im Sinne des § 25 Abs. 7 und 8 entsteht die Anspruchsberechtigung auf diese Leistungen nach Ablauf von sechs Monaten ab Beginn der Berechtigung; § 105 Abs. 2 gilt entsprechend; die Frist von sechs Monaten verkürzt sich um die Dauer eines unmittelbar vor dem Beginn dieser Berechtigung bestandenen Anspruches auf Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c.

Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 97. Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den öffentlichen Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 Z 1 und 3 lit. a, b und d und Z 4 bis 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden. Die den öffentlichen Krankenanstalten nach Maßgabe dieser Bestimmungen gebührenden Pflegegebührensätze sind vom Versicherungsträger zu entrichten.

Aufnahme in nichtöffentliche Krankenanstalten

§ 98. (1) Der Erkrankte kann auch in eine sonstige nichtöffentliche Krankenanstalt aufgenommen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht. In einem solchen Fall ist die Pflege in der nichtöffentlichen Krankenanstalt der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt gleichzuhalten.

(2) Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den nichtöffentlichen Krankenanstalten sind die Bestimmungen

GSVG - Vorgeschlagene Fassung

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 97. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

Beziehungen zu anderen als in § 97 genannten Krankenanstalten

§ 98. (1) Der Erkrankte kann auch in eine andere als in § 97 genannte Krankenanstalt aufgenommen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht. In diesem Fall ist die Pflege in einer solchen Krankenanstalt der Pflege in einer Krankenanstalt im Sinne des § 97 gleichzuhalten. § 149 Abs. 3 und 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind anzuwenden.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben

GSVG - Geltende Fassung

des § 149 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden. Die den nichtöffentlichen Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührensätze sind vom Versicherungsträger zu entrichten.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Versicherungsträger

§ 190. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Familienangehörige im Rahmen der Familienversicherung bzw. als Angehörige gemäß § 83 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, umfaßt der übergehende Anspruch anteilmäßig auch die zusätzlichen Zahlungen des Versicherungsträgers zur Krankenanstaltenfinanzierung (§ 97 in Verbindung mit § 148 Z 3 lit. d des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes); hiebei ist § 28 Abs. 4 Z 3 KAG sinngemäß anzuwenden. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

GSVG - Vorgeschlagene Fassung

* insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung,
* die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung
* des Krankheitsfalles wie zB in die Krankengeschichte,
* Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die
* ärztliche Untersuchung durch einen vom
* Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt
* im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

* Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei
* Anstaltspflege

* § 98 a. Wenn ein Anspruch auf Anstaltspflege als
* Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte
* jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, so hat
* der Versicherungsträger dem Versicherten einen
* Kostenbeitrag zu leisten. Der Kostenbeitrag ist in der
* Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß
* festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß
* § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes
* entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das
* Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die
* finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers
* als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche
* Bedürfnis des Versicherten festzusetzen.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Versicherungsträger

§ 190. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Familienangehörige im Rahmen der Familienversicherung bzw. als Angehörige gemäß § 83 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergehende
* Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach
* § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes
* von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der
* Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds
* entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu
* verrechnen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den
* Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer
* Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für
* die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten
* abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

GSVG - Geltende Fassung

GSVG - Vorgeschlagene Fassung

- * § 269. (1) Es treten in Kraft:
- * 1. mit 1. Jänner 1997 § 73 Abs. 1, 3 und 4 in der
- * Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;
- * 2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 92 Abs. 3 in der
- * Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.
- * (2) Die §§ 85 Abs. 2 lit. b, 96 Abs. 2, 97, 98, 98 a
- * und 190 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes
- * BGBl. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft
- * und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.
- * (3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten
- * Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden
- * Fassung wieder in Kraft.
- * (4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu
- * den §§ 97 und 98 Abs. 2 in der Fassung des
- * Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum
- * 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in
- * Kraft zu setzen.
- * (5) § 27 b ist für Zusatzbeiträge in der
- * Krankenversicherung (§ 27 a), die für die Jahre 1997
- * bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden.

Pensionssonderzahlungen

§ 69. (1) Zu den in den Monaten Mai bzw. Oktober bezogenen Pensionen gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat Mai bzw. Oktober ausgezahlten Pension einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. Ruht der Pensionsanspruch für den Monat Mai bzw. Oktober ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens mit einem Anspruch auf Krankengeld nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmung des § 57 a zu berechnen.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat Mai bzw. Oktober laufenden Pensionen in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensionszahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Arten der Erbringung der Leistungen,
Kostenbeteiligung

§ 80. (1) unverändert.

(2) Bei Sachleistungen hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 v. H. der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für die Anstaltspflege in einer öffentlichen Krankenanstalt hat der Versicherte als Kostenanteil nur den im § 91 Z 2 vorgesehenen Anteil an Pflegegebhürensätzen zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 v. H. der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese

Pensionssonderzahlungen

* § 69. (1) Zu den in den Monaten April bzw. September bezogenen Pensionen gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

* (3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat April bzw. September ausgezahlten Pension einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. Ruht der Pensionsanspruch für den Monat April bzw. September ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens mit einem Anspruch auf Krankengeld nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmung des § 57 a zu berechnen.

* (4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat April bzw. September laufenden Pensionen in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensionszahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Arten der Erbringung der Leistungen,
Kostenbeteiligung

§ 80. (1) unverändert.

(2) Bei Sachleistungen hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 v. H. der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den * Kostenbeitrag gemäß § 447 f Abs. 6 des Allgemeinen * Sozialversicherungsgesetzes zu entrichten. Die Satzung * kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 v. H. der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese

BSVG - Geltende Fassung

Kostenzuschüsse können durch die unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 v. H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des Versicherten tritt der Ehegatte des Versicherten, an den die Pension gemäß § 71 Abs. 4 auszuzahlen ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

(3) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen

- a) und b) unverändert.
- c) sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung, übersteigen;
- d) unverändert.
- e) bei einer aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft gewährten Anstaltspflege;
- f) bei der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gemäß § 76 Abs. 2.

(4) bis (7) unverändert.

Heilmittel

§ 86. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist als Kostenbeteiligung eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungsanzahl (§ 45) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) und (5) unverändert.

BSVG - Vorgeschlagene Fassung

Kostenzuschüsse können durch die unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 v. H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des Versicherten tritt der Ehegatte des Versicherten, an den die Pension gemäß § 71 Abs. 4 auszuzahlen ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

(3) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen

- a) und b) unverändert.
- c) Aufgehoben.
- d) unverändert.
- e) Aufgehoben.
- f) Aufgehoben.

(4) bis (7) unverändert.

Heilmittel

§ 86. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist als Kostenbeteiligung eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1998, der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungsanzahl (§ 45) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) und (5) unverändert.

BSVG - Geltende Fassung

Einweisung in eine öffentliche Krankenanstalt

§ 90. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 89 gewährt wird, in eine öffentliche Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine öffentliche Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt hat dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen anzuzeigen.

Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 91. Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den öffentlichen Krankenanstalten gelten gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 folgende Grundsätze:

1. Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 90 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

2. Die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze sind nach Maßgabe des § 80 Abs. 3 zu 90 vH vom Versicherungsträger und zu 10 vH vom Versicherten zu entrichten. Alle Leistungen der Krankenanstalten mit Ausnahme der in § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes, BGB1. Nr. 1/1957, angeführten Leistungen sind

- a) mit den vom Versicherungsträger anteilig gezahlten Pflegegebührenersätzen,
- b) mit den im § 27 a des Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträgen,
- c) mit den vom Versicherten nach § 80 Abs. 2 zu leistenden Kostenanteil und

BSVG - Vorgeschlagene Fassung

* Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden *

* § 90. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 89 gewährt wird, in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt hat dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen anzuzeigen.

* Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden *

* § 91. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

BSVG - Geltende Fassung

gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, umfaßt der übergehende Anspruch anteilmäßig auch die zusätzlichen Zahlungen des Versicherungsträgers zur Krankenanstaltenfinanzierung (§ 91 Z 2 lit. d); hiebei ist § 28 Abs. 4 Z 3 KAG sinngemäß anzuwenden. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

BSVG - Vorgeschlagene Fassung

gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergehende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

- * § 258. (1) Es treten in Kraft:
- * 1. mit 1. Jänner 1997 § 69 Abs. 1, 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. xxx/1996;
- * 2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 86 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. xxx/1996.
- * (2) Die §§ 80 Abs. 2 und 3 lit. c, e und f, 90 Überschrift sowie Abs. 1 und 2, 91 bis 93 und 178 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.
- * (3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung wieder in Kraft.
- * (4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 91 und 92 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.
- * (5) § 24 b ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 24 a), die für die Jahre 1997 bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden.

BKUVG - Geltende Fassung

Unterbrechung der Versicherung

§ 7. (1) unverändert.

(2) Die Unterbrechung der Krankenversicherung tritt nicht ein,

1. unverändert.

2. während der Dauer des Bezuges von Karenzurlaubsgeld nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes BGB1.Nr.395/1974 oder gleichartigen Bestimmungen;

3. unverändert.

Rentensonderzahlungen

§ 46. (1) Zu Renten aus der Unfallversicherung, die in den Monaten Mai beziehungsweise Oktober bezogen werden, gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat Mai beziehungsweise Oktober ausgezahlten Rente einschließlich der Zuschüsse.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat Mai beziehungsweise Oktober laufenden Renten in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Rentenzahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Erstattung der Kosten der Krankenbehandlung

§ 59. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre. Die Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege

BKUVG - Vorgeschlagene Fassung

Unterbrechung der Versicherung

§ 7. (1) unverändert.

(2) Die Unterbrechung der Krankenversicherung tritt nicht ein,

1. unverändert.

2. während der Dauer des Bezuges von Karenzurlaubsgeld nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 395/1974 oder gleichartigen Bestimmungen und eines anschließenden Karenzurlaubes bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres des Kindes;

3. unverändert.

Rentensonderzahlungen

§ 46. (1) Zu Renten aus der Unfallversicherung, die in den Monaten April bzw. September bezogen werden, gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat April bzw. September ausgezahlten Rente einschließlich der Zuschüsse.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat April bzw. September laufenden Renten in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Rentenzahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Erstattung der Kosten der Krankenbehandlung

§ 59. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre. Zu den Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege

sind nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu ersetzen. Bei der Festsetzung dieses Ersatzes ist auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt Bedacht zu nehmen. Die Kostenerstattung ist um den Betrag zu vermindern, der vom Versicherten als Behandlungsbeitrag (§ 63 Abs.4) bzw. als Rezeptgebühr (§ 64 Abs.3) bei Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe bzw. von Heilmitteln als Sachleistung zu leisten gewesen wäre.

(2) bis (4) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 63. (1) bis (3) unverändert.

(4) In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 v.H. des jeweiligen Vertragshonorares zu entrichten. § 22 Abs.5 gilt entsprechend. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Verschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs.3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten.

* ist in der Satzung ein Kostenbeitrag in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen. Die Kostenerstattung ist um den Betrag zu vermindern, der vom Versicherten als Behandlungsbeitrag (§ 63 Abs.4) bzw. als Rezeptgebühr (§ 64 Abs.3) bei Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe bzw. von Heilmitteln als Sachleistung zu leisten gewesen wäre.

(2) bis (4) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 63. (1) bis (3) unverändert.

(4) In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 v.H. des jeweiligen Vertragshonorares zu entrichten. § 22 Abs.5 gilt entsprechend. Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Verschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs.3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten.

Heilmittel

§ 64. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung der Versicherungsanstalt ist, soweit im folgenden nicht anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung der Versicherungsanstalt zu zahlen.

(4) und (5) unverändert.

Aufnahme in eine Krankenanstalt

§ 67. Wird der Erkrankte bei der Gewährung der Anstaltspflege gemäß § 66 in die allgemeine Gebührenklasse einer öffentlichen oder in eine nichtöffentliche Krankenanstalt, mit der die Versicherungsanstalt in einem Vertragsverhältnis steht, aufgenommen, so hat die Krankenanstalt die Aufnahme binnen acht Tagen der Versicherungsanstalt anzuzeigen.

Beziehungen zu den Krankenanstalten (Grundsatzbestimmung)

§ 68. (1) Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den öffentlichen Krankenanstalten gelten gemäß Art.12 Abs.1 Z.1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 folgende Grundsätze:

- 1. Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 66 anspruchsberechtigten Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.
- 2. Die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze sind zur Gänze von der Versicherungsanstalt zu entrichten.
- 3. Alle Leistungen der Krankenanstalten mit Ausnahme

Heilmittel

§ 64. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung der Versicherungsanstalt ist, soweit im folgenden nicht anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1998, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung der Versicherungsanstalt zu zahlen.

(4) und (5) unverändert.

Aufnahme in eine Krankenanstalt

§ 67. Wird der Erkrankte bei der Gewährung der Anstaltspflege gemäß § 66 in die allgemeine Gebührenklasse einer Krankenanstalt, mit der die Versicherungsanstalt in einem Vertragsverhältnis steht, aufgenommen, so hat die Krankenanstalt die Aufnahme binnen acht Tagen der Versicherungsanstalt anzuzeigen.

Beziehungen zu den Krankenanstalten

§ 68. (1) (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

BKUVG - Geltende Fassung

der im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes, BGBI. Nr. 1/1957, angeführten Leistungen sind

- a) mit den von der Versicherungsanstalt gezahlten Pflegegebührenersätzen,
- b) mit den im § 27 a des Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträgen und
- c) mit den Beiträgen der Versicherungsanstalt zum Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

abgeholten.

4. Der Versicherungsanstalt steht hinsichtlich der Erkrankten, für deren Anstaltspflege sie aufkommt, das Recht zu, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Anstalt (zum Beispiel Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde) Einsicht zu nehmen sowie durch einen beauftragten Facharzt den Erkrankten in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen.

5. Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat gegenüber dem eingewiesenen Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen keinen Anspruch auf Pflegegebührenersätze für die Dauer der von der Versicherungsanstalt gewährten Anstaltspflege.

6. Im übrigen werden die Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den Krankenanstalten insbesondere hinsichtlich der Höhe der zu zahlenden Pflegegebührenersätze und der Dauer, für die Pflegegebührenersätze zu zahlen sind, durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit der Versicherungsanstalt einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen sind und zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form der Abfassung bedürfen.

(2) Die Verträge mit den nichtöffentlichen Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zum Beispiel in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen von der Versicherungsanstalt beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser sowie über die Höhe und Zahlung der

BKUVG - Vorgeschlagene Fassung

*
*

*
*

*
*

*
*

*

*
*
*
*
*
*
*
*

*
*
*
*
*

*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*

*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit anderen als in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen von der Versicherungsanstalt beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

BKUVG - Geltende Fassung

BKUVG - Vorgeschlagene Fassung

- * Fassung wieder in Kraft.
- * (4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen
- * zum § 68 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes
- * BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu
- * erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.
- * (5) § 24 a ist für Zusatzbeiträge in der
- * Krankenversicherung (§ 20 a), die für die Jahre 1997
- * bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden.

SV-EG - Geltende Fassung

Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der Verordnungen (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit**Begriffsbestimmungen**

§ 1 (1) In diesem Bundesgesetz bedeuten die Ausdrücke

1. bis 5. unverändert

6. "NVG 1972"

das Notarversicherungsgesetz 1972, BGBl.Nr.66/1972, in der jeweils geltenden Fassung.

(2) unverändert

SV-EG - Vorgeschlagene Fassung

* Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen im Bereich
* der sozialen Sicherheit im Verhältnis zur Europäischen
* Union und anderen Vertragsstaaten
* (Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz - SV-EG).

Begriffsbestimmungen

§ 1 (1) In diesem Bundesgesetz bedeuten die Ausdrücke

1. bis 5. unverändert

* 6. "NVG 1972" das Notarversicherungsgesetz 1972,
* BGBl.Nr.66/1972, in der jeweils geltenden Fassung;

* 7. "Abkommen" ein von Österreich geschlossenes
* Abkommen im Bereich der sozialen Sicherheit.

(2) unverändert

* **Beziehung der Träger zu den**
* **Ländern (Landesfonds) in zwischenstaatlichen Fällen**

* § 7 a. (1) Die den Ländern (Landesfonds) auf Grund der
* Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des
* Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung
* für die Jahre 1997 bis 2000 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 erstatten den Ländern
* (Landesfonds) die in Betracht kommenden Kosten, soweit
* Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald der jeweils
* maßgebende Erstattungsbetrag des zuständigen
* ausländischen Trägers bei ihnen einlangt.

* (2) In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder
* eines Kostenerstattungsverzichtes erstatten die
* Gebietskrankenkassen den Ländern (Landesfonds) 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.

* (3) Für die Behandlung von aus der österreichischen
* Sozialversicherung anspruchsberechtigten Personen auf
* Grund der Verordnung oder eines Abkommens in
* ausländischen Krankenanstalten gelten die Träger der
* Sozialversicherung weiterhin als zuständige Träger.

* (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. aus medizinischen Gründen aus einer inländischen
* in eine ausländische Krankenanstalt verlegt wurde oder

* 2. die ihrem Zustand angemessene Behandlung im
* Inland nicht oder nicht in einem Zeitraum erhalten
* konnte, der für diese Behandlung normalerweise
* erforderlich ist,

* sind den Trägern der Sozialversicherung aus Mitteln des
* Bundes gemäß Art. 8 Abs. 1 Z 4 der im Abs. 1 genannten
* Vereinbarung in dem Ausmaß zu ersetzen, in dem die
* insgesamt von den Trägern der Sozialversicherung

* in einem Jahr für diese Fälle aufgewendeten Beträge den
* Betrag von 60 Mio. S übersteigen. Dieser Betrag ist für
* die Jahre 1998 bis 2000 entsprechend Art. 9 Abs. 5 und 6
* dieser Vereinbarung zu valorisieren. Die Träger der
* Sozialversicherung haben zur Durchführung dieses
* Absatzes die entsprechenden Aufwendungen unverzüglich an
* den Hauptverband der österreichischen
* Sozialversicherungsträger zu melden. Der Hauptverband
* der österreichischen Sozialversicherungsträger überwacht
* laufend die Entwicklung der Aufwendungen und macht
* gegebenenfalls die Erstattung aus den Mitteln des Bundes
* im Namen der betroffenen Träger geltend. Die
* Erstattungen aus den Mitteln des Bundes sind am Ende des
* Jahres der Geltendmachung an die betroffenen Träger zu
* überweisen.

* § 9 b. § 1 Abs. 1 Z 7 und § 7 a in der Fassung des
* Bundesgesetzes BGB1. Nr. XXX/1996 treten gleichzeitig
* mit der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die
* Reform des Gesundheitswesens und der
* Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000
* in Kraft. § 7 a tritt gleichzeitig mit der genannten
* Vereinbarung außer Kraft.



RECHNUNGSHOF
3, DAMPFSCIFFSTRASSE 2

A-1033 Wien, Postfach 240
Tel. (0 22 2) 711 71/0 oder

Klappe Durchwahl

Fernschreib-Nr. 135 389 rh a
DVR: 0064025
Telefax 712 94 25

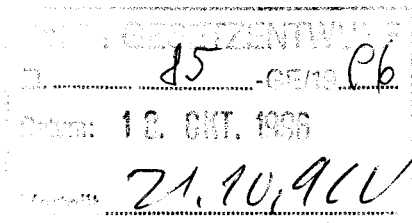
Bitte in der Antwort die Geschäftszahl
dieses Schreibens anführen.

ZI 3077-01/1996

An das

Präsidium des
Nationalrates

Parlamentsgebäude
1017 Wien



Betrifft: Entwurf eines zweiten Sozialrechts-
Änderungsgesetzes 1996 -

Begutachtung und Stellungnahme

Schreiben des BMAS vom 8. Oktober 1996,
GZ 21 652/36-1/96

In der Anlage beehrt sich der Rechnungshof, 25 Ausfertigungen seiner Stellungnahme zum
ggstl Gesetzesentwurf zu übermitteln.

Anlage

17. Oktober 1996

Der Präsident:

Fiedler

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:
Wank



RECHNUNGSHOF
3, DAMPFSCHIFFSTRASSE 2

A-1033 Wien, Postfach 240
Tel. (0 22 2) 711 71/0 oder

Klappe Durchwahl

Fernschreib-Nr. 135 389 rh a
DVR: 0064025
Telefax 712 94 25

An das

Bundesministerium für
Arbeit und Soziales

Stubenring 1
1010 Wien

Bitte in der Antwort die Geschäftszahl
dieses Schreibens anführen.

ZI 3077-01/1996

Betrifft: Entwurf eines zweiten Sozialrechts-
 Änderungsgesetzes 1996 -
 Begutachtung und Stellungnahme

Der Rechnungshof (RH) bestätigt den Erhalt des mit Schreiben vom 8. Oktober 1996, ZI 21 652/36-1/96, übermittelten Entwurfes eines 2. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996 und teilt mit, daß die nur wenige Tage eingeräumte Begutachtungsfrist eine sorgfältige Prüfung der vorgelegten Materialien nicht zuläßt, weshalb von einer inhaltlichen Äußerung abgesehen wird.

Von dieser Stellungnahme werden ue 25 Ausfertigungen dem Präsidium des Nationalrates und je zwei Ausfertigungen Herrn Staatssekretär im Bundeskanzleramt Mag. Karl Schlögl sowie dem Bundesministerium für Finanzen übermittelt.

17. Oktober 1996

Der Präsident:

Fiedler

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:
Wank

Sozialversicherung und 102. Fürsorge
85/ME

REPUBLIK ÖSTERREICH
Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Zl. 21.652/36-1/96

Entwurf eines 2. Sozialrechts-
Änderungsgesetzes 1996;

Begutachtungsverfahren.

1010 Wien, den 8. Oktober 1996

Stubenring 1

DVR: 0017001

Telefon: (0222) 711 00

Telex 111145

Telefax 7158256

P.S.K.Kto.Nr.: 05070.004

Auskunft:

Mag. Daniela BÖHM

Klappe: 6348

Gesetzentwurf

85-GE/19.96

Datum 11.10.1996

Verteilt 11. Okt. 1996

Dr. Hajek

Ergeht an

Präsidium des Nationalrates * Bundeskanzleramt-Verfassungsdienst * alle Bundesministerien *
Rechnungshof * Büro des Datenschutzrates * alle Ämter der Landesregierung *
Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der Niederösterreichischen Landesregierung *
Österreichischer Städtebund * Österreichischer Gemeindebund * Bundesarbeitskammer *
Wirtschaftskammer Österreich * Österreichische Ärztekammer * Sekretariat der
österreichischen Bischofskonferenz * Oberkirchenrat der Evangelischen Kirche in Österreich *
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger * Österreichisches
Bundesinstitut für Gesundheitswesen * Österreichisches Statistisches Zentralamt

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales übermittelt beiliegend den Entwurf eines
zweiten Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996 samt Erläuterungen und Textgegen-
überstellung mit dem Ersuchen um Stellungnahme bis längstens

17. Oktober 1996.

Der Entschließung des Nationalrates anlässlich der Verabschiedung des
Geschäftsordnungsgesetzes, BGBl.Nr. 178/1961, entsprechend, werden die gesetzlichen
Interessenvertretungen sowie die Landesregierungen ersucht, 25 Ausfertigungen der
Stellungnahme unmittelbar dem Präsidium des Nationalrates zu übersenden und das
Bundesministerium für Arbeit und Soziales hievon in Kenntnis zu setzen.

Es besteht auch die Möglichkeit, die Stellungnahme mündlich anlässlich einer Besprechung,
die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Kundmanngasse 21,
1031 Wien, am 17. Oktober 1996 ab 10.30 Uhr stattfinden wird, abzugeben.

Für den Bundesminister:
WIRTH

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

Mittermayer

REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Zl. 21.562/36-1/96

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine
Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche
Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-
Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und
Unfallversicherungsgesetz und das Bundesgesetz
betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der
Verordnungen (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit
geändert werden
(2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996 - 2. SRÄG 1996)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz,
BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das
Bundesgesetz BGBl. Nr. 417/1996, wird wie folgt
geändert:

1. Im § 105 Abs. 1, 3 und 4 wird jeweils der Ausdruck "Mai beziehungsweise Oktober" durch den Ausdruck "April bzw. September" ersetzt.

2. Im § 121 Abs. 4 Z 3 lit. d wird nach dem Ausdruck "oder" der Ausdruck "auf Kostenbeitrag gemäß" eingefügt.

3. Im 122 Abs. 2 Z 1 lit. d wird nach dem Ausdruck "oder" der Ausdruck "auf Kostenbeitrag gemäß" eingefügt.

4. Im 124 Abs. 2 Z 1 wird nach dem Ausdruck "§ 131 oder" der Ausdruck "auf Kostenbeitrag gemäß" eingefügt.

5. § 130 Abs. 3 letzter Satz lautet:
"Für die Unterbringung in einer Krankenanstalt leistet der Versicherungsträger einen Kostenbeitrag gemäß § 150 Abs. 2."

6. Dem § 131 wird folgender Abs. 6 angefügt:
"(6) Wenn die flächendeckende Versorgung der Versicherten durch Verträge nicht in ausreichendem Maße gesichert ist, so kann in der Satzung des Versicherungsträgers das Ausmaß des Ersatzes der Kosten der Krankenbehandlung gemäß Abs. 1 mit mehr als 80 vH, höchstens jedoch mit 100 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre, festgesetzt werden. Die flächendeckende

Versorgung ist jedenfalls dann anzunehmen, wenn Gesamtverträge nach dem Sechsten Teil bestehen."

7. Im § 136 Abs. 3 dritter Satz wird nach dem Ausdruck "Jahres" der Ausdruck ", erstmals ab 1. Jänner 1998," eingefügt.

8. Die Überschrift zu § 145 lautet:

"Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden"

9. Im § 145 Abs. 1 und Abs. 2 wird jeweils der Ausdruck "öffentliche Krankenanstalt" durch den Ausdruck "landesfondsfinanzierte Krankenanstalt" ersetzt.

10. § 148 lautet:

"Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 148. (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesfonds nach Art. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden, sind gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

1. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

2. Die den Krankenanstalten als LKF-Gebührenersatz gebührenden Zahlungen sind zur Gänze von den Landesfonds zu entrichten.

3. Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:

a) LKF-Gebührenersätze der Landesfonds und

b) Kostenbeiträge nach § 27 a KAG.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen und die im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes angeführten Leistungen.

4. Der Kostenbeitrag gemäß § 447 f Abs. 6 ist von der Krankenanstalt für Rechnung des Landesfonds einzubehalten.

5. Die Versicherungsträger haben ohne Einschaltung des Landesfonds folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt:

a) das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);

- b) das Recht, auf eigene Kosten Kopien dieser Unterlagen zu erhalten;
- c) das Recht, den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;
- d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen eines Landesfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versicherungszuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfaßt auch die entsprechenden Statistiken, Erfolgsrechnungen, Bilanzen usw.; ferner das Recht auf laufende Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Landesfonds zur Verfügung gestellt werden.

6. Die Länder haben Vorsorge zu treffen, daß der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern spätestens ab 1. Jänner 1998 elektronisch vorzunehmen ist, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit einheitlich zu gestalten sind.

7. Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte durch den Landesfonds.

8. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von LKF-Gebührenersätzen gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der jeweilige Landesfonds als Versicherungsträger. Der Landesfonds 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. Wenn Leistungen gemäß Z 3 gewährt werden, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Landesfonds gegenüber dem Versicherten, Patienten oder den für ihn unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hiervon sind nur der Kostenbeitrag gemäß § 27 a KAG und der Kostenbeitrag gemäß § 447 f Abs. 6.

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 Landesfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden."

11. § 149 lautet:

"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) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

(3) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen hiefür sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Hauptverband abzuschließen sind. Nicht umfaßt hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.

(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) § 447 f Abs. 6 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Kostenbeitrag an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist."

12. § 150 lautet:

"Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei
Anstaltspflege

§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Kostenbeitrag zu leisten, wenn

1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesfondsfinanzierte Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen oder

2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Der Kostenbeitrag ist in der Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit aller Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen."

13. Im § 322 a Abs. 1 wird der Ausdruck "§ 28 des Krankenanstaltengesetzes ab 1. Jänner 1978" durch den Ausdruck "§ 447 f Abs. 9 Z 3" ersetzt.

14. § 322 a Abs. 2 bis 4 lauten:

"(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf zwei Dezimalstellen zu runden. Die Beitragseinnahmen sind dabei ausgehend vom Jahr 1994 jährlich gegenüberzustellen. Für den Gesamterhöhungsprozentsatz ist das Produkt der Erhöhungsprozentsätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze bis zum Jahr 1997 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2000 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 447 f Abs. 1 zu erfolgen.

(3) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist um den Prozentsatz gemäß Abs. 2 erster Satz zu erhöhen (Sollbetrag).

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr bis zum Jahr 2000 sind diese Beträge um jenen

Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447 f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen."

15. Im § 322 a Abs. 5, 6, 7 und 8 wird jeweils der Ausdruck "Jahres" durch den Ausdruck "Folgejahres" ersetzt.

16. § 332 Abs. 1 vorletzter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

"Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergewende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen."

17. Dem § 416 wird folgender Satz angefügt:

"Durch die Einleitung eines Verfahrens auf Entscheidung über Zahlungsverpflichtungen betreffende Streitigkeiten werden diese Zahlungsverpflichtungen nicht gehemmt."

18. § 447 a Abs. 5 Z 3 zweiter Satz lautet:

"Dieser Betrag wird durch Überweisungen aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger nach einem Schlüssel aufgebracht, der nach dem Verhältnis der Zusatzbeiträge der einzelnen Krankenversicherungsträger berechnet wird."

19. § 447 f lautet:

"Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die
Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds

§ 447 f. (1) Die Träger der Sozialversicherung leisten an die Länder (Landesfonds) für die Jahre 1997 bis 2000 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten gemäß § 148 Z 3. Der Pauschalbeitrag für das Jahr 1997 errechnet sich aus

1. einem Betrag von 23.671,558.153 Schilling, vervielfacht mit den endgültigen Hundertsätzen für die Jahre 1995, 1996 und 1997 gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995, und

2. einem Betrag, der nach den Grundsätzen der für das Jahr 1994 gemäß der Vereinbarung BGBl. Nr. 863/1992 geltenden Regelungen (Art. 18 und 19 dieser Vereinbarung) auf Basis der Daten des Jahres 1997 abgerechnet wird.

Die Pauschalbeiträge für die Jahre 1998, 1999 und 2000 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. Die Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionisten im Jahr 1996 ist bei der Berechnung der Hundertsätze gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995, für die Jahre 1996 und 1997 sowie bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 1998 bis 2000 nicht zu berücksichtigen.

(2) Für das Jahr 1997 ist der Pauschalbeitrag gemäß Abs. 1 vorläufig in der Höhe von 37.000 Millionen Schilling zu überweisen. Der vorläufige Pauschalbeitrag für das Jahr 1998 ist bis 31. Dezember 1997 mit der Maßgabe zu berechnen, daß

1. an die Stelle des Betrages gemäß Abs. 1 Z 1 der Betrag tritt, der sich aus der Vervielfachung mit den endgültigen Hundertsätzen für die Jahre 1995 und 1996 und dem vorläufigen Hundertsatz für das Jahr 1997 ergibt, und daß

2. der Betrag gemäß Abs. 1 Z 2 auf der Basis der vorläufigen Daten des Jahres 1997 errechnet wird, und daß

3. die Summe dieser Beträge mit dem vorläufigen Prozentsatz für das Jahr 1998 multipliziert wird, der aufgrund der für das Jahr 1998 geschätzten Steigerung der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber den voraussichtlichen Beitragseinnahmen für das Jahr 1997 entspricht.

(3) Die vorläufigen Pauschalbeiträge für die Jahre 1999 und 2000 sind aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages gemäß endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr multipliziert mit den vorläufigen Prozentsätzen der Folgejahre zu errechnen. Dies sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr. Die vorläufigen Pauschalbeiträge sind bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres festzusetzen.

(4) Der beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger errichtete Ausgleichsfonds

für die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die Länder (Landesfonds)

1. 70% des Pauschalbeitrages gemäß Abs. 1 in zwölf gleich hohen Monatsraten jeweils am 20. eines Monats, beginnend mit dem Monat April bis zum Monat März des Folgejahres und

2. 30% des Pauschalbeitrages gemäß Abs. 1 in vier gleich hohen Quartalsbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner des Folgejahres.

Die endgültige Abrechnung des Pauschalbeitrages hat bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen. Die erstmalige Überweisung der Monatsrate gemäß Z 1 ist abweichend von Z 1 am 7. April 1997 fällig.

(5) Die Überweisungen gemäß Abs. 4 sind auf die Länder (Landesfonds) gemäß folgendem Schlüssel zu verteilen:

Burgenland	2,432392170	%
Kärnten	7,361855106	%
Niederösterreich	14,475458234	%
Oberösterreich	17,291136773	%
Salzburg	6,421603874	%
Steiermark	14,581355521	%
Tirol	7,725665708	%
Vorarlberg	4,164476274	%
Wien	25,546056340	%

(6) Bei Anstaltspflege eines Angehörigen nach diesem Bundesgesetz und nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz und bei Anstaltspflege eines Versicherten nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz hat der (die) Versicherte an das Land (Landesfonds) einen Kostenbeitrag zu leisten. Dieser beträgt für

jeden Verpflegstag 10 vH der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührenersätze, vervielfacht mit dem Hundertsatz für das Jahr 1997 gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995. Diese Beträge sind jährlich anzupassen, wobei die Prozentsätze gemäß Abs. 1 dritter Satz anzuwenden sind. Solange keine endgültigen Prozentsätze vorliegen, sind die vorläufigen Prozentsätze heranzuziehen. Vom Kostenbeitrag ist abzusehen,

1. sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung an, übersteigen,

2. für Anstaltspflege, die aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft geleistet wird,

3. für Leistungen nach § 120 Abs. 2 dieses Bundesgesetzes und nach § 76 Abs. 2 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (Organspenden).

(7) Mit den Pauschalbeiträgen der Träger der Sozialversicherung gemäß Abs. 1 und den Beiträgen der Versicherten gemäß Abs. 6 an die Länder (Landesfonds) sind alle Leistungen der im § 148 genannten Krankenanstalten insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe des § 148 Z 3 zur Gänze abgegolten.

(8) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe der Abs. 1 bis 5 und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Allfällige Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gemäß § 447 a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluß zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlußbilanz zum Ende des Jahres bestehen muß. Weiters ist zum Abschluß eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluß dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales vorzulegen.

(9) Die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Maßgabe des Abs. 1 bis 5 werden für die Kalenderjahre 1997 bis 2000 aufgebracht:

1. durch die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 51 b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, § 27 a des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, § 24 a des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, § 20 a des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes);

2. soweit 30% der Überweisungen des Ausgleichsfonds an die Länder (Landesfonds) durch Zusatzbeiträge nach Z 1 nicht gedeckt sind, durch Überweisungen der dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger (§ 31 Abs. 1) nach einem Schlüssel, der nach dem Verhältnis der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger berechnet wird. Dabei sind

alle Beitragseinnahmen für Versicherte und der Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der Bauern heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge gemäß Z 1 und Beiträge gemäß § 22 Abs. 3 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes sind außer Betracht zu lassen.

3. 70% der Überweisungen des Ausgleichsfonds an die Länder (Landesfonds) durch Überweisungen der Sozialversicherungsträger nach folgendem Schlüssel:

Wiener Gebietskrankenkasse	17,24876	%
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse ...	11,75596	%
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,95083	%
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	14,92858	%
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	10,28247	%
Kärntner Gebietskrankenkasse	5,36150	%
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,67010	%
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,67863	%
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,72757	%
Betriebskrankenkasse der Österreichischen		
Staatsdruckerei	0,02583	%
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,08857	%
Betriebskrankenkasse der Wiener		
Verkehrsbetriebe	0,32719	%
Betriebskrankenkasse Semperit	0,18395	%
Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG	0,03836	%
Betriebskrankenkasse VOEST-ALPINE Donawitz ..	0,23103	%
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,09937	%
Betriebskrankenkasse Kindberg	0,05508	%
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,30782	%
Betriebskrankenkasse Pengg	0,03442	%
Versicherungsanstalt des österreichischen		
Bergbaues (als Träger der Krankenversicherung)	1,07471	%
Versicherungsanstalt der österreichischen		
Eisenbahnen (als Träger der Krankenversiche-		
rung)	4,14157	%
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter		
(als Träger der Krankenversicherung)	7,74737	%
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen		
Wirtschaft (als Träger der Krankenversiche-		
rung)	5,22717	%
Sozialversicherungsanstalt der Bauern		
(als Träger der Krankenversicherung)	4,52266	%
Versicherungsanstalt der österreichischen		
Eisenbahnen (als Träger der Unfallversiche-		
rung)	0,01257	%

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Unfallversicherung)	0,00688 %
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	0,00288 %
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Unfallversicherung)	0,16985 %
Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten	0,02408 %
Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter ...	0,06662 %
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Pensionsversiche- rung	0,00483 %
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Pensionsversicherung)	0,00280 %

(10) Die dem Hauptverband angehörenden Träger der Sozialversicherung haben die Überweisungen gemäß Abs. 9 Z 1 und 2 in der Höhe eines Viertels des vorläufigen Jahresbetrages (Abs. 2 und 3) und die Überweisungen gemäß Abs. 9 Z 3 in der Höhe eines Zwölftels des vorläufigen Jahresbetrages (Abs. 2 und 3) vorschußweise an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten. Die Höhe der vorschußweisen Zahlungen gemäß Abs. 9 Z 1 und 2 ist vom Hauptverband unter Berücksichtigung der Beitragseinnahmen für das dem Geschäftsjahr zweitvorangegangene Jahr festzusetzen. Der Ausgleich für die endgültigen Überweisungen an den Ausgleichsfonds ist bis Ende Oktober des folgenden Geschäftsjahres vorzunehmen.

(11) Alle von den Krankenversicherungsträgern an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu überweisenden Beträge sind so zu überweisen, daß die betreffenden Beträge beim Hauptverband am jeweils drittletzten Bankarbeitstag vor dem Überweisungstermin gemäß Abs. 4 bereits eingetroffen sind."

20. Nach § 566 wird folgender § 567 angefügt:

"§ 567. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1997 die §§ 105 Abs. 1, 3 und 4 und 416 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;

2. rückwirkend mit 1. August 1996 die §§ 131 Abs. 6 und 136 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(2) Die §§ 121 Abs. 4 Z 3 lit. d, 122 Abs. 2 Z 1 lit. d, 124 Abs. 2 Z 1, 130 Abs. 3, 145 Überschrift, 145 Abs. 1 und 2, 148, 149, 150, 322 a, 332 Abs. 1, 447 a Abs. 5 Z 3 zweiter Satz und 447 f in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 148 und 149 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(5) § 63 b ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 51 b), die für die Jahre 1997 bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden."

Artikel II

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 412/1996, wird wie folgt geändert:

1. Im § 73 Abs. 1, 3 und 4 wird jeweils der Ausdruck "Mai bzw. Oktober" durch den Ausdruck "April bzw. September" ersetzt.

2. Im § 85 Abs. 2 lit. b wird nach dem Ausdruck "wenn" der Ausdruck "bei anderen Leistungen als Anstaltspflege" eingefügt.

3. Im § 92 Abs. 3 dritter Satz wird nach dem Ausdruck "Jahres" der Ausdruck ", erstmals ab 1. Jänner 1998," eingefügt.

4. § 96 Abs. 2 erster und zweiter Satz lauten:
"Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c erhalten, kann die Satzung bestimmen, daß im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Sonderklasse) Kostenersätze für Operationen und Sondergebühren in sinngemäßer Anwendung der für die ärztliche Hilfe (§ 91) und Heilmittel (§ 92) geltenden Bestimmungen nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt, gewährt werden. Im Vergütungstarif können auch Pauschalsätze festgelegt werden."

5. § 97 lautet:

"Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 97. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den

landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden."

6. § 98 lautet:

"Beziehungen zu anderen als in § 97 genannten Krankenanstalten

§ 98. (1) Der Erkrankte kann auch in eine andere als in § 97 genannte Krankenanstalt aufgenommen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht. In diesem Fall ist die Pflege in einer solchen Krankenanstalt der Pflege in einer Krankenanstalt im Sinne des § 97 gleichzuhalten. § 149 Abs. 3 und 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind anzuwenden.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten."

7. Nach dem § 98 wird folgender § 98 a eingefügt:

**"Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei
Anstaltspflege**

§ 98 a. Wenn ein Anspruch auf Anstaltspflege als Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Kostenbeitrag zu leisten. Der Kostenbeitrag ist in der Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen."

8. § 190 Abs. 1 zweiter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

"Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergewende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen."

9. Nach § 268 wird folgender § 269 angefügt:

"§ 269. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1997 § 73 Abs. 1, 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;

2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 92 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(2) Die §§ 85 Abs. 2 lit. b, 96 Abs. 2, 97, 98, 98 a und 190 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 97 und 98 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(5) § 27 b ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 27 a), die für die Jahre 1997 bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden."

Artikel III

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 413/1996, wird wie folgt geändert:

1. Im § 69 Abs. 1, 3 und 4 wird jeweils der Ausdruck "Mai bzw. Oktober" durch den Ausdruck "April bzw. September" ersetzt.

2. § 80 Abs. 2 zweiter Satz lautet:
"Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447 f

Abs. 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu entrichten."

3. § 80 Abs. 3 lit. c, e und f werden aufgehoben.

4. Im § 86 Abs. 3 dritter Satz wird nach dem Ausdruck "Jahres" der Ausdruck ", erstmals ab 1. Jänner 1998," eingefügt.

5. Die Überschrift zu § 90 lautet:

"Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden"

6. Im § 90 Abs. 1 und Abs. 2 wird jeweils der Ausdruck "öffentliche Krankenanstalt" durch den Ausdruck "landesfondsfinanzierte Krankenanstalt" ersetzt.

7. § 91 lautet:

"Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 91. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden."

8. § 92 lautet:

"Beziehungen zu anderen als in § 91 genannten
Krankenanstalten

§ 92. (1) Der Erkrankte kann auch in eine eigene Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder in eine andere als in § 91 genannte Krankenanstalt eingewiesen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht, wenn im Sprengel der für den Erkrankten zuständigen Landesstelle keine Krankenanstalt im Sinne des § 91 besteht oder der Erkrankte zustimmt. In diesem Fall ist die Pflege in einer solchen Krankenanstalt der Pflege in einer Krankenanstalt im Sinne des § 91 bei der Anwendung der Bestimmungen des § 90 Abs. 2 gleichzuhalten. § 89 Abs. 3 bis 5 dieses Bundesgesetzes sowie § 149 Abs. 3 bis 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind anzuwenden.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten."

9. § 93 lautet:

"Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei
Anstaltspflege

§ 93. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Kostenbeitrag zu leisten, wenn der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 92 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Der Kostenbeitrag ist in der Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen."

10. § 178 Abs. 1 zweiter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

"Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergewende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen."

11. Nach § 257 wird folgender § 258 angefügt:

"§ 258. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1997 § 69 Abs. 1, 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;

2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 86 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(2) Die §§ 80 Abs. 2 und 3 lit. c, e und f, 90 Überschrift sowie Abs. 1 und 2, 91 bis 93 und 178 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 91 und 92 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(5) § 24 b ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 24 a), die für die Jahre 1997 bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden."

Artikel IV

Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 414/1996, wird wie folgt geändert:

1. § 7 Abs. 2 Z 2 lautet:

"2. während der Dauer des Bezuges von Karenzurlaubsgeld nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes BGBI. Nr. 395/1974 oder gleichartigen Bestimmungen und eines anschließenden Karenzurlaubes bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres des Kindes;"

2. Im § 46 Abs. 1, 3 und 4 wird jeweils der Ausdruck "Mai beziehungsweise Oktober" durch den Ausdruck "April bzw. September" ersetzt.

3. Im § 59 Abs. 1 werden der zweite und der dritte Satz durch folgende Sätze ersetzt:
"Zu den Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege ist in der Satzung ein Kostenbeitrag in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen."

4. Im § 63 Abs. 4 werden nach dem zweiten Satz folgende Sätze eingefügt:
"Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden."

5. Im § 64 Abs. 3 dritter Satz wird nach dem Ausdruck "Jahres" der Ausdruck ", erstmals ab 1. Jänner 1998," eingefügt.

6. Im § 67 entfällt der Ausdruck "öffentlichen oder in eine nichtöffentliche".

7. § 68 lautet:

"Beziehungen zu den Krankenanstalten

§ 68. (1) (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit anderen als in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen von der Versicherungsanstalt beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

(3) Für Verträge gemäß Abs. 2 ist § 149 Abs. 3 und 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden."

8. § 125 Abs. 1 zweiter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

"Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergehende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen."

9. Nach § 183 wird folgender § 184 angefügt:

"§ 184. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1997 § 46 Abs. 1, 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;

2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 64 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;

3. rückwirkend mit 1. Mai 1996 § 7 Abs. 2 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(2) Die §§ 59 Abs. 1, 63 Abs. 4, 67, 68 und 125 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zum § 68 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(5) § 24 a ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 20 a), die für die Jahre 1997 bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden."

Artikel V

Änderung des Bundesgesetzes betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der Verordnungen (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit

Das Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der Verordnungen (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit, BGBl. Nr. 154/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. XXX/1996, wird wie folgt geändert:

1. Das Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der Verordnungen (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit erhält die Bezeichnung:

"Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen im Bereich der sozialen Sicherheit im Verhältnis zur Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten (Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz - SV-EG)".

2. Am Ende von § 1 Abs. 1 Z 6 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 7 angefügt:

"7. "Abkommen" ein von Österreich geschlossenes Abkommen im Bereich der sozialen Sicherheit."

3. Nach § 7 wird folgender § 7 a samt Überschrift angefügt:

"Beziehung der Träger zu den
Ländern (Landesfonds) in zwischenstaatlichen Fällen

§ 7 a. (1) Die den Ländern (Landesfonds) auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform

des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 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 erstatten den Ländern (Landesfonds) die in Betracht kommenden Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald der jeweils maßgebende Erstattungsbetrag des zuständigen ausländischen Trägers bei ihnen einlangt.

(2) In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder eines Kostenerstattungsverzichtes erstatten die Gebietskrankenkassen den Ländern (Landesfonds) 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.

(3) Für die Behandlung von aus der österreichischen Sozialversicherung anspruchsberechtigten Personen auf Grund der Verordnung oder eines Abkommens in ausländischen Krankenanstalten gelten die Träger der Sozialversicherung weiterhin als zuständige Träger.

(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. aus medizinischen Gründen aus einer inländischen in eine ausländische Krankenanstalt verlegt wurde oder

2. die ihrem Zustand angemessene Behandlung im Inland nicht oder nicht in einem Zeitraum erhalten konnte, der für diese Behandlung normalerweise erforderlich ist,

sind den Trägern der Sozialversicherung aus Mitteln des Bundes gemäß Art. 8 Abs. 1 Z 4 der im Abs. 1 genannten Vereinbarung in dem Ausmaß zu ersetzen, in dem die insgesamt von den Trägern der Sozialversicherung in einem Jahr für diese Fälle aufgewendeten Beträge den Betrag von 60 Mio. S übersteigen. Dieser Betrag ist für die Jahre 1998 bis 2000 entsprechend Art. 9 Abs. 5 und 6 dieser Vereinbarung zu valorisieren. Die Träger der Sozialversicherung haben zur Durchführung dieses Absatzes die entsprechenden Aufwendungen unverzüglich an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu melden. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger überwacht laufend die Entwicklung der Aufwendungen und macht gegebenenfalls die Erstattung aus den Mitteln des Bundes im Namen der betroffenen Träger geltend. Die Erstattungen aus den Mitteln des Bundes sind am Ende des Jahres der Geltendmachung an die betroffenen Träger zu überweisen. "

4. Nach § 9 a wird folgender § 9 b eingefügt:

"§ 9 b. § 1 Abs. 1 Z 7 und § 7 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. XXX/1996 treten gleichzeitig mit der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997

bis 2000 in Kraft. § 7 a tritt gleichzeitig mit der genannten Vereinbarung außer Kraft."

2. SRÄG 1996

V o r b l a t t

A. Problem und Ziel

Einführung einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung zur Eindämmung der überproportionalen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen.

B. Lösung

Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 im Bereich der Sozialversicherung.

C. Alternativen

Keine, da die zur Durchführung der genannten Vereinbarung notwendigen Regelungen bis zum 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen sind.

D. Kosten

Keine.

E. Konformität mit EG-Recht gegeben.

REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Zl. 21.562/36-1/96

E r l ä u t e r u n g e n

Zu Art. I Z 1, Art. II Z 1, Art. III Z 1 und Art. IV Z 2 (§ 105 Abs. 1, 3 und 4 ASVG; § 73 Abs. 1, 3 und 4 GSVG; § 69 Abs. 1, 3 und 4 BSVG; § 46 Abs. 1, 3 und 4 B-KUVG):

Durch eine klarstellende Korrektur soll sichergestellt werden, daß die Sonderzahlungen so wie bisher Anfang Mai und Anfang Oktober ausbezahlt werden.

Zu Art. I Z 6 (§ 131 Abs. 6 ASVG):

Vorrangiges Ziel der sozialen Krankenversicherung ist eine ausreichende flächendeckende medizinische Versorgung über Gesamtverträge. Primär sollen daher Vertragspartner in Anspruch genommen werden. Aus diesem Grunde wurde im Rahmen des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996, BGBl. Nr. 411, bei Inanspruchnahme von Wahlärztliche der Kostenersatz für wahlärztliche Behandlung auf 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes aufzuwenden gewesen wäre, gesenkt. Diese Regelung betrifft auch die der ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung gleichgestellten Behandlungen und Leistungen.

Für den Fall, daß auf Grund der Vertragslage (mangelnde Gesamtverträge) eine ausreichende flächendeckende medizinische Grundversorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet ist, soll dem Versicherungsträger die Möglichkeit eröffnet werden, im Wege der Satzung eine Kostenerstattung in der Höhe von über 80 vH bis zu 100 vH des Vertragstarifes vorzusehen.

Zu Art. I Z 7, Art. II Z 3, Art. III Z 4 und Art. IV Z 5 (§ 136 Abs. 3 ASVG; § 92 Abs. 3 GSVG; § 86 Abs. 3 BSVG; § 64 Abs. 3 B-KUVG):

Da die Erhöhung der Rezeptgebühr von 35 S auf 42 S erst vor kurzer Zeit (mit Wirksamkeit vom 1. August 1996) erfolgt ist, soll die erste Aufwertung dieses Betrages nicht schon ab 1. Jänner 1997 erfolgen, sondern erst ab 1. Jänner 1998.

Zu Art. I Z 2 bis 5 und 8 bis 19, Art. II Z 2 und 4 bis 8, Art. III Z 2, 3 und 5 bis 10 und Art. IV Z 3, 4 und 6 bis 8 (§§ 121 Abs. 4 Z 3 lit. d, 122 Abs. 2 Z 1 lit. d, 124 Abs. 2 Z 1, 130 Abs. 3, 145 Überschrift, 145 Abs. 1 und 2, 148, 149, 150, 322 a Abs. 1 bis 8, 332 Abs. 1, 416, 447 a Abs. 5 Z 3 zweiter Satz und 447 f ASVG; §§ 85 Abs. 2 lit. b, 96 Abs. 2, 97, 98, 98 a und 190 Abs. 1 GSVG; §§ 80 Abs. 2 und 3 lit. c, e und f, 90 Überschrift sowie Abs. 1 und 2, 91 bis 93 und 178 BSVG; §§ 59 Abs. 1, 63 Abs. 4, 67, 68 und 125 Abs. 1 B-KUVG):

I. Allgemeines

Am 29. März 1996 einigten sich der Bund und die Länder über die Grundsätze einer Reform des

Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab dem Jahre 1997. Die Ergebnisse dieser Einigung wurden in einer Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 festgehalten. Mit den vorgeschlagenen Änderungen sollen das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz an diese Vereinbarung angepaßt werden.

Folgende Novellierungen in Umsetzung der genannten Vereinbarung sind hervorzuheben:

1. Regelung der Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden;

2. Regelung der Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den privaten Krankenanstalten, die nicht unter die genannte Vereinbarung fallen;

3. Regelung des Kostenbeitrages bei Anstaltspflege in einer privaten Krankenanstalt, zu der keine vertraglichen Beziehungen bestehen;

4. Adaption des Regreßrechtes im Falle der landesfondsfinanzierten Anstaltspflege;

5. Leistungen der Träger der Sozialversicherung an die Landesfonds.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Art. I Z 2 bis 4, 8 und 9, Art. III Z 5 und 6 sowie Art. IV Z 6 (§§ 121 Abs. 4 Z 3 lit. d, 122 Abs. 2 Z 1 lit. d, 124 Abs. 2 Z 1 und 145 ASVG; § 90 Überschrift sowie Abs. 1 und 2 BSVG; § 67 B-KUVG):

Es handelt sich bei den vorgesehenen Änderungen um terminologische Anpassungen im Zusammenhang mit der Neufassung der §§ 148 und 150 ASVG (§§ 91 und 92 BSVG bzw. § 68 B-KUVG).

Zu Art. I Z 5 (§ 130 Abs. 3 ASVG):

Für die Erstattung der Kosten an den Dienstgeber, der im Falle einer Erkrankung seines Dienstnehmers im Ausland die Leistung zu erbringen hat, ist bei Anstaltspflege derzeit eine Bezugnahme auf die Verpflegskostensätze öffentlicher Krankenanstalten vorgesehen.

Im Hinblick auf den Entfall der Pflegegebührenersätze für Leistungen öffentlicher Krankenanstalten soll hiebei künftig auf den Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege (§ 150 Abs. 2 ASVG) abgestellt werden.

Zu Art. I Z 10, Art. II Z 5, Art. III Z 7 sowie Art. IV Z 4 und 7 (§ 148 ASVG; § 97 GSVG; § 91 BSVG; §§ 63 Abs. 4 und 68 Abs. 1 B-KUVG):

Auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind den Trägern folgender Krankenanstalten Zahlungen zu gewähren:

1. öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie;

2. privaten Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 KAG bezeichneten Art, die gemäß § 16 leg.cit. gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind.

Die Länder (Landesfonds) übernehmen die finanziellen Leistungsverpflichtungen der Sozialversicherungsträger gegenüber den Rechtsträgern dieser Krankenanstalten, soweit dem Grunde nach vertragliche Ansprüche bereits im Jahre 1996 bestanden haben.

Mit den Zahlungen der Landesfonds (LKF-Gebührenersätze, Kostenbeiträge gemäß § 27 a KAG) an die Krankenanstalten sind sämtliche Ansprüche der Krankenanstalten gegenüber den Trägern der Sozialversicherung und gegenüber den Landesfonds abgegolten.

Die Krankenanstalten haben den Trägern der Sozialversicherung alle erforderlichen Daten zu übermitteln, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. So ist die Sozialversicherung auch laufend über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte von den Landesfonds zu informieren.

Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten gilt der jeweilige Landesfonds als Versicherungsträger.

Durch die vorgeschlagene Neufassung des § 148 ASVG finden insbesondere die in den Art. 1, 2, 9 und 11 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 vorgesehenen Regelungen Berücksichtigung.

Zu Art. I Z 11, Art. II Z 6, Art. III Z 8 sowie Art. IV Z 7 (§ 149 ASVG; § 98 GSVG; § 92 BSVG; § 68 Abs. 2 und 3 B-KUVG):

§ 149 ASVG regelt die künftigen Beziehungen zu jenen Krankenanstalten, die nicht unter § 148 ASVG fallen; das sind die sogenannten "echten" privaten Krankenanstalten und die (privaten) gemeinnützigen Sonderkrankenanstalten, die schon bisher nicht in die KRAZAF-Finanzierung einbezogen waren.

Für diese Krankenanstalten ist nach wie vor die Möglichkeit von Vertragsabschlüssen mit den Sozialversicherungsträgern vorgesehen. Dementsprechend wird in den Abs. 1 und 2 die derzeitige Rechtslage beibehalten, jedoch mit Ausnahme der Bestimmungen über die Höhe und Zahlung der Verpflegskosten.

In den neuen Abs. 3 und 4 sind nunmehr die diesbezüglichen Regelungen getroffen:

Danach sollen die Höhe und die Zahlungsbedingungen in Verträgen geregelt werden, die seitens der Sozialversicherung vom Hauptverband (für die Sozialversicherungsträger) mit den Privatspitälern - bzw. der von diesen hiezu ermächtigten Interessenvertretung - abzuschließen sind.

In diesen Verträgen wird - wie auch im öffentlichen Bereich - dem Grundsatz der Kostenbegrenzung für die Aufwendungen der Sozialversicherung Rechnung zu tragen sein:

So haben sich die Sozialversicherungsträger grundsätzlich bereit erklärt, ein Finanzvolumen im bisherigen Umfang für Leistungen der Privatspitäler zur Verfügung zu stellen, wenn es zu einer entsprechenden Einigung mit den Vertretern der Privatkrankenanstalten kommt. Dieses Finanzvolumen soll jedoch gleichzeitig die Gesamtlimitierung der Sozialversicherungsausgaben für diesen Bereich bilden.

Abs. 4 sieht den Abschluß eines Vertrages über die Verpflegskostenhöhe für die Unfallkrankenhäuser der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt vor. Vertragspartner sind diesfalls der Hauptverband (für die Träger der Krankenversicherung) und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.

Zu Art. I Z 12, Art. II Z 2, 4 und 7, Art. III Z 2, 3 und 9 sowie Art. IV Z 3 (§ 150 ASVG; §§ 85 Abs. 2 lit. b, 96 Abs. 2 und 98 a GSVG; §§ 80 Abs. 2 und 3 lit. c, e und f sowie 93 BSVG; § 59 Abs. 1 B-KUVG):

Gemäß § 150 ASVG wird der Kostenbeitrag des Versicherungsträgers (bislang: "Kostenerstattung") bei Anstaltspflege unter den gleichen Bedingungen wie bisher geleistet (Notwendigkeit und Unaufschiebbarkeit der Anstaltspflege, Einweisung in eine Nichtvertragskrankenanstalt mangels einer zur Verfügung stehenden Vertragskrankenanstalt).

Der Kostenbeitrag ist nunmehr jedoch in der Satzung in der Höhe festzusetzen, wie sie jener in den Verträgen mit den Privatspitälern (§ 149 Abs. 3 ASVG) entspricht. Bestehen keine Verträge, so ist der Kostenbeitrag - wie auch im § 131 a ASVG bezüglich der Ärzte - unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger und dem wirtschaftlichen Bedürfnis der Versicherten satzungsmäßig festzulegen.

Zu Art. I Z 13 bis 15, 18 und 19, Art. II Z 8, Art. III Z 10 sowie Art. IV Z 8 (§§ 322 a, 447 a und 447 f ASVG; § 190 Abs. 1 GSVG; § 178 Abs. 1 BSVG; § 125 Abs. 1 B-KUVG):

Mit diesen Bestimmungen werden die finanziellen Verpflichtungen der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 umgesetzt und die interne Verteilung dieser Verpflichtung auf die einzelnen Versicherungsträger festgelegt. Dabei wurde auf eine größtmögliche Kontinuität bei gleichzeitig notwendigen Vereinfachungen bei der Aufteilung geachtet.

Zu Art. I Z 16 (§ 332 Abs. 1 ASVG):

Die Finanzierung der Anstaltspflege über Landesfonds soll auch im Regreßrecht ihren entsprechenden Niederschlag finden. So geht in diesen Fällen der Anspruch zwar weiterhin auf den Versicherungsträger über; dieser hat jedoch den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen, welche Gegenstand des Regresses sind, mit dem Landesfonds zu verrechnen. Damit ist ein sich am jeweiligen Aufwand orientierender Schadensausgleich zwischen dem Versicherungsträger und dem Landesfonds sichergestellt.

Zu Art. I Z 17 (§ 416 ASVG):

Aus aktuellem Anlaß sowie im Zusammenhang mit der Neuregelung der Finanzierung der Krankenanstalten für die Jahre 1997 bis 2000 soll sichergestellt werden,

daß der Hauptverband seinen Zahlungsverpflichtungen gegenüber den Landesfonds nachkommen kann.

Zu Art. IV Z 1 (§ 7 Abs. 2 Z 2 B-KUVG):

Im Rahmen des Strukturanpassungsgesetzes 1996 kam es insoferne zu Änderungen beim Bezug vom Karenzurlaubsgeld nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 bzw. dem Karenzurlaubsgesetz, als nunmehr Karenzurlaubsgeld bei alleiniger Inanspruchnahme durch einen Elternteil nur noch bis zum 18. Lebensmonat des Kindes ausbezahlt wird. Unverändert blieb die Regelung nach dem Mutterschutzgesetz bzw. dem Eltern-Karenzurlaubsgesetz, wonach Karenzurlaub bis zum zweiten Geburtstag des Kindes in Anspruch genommen werden kann.

Mit dem Strukturanpassungsgesetz 1996, BGBl. Nr. 201, wurde im § 122 Abs. 2 Z 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes normiert, daß für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung eintreten, Leistungen auch an Personen, denen das Karenzurlaubsgeld gemäß § 31 Abs. 1 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 gewährt wird, bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres des Kindes zu gewähren sind.

In den Fällen, in denen Karenzurlaubsgeld bis zum 18. Lebensmonat gewährt, Karenzurlaub nach Mutterschutzgesetz oder Eltern-Karenzurlaubsgesetz jedoch bis zum 24. Lebensmonat des Kindes konsumiert wird, wird gemäß § 7 Abs. 1 B-KUVG die Versicherung ab dem Ende des Bezuges von Karenzurlaubsgeld unterbrochen. Eine über den 18. Lebensmonat des Kindes hinausgehende Versicherung ist nur durch Mitversicherung oder freiwillige Weiterversicherung bei Leistung der Beiträge möglich.

Durch die vorliegende Änderung soll für Versicherte nach dem B-KUVG bei Karenzurlaub der Versicherungsschutz analog zur ASVG-Regelung weiterbestehen.

Zu Art. V (SV-EG):

I. Allgemeines

Die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 enthält auch Bestimmungen, die den zwischenstaatlichen Bereich betreffen und ergänzende Regelungen im Bereich der Sozialversicherung erfordern. Um diese ergänzenden Regelungen einheitlich für den gesamten Bereich der Sozialversicherung vorzusehen, wurde an Stelle von Regelungen in den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen einer einheitlichen Regelung im Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz der Vorzug gegeben.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen

Zu Z 1 (Titel):

Im Hinblick darauf, daß die neu aufzunehmenden Regelungen nicht nur die Anwendung des EG-Rechts im Bereich der sozialen Sicherheit, sondern auch die von Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Abkommen in diesem Bereich betreffen, ist eine Änderung der Bezeichnung des Bundesgesetzes erforderlich, wobei auch gleichzeitig ein Kurztitel und eine Abkürzung (SV-EG) eingeführt werden.

Zu Z 2 (§ 1 Abs. 1 Z 6 SV-EG):

Die neu eingefügte Definition umschreibt die von Österreich geschlossenen Abkommen über soziale Sicherheit. Für die im folgenden enthaltene Regelung des § 7 a sind diese Abkommen nur insofern relevant, als sie Regelungen betreffend die Gewährung von Sachleistungen in Krankenanstalten beinhalten.

Zu Z 3 (§ 7 a SV-EG):

Bei den zwischenstaatlichen Regelungen betreffend die Gewährung von Sachleistungen sind zwei Fälle zu unterscheiden:

1. Behandlung von im Ausland versicherten Personen in österreichischen Krankenanstalten

Nach den maßgebenden zwischenstaatlichen Regelungen haben im Ausland versicherte Personen (bzw. deren anspruchsberechtigte Angehörige) Anspruch auf Behandlung in österreichischen Krankenanstalten wie entsprechende in Österreich versicherte Personen. Diese Leistungen sind durch den "aushelfenden Träger" des jeweiligen Wohn- oder Aufenthaltsortes der betreffenden Person in der Regel gegen Verrechnung der dadurch entstehenden Kosten mit dem zuständigen ausländischen Versicherungsträger (bei dem das Versicherungsverhältnis besteht) zu erbringen.

Durch die genannte Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG werden nunmehr in Österreich die Länder (Landesfonds) aushelfende Träger. Diese Neuerung hat insbesondere zur Folge, daß in allen Fällen gegenüber

dem Ausland eine Geltendmachung der diesen für die Behandlung einer entsprechenden in Österreich versicherten Person erwachsenden Kosten möglich ist und die Kostenerstattung nicht so wie bisher hinsichtlich der Echkostenerstattung (siehe diesbezüglich weiter unten) mit den Pflegegebührenersätzen sowie den KRAZAF-Zuschlägen beschränkt ist. Der Übergang der Zuständigkeit als aushelfender Träger von den Sozialversicherungsträgern (insbesondere den Gebietskrankenkassen) hinsichtlich der Behandlung in Krankenanstalten auf die Länder (Landesfonds) ergibt sich aus Art. 11 Abs. 3 der genannten Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG, in dem ausdrücklich festgelegt wird, daß die Länder (Landesfonds) an die Stelle der Sozialversicherungsträger treten, und Art. 27 Abs. 2 dieser Vereinbarung, die diese Situation hinsichtlich der zwischenstaatlichen Fälle konkretisiert.

Zur Vereinheitlichung und Vereinfachung der Abrechnungspraxis wird im Abs. 1 festgelegt, daß die Geltendmachung von Forderungen der Länder (Landesfonds) und die sich daraus ergebende Kostenerstattung der zuständigen ausländischen Träger im Wege der jeweils örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zu erfolgen hat. Bei dieser Kostenerstattung sind folgende drei Fälle zu unterscheiden:

In der Regel sind den aushelfenden Trägern die diesen erwachsenden Kosten in der Höhe des tatsächlichen Betrages zu erstatten (Echkostenerstattung). In diesen Fällen werden die Forderungen der Länder (Landesfonds) von den Gebietskrankenkassen wie ihre eigenen Forderungen als aushelfende Träger (für sonstige Sachleistungen) an die zuständigen ausländischen Träger weitergereicht.

Sobald die Kostenerstattung des zuständigen ausländischen Trägers bei den Gebietskrankenkassen einlangt, ist der in Betracht kommende Betrag an die Länder (Landesfonds) weiterzuleiten.

An Stelle der Echkostenerstattung ist in einigen Fällen eine pauschale Kostenerstattung vorgesehen. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang auf die nach der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 (siehe diesbezüglich die Begriffsbestimmung des § 1 Z 2 des gegenständlichen Gesetzes) vorgesehenen Fälle der pauschalen Kostenerstattung hinzuweisen (Art. 94 betreffend Familienangehörige, die getrennt vom Arbeitnehmer oder Selbständigen außerhalb des zuständigen Staates wohnen, bzw. Art. 95 betreffend Pensionisten, die außerhalb des zuständigen Staates wohnen). Nach Abs. 2 ist für diese Fälle vorgesehen, daß die Gebietskrankenkassen die Forderungen der Länder (Landesfonds) in der tatsächlich geltend gemachten Höhe bereits mit Ende des Jahres der Geltendmachung zu erstatten haben, unabhängig davon, ob bereits die entsprechenden Pauschbeträge von den zuständigen ausländischen Trägern überwiesen wurden oder nicht. Allfällige Kürzungen der Pauschbeträge im Rahmen der Kostenerstattung (so sehen die genannten Bestimmungen der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 eine 20%-ige Kürzung vor) sind dabei entsprechend zu berücksichtigen.

Darüber hinaus hat Österreich insbesondere im Verhältnis zu Mitgliedstaaten mit Volksgesundheitssystemen wechselseitig auf die Kostenerstattung verzichtet (Kostenerstattungsverzicht, siehe zB Art. 2 Abs. 1 bis 3 der Kostenerstattungsvereinbarung mit Luxemburg vom 22. Dezember 1993, BGBl. Nr. 897/1994). Auch in diesen Fällen haben die Gebietskrankenkassen die

Forderungen der Länder (Landesfonds) in der tatsächlich geltend gemachten Höhe bereits mit Ende des Jahres der Geltendmachung zu erstatten. Die sich daraus ergebenden Belastungen der Gebietskrankenkassen sind nach Maßgabe der diesbezüglich in den Kostenerstattungsvereinbarungen ergänzend vorgesehenen Umverteilungsmechanismen (zB Art. 2 Abs. 4 der Vereinbarung mit Schweden) zu behandeln.

2. Behandlung von in Österreich versicherten Personen in ausländischen Krankenanstalten

Für die Behandlung von in Österreich versicherten Personen bzw. deren Familienangehörigen wird im Abs. 3 im Interesse der Betroffenen zur Vereinfachung der maßgebenden Rechtslage vorgesehen, daß weiterhin die Sozialversicherungsträger zuständige Träger bleiben, sodaß sich hinsichtlich dieser Fälle keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Länder (Landesfonds) ergeben.

Allerdings hat die Versorgungslage der Bevölkerung durch österreichische Krankenanstalten auch Auswirkungen auf diese Fälle. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß nach Art. 22 Abs. 1 lit. c der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (siehe diesbezüglich die Begriffsbestimmung des § 1 Z 1 des gegenständlichen Gesetzes) der zuständige österreichische Träger in bestimmten Fällen die Zustimmung zu einer Behandlung im Ausland erteilen muß, bzw. daß die österreichischen Sozialversicherungsträger auch aufgrund der innerstaatlichen Rechtslage zur Übernahme ausländischer Behandlungskosten verpflichtet sein können, sofern eine hinreichende Behandlung im Inland nicht sichergestellt ist. Nach entsprechenden Erhebungen und Hochrechnungen hatten die

österreichischen Träger für solche Fälle jährlich zuletzt rund 60 Mio. S aufzuwenden. Abs. 4 sieht daher entsprechend der diesbezüglichen Regelung im Art. 27 Abs. 3 der Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG vor, daß für den Fall einer Vermehrung dieses Betrages (insbesondere auf Grund von Leistungseinschränkungen im Anstaltenbereich) der Mehrbetrag den österreichischen Sozialversicherungsträgern aus Mitteln des Bundes nach Art. 8 Abs. 1 Z 4 der genannten Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG zu ersetzen ist. Für die Überwachung der entsprechenden Kostenentwicklung sowie die allfällige Geltendmachung des Mehrbetrages im Namen der betroffenen Sozialversicherungsträger gegenüber dem Bund wird der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für zuständig erklärt.

Zu Z 4 (§ 9 b SV-EG):

Diese Bestimmung trägt dem zeitlichen Geltungsbereich der genannten Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG Rechnung.

Pensions(Renten)sonderzahlungen

§ 105. (1) Zu Renten aus der Unfallversicherung und Pensionen aus der Pensionsversicherung, die in den Monaten Mai beziehungsweise Oktober bezogen werden, gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat Mai beziehungsweise Oktober ausgezahlten Pension (Rente) einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. Ruht der Pensions(Renten)anspruch für den Monat Mai beziehungsweise Oktober ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens mit einem Anspruch auf Krankengeld, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmungen des § 90 beziehungsweise des § 90 a zu berechnen.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat Mai beziehungsweise Oktober laufenden Pensionen (Renten) in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensions(Renten)zahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Art der Leistungen

§ 121. (1) bis (3) unverändert.

(4) Sofern nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder der Satzung der Anspruch von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig ist, sind auf diese anzurechnen:

1. und 2. unverändert.

3. Zeiten, während derer der Versicherte Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Mutterschaft hat, sofern dieser Anspruch nicht gemäß § 122 Abs.2 Z.2 oder Abs.3 entstanden ist, und zwar

a) bis c) unverändert.

d) Zeiten eines Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150 gegenüber einem Versicherungsträger;

Pensions(Renten)sonderzahlungen

§ 105. (1) Zu Renten aus der Unfallversicherung und Pensionen aus der Pensionsversicherung, die in den Monaten April bzw. September bezogen werden, gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat April bzw. September ausgezahlten Pension (Rente) einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. Ruht der Pensions(Renten)anspruch für den Monat 4 ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens mit einem Anspruch auf Krankengeld, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmungen des § 90 beziehungsweise des § 90 a zu berechnen.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat laufenden Pensionen (Renten) in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensions(Renten)zahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Art der Leistungen

§ 121. (1) bis (3) unverändert.

(4) Sofern nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder der Satzung der Anspruch von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig ist, sind auf diese anzurechnen:

1. und 2. unverändert.

3. Zeiten, während derer der Versicherte Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Mutterschaft hat, sofern dieser Anspruch nicht gemäß § 122 Abs.2 Z.2 oder Abs.3 entstanden ist, und zwar

a) bis c) unverändert.

d) Zeiten eines Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder auf Kostenbeitrag gemäß § 150 gegenüber einem Versicherungsträger;

ASVG - Geltende Fassung

4. bis 7. unverändert.

Zeiten der in der Z. 1 bis 7 genannten Art, die sich zeitlich decken, sind nur einfach zu zählen.

Anspruchsberechtigung während der Dauer der
Versicherung und nach dem Ausscheiden aus
der Versicherung

§ 122. (1) unverändert.

(2) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der
Versicherung oder nach Ablauf des im Abs. 1 lit. b
bezeichneten Zeitraumes eintreten, sind Leistungen, und
zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der
folgenden Bestimmungen zu gewähren:

1. an Personen, die Anspruch aus dem
Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit
infolge Krankheit oder der Mutterschaft haben, sofern
dieser Anspruch nicht gemäß Z.2 oder Abs.3 entstanden
ist, und zwar

a) bis c) unverändert.

d) während des Anspruches auf Ersatz der
Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150
gegenüber einem Versicherungsträger;

2. bis 4. unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

Sonderregelungen für Selbstversicherte
und Pensionisten

§ 124. (1) unverändert.

(2) Das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit
entfällt, wenn der Selbstversicherte in den unmittelbar
vor Beginn der Selbstversicherung vorangegangenen zwölf
Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher
mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen
Bundesgesetz krankenversichert war oder für ihn eine
Anspruchsberechtigung in einer solchen
Krankenversicherung bestand; ist die Pflichtversicherung
oder die darauf beruhende Anspruchsberechtigung infolge
einer Aussperrung oder eines Streiks erloschen, entfällt
ebenfalls das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit.
Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um die

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

4. bis 7. unverändert.

Zeiten der in der Z. 1 bis 7 genannten Art, die sich zeitlich decken, sind nur einfach zu zählen.

Anspruchsberechtigung während der Dauer der
Versicherung und nach dem Ausscheiden aus
der Versicherung

§ 122. (1) unverändert.

(2) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der
Versicherung oder nach Ablauf des im Abs. 1 lit. b
bezeichneten Zeitraumes eintreten, sind Leistungen, und
zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der
folgenden Bestimmungen zu gewähren:

1. an Personen, die Anspruch aus dem
Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit
infolge Krankheit oder der Mutterschaft haben, sofern
dieser Anspruch nicht gemäß Z.2 oder Abs.3 entstanden
ist, und zwar

a) bis c) unverändert.

d) während des Anspruches auf Ersatz der
Verpflegskosten gemäß § 131 oder auf
Kostenbeitrag gemäß § 150 gegenüber einem
Versicherungsträger;

2. bis 4. unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

Sonderregelungen für Selbstversicherte
und Pensionisten

§ 124. (1) unverändert.

(2) Das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit
entfällt, wenn der Selbstversicherte in den unmittelbar
vor Beginn der Selbstversicherung vorangegangenen zwölf
Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher
mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen
Bundesgesetz krankenversichert war oder für ihn eine
Anspruchsberechtigung in einer solchen
Krankenversicherung bestand; ist die Pflichtversicherung
oder die darauf beruhende Anspruchsberechtigung infolge
einer Aussperrung oder eines Streiks erloschen, entfällt
ebenfalls das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit.
Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um die

ASVG - Geltende Fassung

Zeiten, während derer der aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene Selbstversicherte

1. auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhielt oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht war oder Anspruch auf Pflegegebührenersatz gemäß § 131 oder § 150 einem Versicherungsträger gegenüber hatte oder

2. unverändert.

(3) unverändert.

Erkrankung im Ausland

§ 130. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Versicherungsträger erstattet dem Dienstgeber die Kosten. Als Ersatz der Kosten für Heilmittel ist höchstens ein Dreißigstel, für ärztliche Hilfe höchstens ein Zwanzigstel der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1) für jeden Kalendertag der Behandlungszeit zu bezahlen. Für Heilbehelfe sind höchstens jene Kosten zu ersetzen, die dem Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistung im Inland erwachsen wären. Für die Unterbringung in einem Krankenhaus ersetzt der Versicherungsträger die Kosten, die ihm bei Unterbringung des Versicherten in einer inländischen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären; hiebei sind die Verpflegskostensätze der dem Wohnsitz des Versicherten im Inland nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt zugrunde zu legen.

(4) unverändert.

Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (1) bis (5) unverändert.

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

Zeiten, während derer der aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene Selbstversicherte

1. auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhielt oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht war oder Anspruch auf Pflegegebührenersatz gemäß § 131 oder auf Kostenbeitrag gemäß § 150 einem * Versicherungsträger gegenüber hatte oder *

2. unverändert.

(3) unverändert.

Erkrankung im Ausland

§ 130. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Versicherungsträger erstattet dem Dienstgeber die Kosten. Als Ersatz der Kosten für Heilmittel ist höchstens ein Dreißigstel, für ärztliche Hilfe höchstens ein Zwanzigstel der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1) für jeden Kalendertag der Behandlungszeit zu bezahlen. Für Heilbehelfe sind höchstens jene Kosten zu ersetzen, die dem Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistung im Inland erwachsen wären. Für die Unterbringung in einem Krankenhaus ersetzt der * Für die Unterbringung in einer Krankenanstalt leistet * der Versicherungsträger einen Kostenbeitrag gemäß § 150 * Abs. 2. *

(4) unverändert.

Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (1) bis (5) unverändert.

* (6) Wenn die flächendeckende Versorgung der * Versicherten durch Verträge nicht in ausreichendem Maße * gesichert ist, so kann in der Satzung des * Versicherungsträgers das Ausmaß des Ersatzes der Kosten * der Krankenbehandlung gemäß Abs. 1 mit mehr als 80 vH, * höchstens jedoch mit 100 vH des Betrages, der bei * Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des * Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen * wäre, festgesetzt werden. Die flächendeckende Versorgung * ist jedenfalls dann anzunehmen, wenn Gesamtverträge nach

Heilmittel

§ 136. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) und (5) unverändert.

Einweisung in eine öffentliche Krankenanstalt

§ 145. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 144 gewährt wird, in eine öffentliche Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine öffentliche Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt zeigt dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen an.

* dem Sechsten Teil bestehen.

Heilmittel

§ 136. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1998, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) und (5) unverändert.

* Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

* § 145. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 144 gewährt wird, in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt zeigt dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen an.

Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 148. Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsträger zu den öffentlichen Krankenanstalten gelten gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 folgende Grundsätze:

1. Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

2. Die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze sind, wenn es sich um den Versicherten selbst handelt, zur Gänze vom Versicherungsträger, wenn es sich aber um einen Angehörigen des Versicherten handelt, zu 90 v. H. vom Versicherungsträger und zu 10 v. H. vom Versicherten zu entrichten. Sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung übersteigen, bei einer aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft gewährten Anstaltspflege sowie bei der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gemäß § 120 Abs. 2 hat der Versicherungsträger auch für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze zur Gänze zu entrichten.

3. Alle Leistungen der Krankenanstalten mit Ausnahme der im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes, BGBI. Nr. 1/1957, angeführten Leistungen sind

- a) mit den vom Versicherungsträger gezahlten Pflegegebührenersätzen,
- b) mit den im § 27 a des Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträgen,
- c) bei Angehörigen des Versicherten auch mit dem Kostenbeitrag nach Z 2 und

* Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

* § 148. (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesfonds nach Art. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden, sind gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

* 1. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

* 2. Die den Krankenanstalten als LKF-Gebührenersatz gebührenden Zahlungen sind zur Gänze von den Landesfonds zu entrichten.

* 3. Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:

- a) LKF-Gebührenersätze der Landesfonds und
- b) Kostenbeiträge nach § 27 a KAG.

* Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und den betroffenen Ländern

* ausgenommene Leistungen und die im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes angeführten Leistungen.

ASVG - Geltende Fassung

nichts anderes bestimmt ist, keinen Anspruch auf Pflegegebührenersätze für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege.

7. Im Übrigen werden die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten, insbesondere hinsichtlich der Höhe der zu zahlenden Pflegegebührenersätze und der Dauer, für die Pflegegebührenersätze zu zahlen sind, durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zwischen dem Hauptverband im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Versicherungsträger einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen sind und zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form der Abfassung bedürfen.

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

* elektronisch vorzunehmen ist, wobei die
* Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit
* einheitlich zu gestalten sind.

* 7. Die Versicherungsträger haben das Recht auf
* laufende Information über die festgelegten vorläufigen
* und endgültigen Punktwerte durch den Landesfonds.

* 8. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den
* Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und
* Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von
* LKF-Gebührenersätzen gegenüber den Rechtsträgern der
* Krankenanstalten betreffen, gilt der jeweilige
* Landesfonds als Versicherungsträger. Der Landesfonds
* 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. Wenn Leistungen gemäß Z 3 gewährt werden, hat der
* Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Landesfonds
* gegenüber dem Versicherten, Patienten oder den für ihn
* unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch
* auf Gegenleistungen; ausgenommen hievon sind nur der
* Kostenbeitrag gemäß § 27 a KAG und der Kostenbeitrag
* gemäß § 447 f Abs. 6.

* 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 Landesfonds abzuschließen. Diese Verträge
* sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen
* wurden.

Einweisung in nichtöffentliche Krankenanstalten
und Beziehungen zu diesen Anstalten

§ 149. (1) Der Erkrankte kann auch in eine eigene Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder in eine sonstige nichtöffentliche Krankenanstalt eingewiesen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht, wenn im Sprengel des Versicherungsträgers eine öffentliche Krankenanstalt nicht besteht oder der Erkrankte zustimmt. In einem solchen Fall ist die Pflege in der nichtöffentlichen Krankenanstalt der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt bei der Anwendung der Bestimmungen des § 145 Abs. 2 gleichzuhalten. § 144 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Grundsatzbestimmung. Die Verträge mit den nichtöffentlichen Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles wie zum Beispiel in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser sowie über die Höhe und Zahlung der Verpflegskosten zu enthalten. Die mit den nichtöffentlichen gemeinnützigen Krankenanstalten zu vereinbarenden Verpflegkostensätze dürfen nicht niedriger sein als die Verpflegkostensätze, die vom gleichen Versicherungsträger an die nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen geleistet werden. Im übrigen gilt § 148 Z 2 und 3 sinngemäß.

* 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) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in
* Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer
* Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben
* insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung,
* die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung
* des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte,
* Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die
* ärztliche Untersuchung durch einen vom
* Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt
* im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

* (3) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege)
* und die Zahlungsbedingungen hierfür sind durch Verträge
* festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung
* durch den Hauptverband abzuschließen sind. Nicht umfaßt
* hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung
* eingerichteten Krankenanstalten.

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

* (5) § 447 f Abs. 6 ist mit der Maßgabe anzuwenden,

Kostenersatz an den Versicherten bei Anstaltspflege

§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten die Kosten der Anstaltspflege zu ersetzen, wenn

1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil öffentliche Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen oder

2. der Erkrankte in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Die Kosten werden höchstens in dem Ausmaß der Kosten ersetzt, die dem Versicherungsträger in der nach Art und Umfang der Einrichtung und Leistungen in Betracht kommenden nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären.

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

§ 322a. (1) Die sich aus der Durchführung der Bestimmungen des § 28 des Krankenanstaltengesetzes ab 1. Jänner 1978 ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger werden über ein vom Hauptverband zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.

(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober eines jeden Jahres unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes die Beitragseinnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres den Beitragseinnahmen des zweitvorangegangenen Kalenderjahres gegenüberzustellen; die sich daraus ergebenden Erhöhungsprozentsätze sind auf zwei Dezimalstellen zu runden.

* daß der Kostenbeitrag an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist.

* Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

* § 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Kostenbeitrag zu leisten, wenn

* 1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesfondsfinanzierte Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen oder

* 2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

* (2) Der Kostenbeitrag ist in der Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit aller Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.

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

* § 322a. (1) Die sich aus der Durchführung der Bestimmungen des § 447 f Abs. 9 Z 3 ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger werden über ein vom Hauptverband zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.

* (2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf zwei Dezimalstellen zu runden. Die Beitragseinnahmen sind dabei ausgehend vom Jahr 1994 jährlich gegenüberzustellen. Für den Gesamterhöhungsprozentsatz ist das Produkt der

(3) Der von jedem Krankenversicherungsträger im zweitvorangegangenen Kalenderjahr für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist um jenen Prozentsatz zu erhöhen, der sich aus der Gegenüberstellung seiner Beitragseinnahmen gemäß Abs. 2 ergibt (Sollbetrag).

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im zweitvorangegangenen Jahr für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist weiters um den für das Vorjahr nach § 28 Abs. 9 des Krankenanstaltengesetzes festgestellten endgültigen Hundertsatz zu erhöhen und sodann mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) Liegt der gemäß Abs. 4 ermittelte Betrag über dem Sollbetrag, hat der betreffende Krankenversicherungsträger Anspruch auf Zuweisung aus dem Verrechnungskonto nach Maßgabe der Bestimmungen der Abs. 7 und 8; allfällige Ansprüche sind jeweils bis 15. November eines jeden Jahres geltend zu machen.

(6) Liegt der gemäß Abs. 4 ermittelte Betrag unter dem Sollbetrag, hat der Versicherungsträger die Differenz dem Hauptverband bis 15. November eines jeden Jahres 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 Jahres einzuzahlen; er hat ferner die gemäß Abs. 5 geltend gemachten Ansprüche nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Verrechnungskonto anteilig zu befriedigen.

* 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 BGB1. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die
* Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die
* Jahre 1998 bis 2000 hat unter Berücksichtigung der
* Bestimmungen des § 447 f Abs. 1 zu erfolgen.

(3) Der von jedem Krankenversicherungsträger im
* Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege
* aufgewendete Betrag ist um den Prozentsatz gemäß Abs. 2
* erster Satz zu erhöhen (Sollbetrag).

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im
* Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege
* aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit
* dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der
* Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des
* Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des
* Bundesgesetzes BGB1. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis
* 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr bis zum
* Jahr 2000 sind diese Beträge um jenen Prozentsatz zu
* erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447 f
* Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die
* für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge
* sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) Liegt der gemäß Abs. 4 ermittelte Betrag über dem
* Sollbetrag, hat der betreffende
* Krankenversicherungsträger Anspruch auf Zuweisung aus
* dem Verrechnungskonto nach Maßgabe der Bestimmungen der
* Abs. 7 und 8; allfällige Ansprüche sind jeweils bis
* 15. November eines jeden Folgejahres geltend zu machen.

(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.

ASVG - Geltende Fassung

(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 Jahres auf das Verrechnungskonto einzuzahlen; er hat ferner die gemäß Abs. 5 geltend gemachten Ansprüche voll zu befriedigen.

Übergang von Schadenersatzansprüchen
auf die Versicherungsträger

§ 332. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 123 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, umfaßt der übergehende Anspruch anteilmäßig auch die zusätzlichen Zahlungen des Versicherungsträgers zur Krankenanstaltenfinanzierung (§ 148 Z 3 lit. d); hiebei ist § 28 Abs. 4 Z 3 KAG sinngemäß anzuwenden. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über.

(2) bis (6) unverändert.

Sonstige Entscheidungsbefugnisse des
Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

§ 416. Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern in Verwaltungssachen, die nicht die Versicherungs(Leistungs)zugehörigkeit oder Versicherungs(Leistungs)zuständigkeit betreffen, und Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband und den Versicherungsträgern entscheidet unter Ausschluß eines Bescheidrechtes der beteiligten Versicherungsträger das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

(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.

Übergang von Schadenersatzansprüchen
auf die Versicherungsträger

§ 332. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 123 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergehende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über.

(2) bis (6) unverändert.

Sonstige Entscheidungsbefugnisse des
Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

§ 416. Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern in Verwaltungssachen, die nicht die Versicherungs(Leistungs)zugehörigkeit oder Versicherungs(Leistungs)zuständigkeit betreffen, und Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband und den Versicherungsträgern entscheidet unter Ausschluß eines Bescheidrechtes der beteiligten Versicherungsträger das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Durch die Einleitung eines Verfahrens auf Entscheidung über Zahlungsverpflichtungen betreffende Streitigkeiten werden diese Zahlungsverpflichtungen nicht gehemmt.

Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

§ 447a. (1) bis (4) unverändert.

(5) Zur Deckung einer erhöhten Belastung einer Gebietskrankenkasse aus den im § 447 b Abs. 8 angeführten Gründen ist eine besondere Rücklage zu bilden. Dieser Rücklage sind zuzuführen:

1. und 2. unverändert.

3. ein Betrag von jährlich 200 Millionen Schilling, erstmals für das Geschäftsjahr 1994. Dieser Betrag wird durch Überweisungen aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger nach demselben Schlüssel aufgebracht, der für die Verteilung in § 447 f Abs. 3 Z 2 festgesetzt ist. Der Betrag ist entsprechend der Veränderung der Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung gegenüber dem Jahr 1994 jährlich aufzuwerten.

Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

§ 447f. (1) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds hat die Überweisungen der Träger der Krankenversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Allfällige Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gemäß § 447 a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluß zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlußbilanz zum Ende des Jahres bestehen muß. Weiters ist zum Abschluß eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluß dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales vorzulegen.

Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

§ 447a. (1) bis (4) unverändert.

(5) Zur Deckung einer erhöhten Belastung einer Gebietskrankenkasse aus den im § 447 b Abs. 8 angeführten Gründen ist eine besondere Rücklage zu bilden. Dieser Rücklage sind zuzuführen:

1. und 2. unverändert.

3. ein Betrag von jährlich 200 Millionen Schilling, erstmals für das Geschäftsjahr 1994. Dieser Betrag wird durch Überweisungen aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger nach einem Schlüssel aufgebracht, der nach dem Verhältnis der Zusatzbeiträge der einzelnen Krankenversicherungsträger berechnet wird. Der Betrag ist entsprechend der Veränderung der Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung gegenüber dem Jahr 1994 jährlich aufzuwerten.

Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds

§ 447 f. (1) Die Träger der Sozialversicherung leisten an die Länder (Landesfonds) für die Jahre 1997 bis 2000 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten gemäß § 148 Z 3. Der Pauschalbeitrag für das Jahr 1997 errechnet sich aus

1. einem Betrag von 23.671,558.153 Schilling, vervielfacht mit den endgültigen Hundertsätzen für die Jahre 1995, 1996 und 1997 gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes, BGB1. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 853/1995, und

2. einem Betrag, der nach den Grundsätzen der für das Jahr 1994 gemäß der Vereinbarung BGB1. Nr. 863/1992 geltenden Regelungen

(2) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds sind für die Kalenderjahre 1991 bis 1996 an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu überweisen:

1. 3,75 vH der Summe der Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung gemäß Abs. 4,

2. jene Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, die die Träger der Krankenversicherung auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung ab Beginn des Beitragszeitraumes Juli 1988 zusätzlich erhalten (Abs. 5),

3. 1 480 Millionen Schilling jährlich,

4. zusätzlich

- a) für 1991 750 Millionen Schilling,
- b) für 1992 4 000 Millionen Schilling,
- c) für 1993 4 000 Millionen Schilling, aufgewertet gemäß den Bestimmungen des Abs. 6,
- d) für 1994 4 000 Millionen Schilling, aufgewertet gemäß den Bestimmungen des Abs. 6,

* (Art. 18 und 19 dieser Vereinbarung) auf Basis der Daten des Jahres 1997 abgerechnet wird.

* Die Pauschalbeiträge für die Jahre 1998, 1999 und 2000 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. Die Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionisten im Jahr 1996 ist bei der Berechnung der Hundertsätze gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes, BGB1. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. 853/1995, für die Jahre 1996 und 1997 sowie bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 1998 bis 2000 nicht zu berücksichtigen.

* (2) Für das Jahr 1997 ist der Pauschalbeitrag gemäß Abs. 1 vorläufig in der Höhe von 37.000 Millionen Schilling zu überweisen. Der vorläufige Pauschalbeitrag für das Jahr 1998 ist bis 31. Dezember 1997 mit der Maßgabe zu berechnen, daß

* 1. an die Stelle des Betrages gemäß Abs. 1 Z 1 der Betrag tritt, der sich aus der Vervielfachung mit den endgültigen Hundertsätzen für die Jahre 1995 und 1996 und dem vorläufigen Hundertsatz für das Jahr 1997 ergibt, und daß

* 2. der Betrag gemäß Abs. 1 Z 2 auf der Basis der vorläufigen Daten des Jahres 1997 errechnet wird, und daß

* 3. die Summe dieser Beträge mit dem vorläufigen Prozentsatz für das Jahr 1998 multipliziert wird, der aufgrund der für das Jahr 1998 geschätzten Steigerung der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber den voraussichtlichen Beitragseinnahmen für das Jahr 1997 entspricht.

ASVG - Geltende Fassung

- e) für 1995 4 000 Millionen Schilling aufgewertet gemäß den Bestimmungen des Abs. 6, *
- f) für 1995 1 250 Millionen Schilling, *
- g) für 1996 4 000 Millionen Schilling, aufgewertet gemäß den Bestimmungen des Abs. 6; *
- h) für 1996 300 Millionen Schilling. *

(3) Die Mittel des Ausgleichsfonds nach Abs. 2 werden für die Kalenderjahre 1992 bis 1996 aufgebracht durch: *

1. die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 51 b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, § 27 a des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, § 24 a des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, § 20 a des Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes); *

2. soweit die Zusatzbeiträge nach Z 1 nicht ausreichen, durch Überweisungen der dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger (§ 31 Abs. 1) nach folgendem Schlüssel: *

Wiener Gebietskrankenkasse	24,74771 %	*
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	10,75445 %	*
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,10847 %	*
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse ..	13,36595 %	*
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	7,90969 %	*
Kärntner Gebietskrankenkasse	3,70455 %	*
Salzburger Gebietskrankenkasse	5,03541 %	*
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,14720 %	*
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,68825 %	*

Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,06129 %	*
Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke AG	0,09788 %	*
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe.....	0,33214 %	*
Betriebskrankenkasse der Semperit AG	0,28155 %	*
Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG ...	0,07078 %	*
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-		*

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

(3) Die vorläufigen Pauschalbeiträge für die Jahre 1999 und 2000 sind aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages gemäß endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr multipliziert mit den vorläufigen Prozentsätzen der Folgejahre zu errechnen. Dies sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr. Die vorläufigen Pauschalbeiträge sind bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres festzusetzen. *

ASVG - Geltende Fassung

2. Bei der Berechnung sind die am 31. Dezember 1991 geltenden Beitragssätze heranzuziehen.

3. Die Summe der Erträge an Beiträgen ist um die Überweisungen, die sich aus der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage (Abs. 2 Z 2) ergeben, zu vermindern.

(5) Die Überweisung gemäß Abs. 2 Z 2 ist folgendermaßen zu berechnen:

1. Die Berechnungen sind getrennt für folgende Bereiche durchzuführen:

- a) Für die Träger der Krankenversicherung zusammen, soweit sie zur Durchführung der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz gemäß § 26 sachlich zuständig sind,
- b) für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
- c) für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
- d) für die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

* 2. 30% des Pauschalbeitrages gemäß Abs. 1 in vier gleich hohen Quartalsbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner des Folgejahres.

* Die endgültige Abrechnung des Pauschalbeitrages hat bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen. Die erstmalige Überweisung der Monatsrate gemäß Z 1 ist abweichend von Z 1 am 7. April 1997 fällig.

* (5) Die Überweisungen gemäß Abs. 4 sind auf die Länder (Landesfonds) gemäß folgendem Schlüssel zu verteilen:

* Burgenland	2,432392170 %
* Kärnten	7,361855106 %
* Niederösterreich	14,475458234 %
* Oberösterreich	17,291136773 %
* Salzburg	6,421603874 %
* Steiermark	14,581355521 %
* Tirol	7,725665708 %
* Vorarlberg	4,164476274 %
* Wien	25,546056340 %

(7) Die Mittel des Ausgleichsfonds nach Abs. 2 Z 1, Z 2 und Z 3 sowie 600 Millionen Schilling werden für das Kalenderjahr 1991 durch Überweisungen der dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger nach demselben Schlüssel aufgebracht, der für die Verteilung in Abs. 3 Z 2 festgesetzt ist. 150 Millionen Schilling werden für das Kalenderjahr 1991 durch Überweisungen der dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger im Verhältnis der von ihnen mit Wiener Krankenanstalten in diesem Kalenderjahr abgerechneten Anstaltspflege aufgebracht.

(8) Die dem Hauptverband angehörenden Träger der Krankenversicherung haben zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres ein Viertel des vorläufigen Jahresbetrages (Abs. 2 Z 1 bis 3 und Z 4 lit. f und lit. h) vorschussweise an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten. Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen ist vom Hauptverband unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Beitragseinnahmen dieses Geschäftsjahres, der Beiträge nach Abs. 2 Z 2 für das dem Geschäftsjahr zweitvorangegangenen Jahr, der nach Abs. 2 Z 3 und Z 4 lit. f und lit. h zu überweisenden Mittel und des Schlüssels nach Abs. 3 Z 2 festzusetzen. Reichen die Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen (Abs. 3 Z 1) in einem Geschäftsjahr nicht aus, um die Zahlung gemäß Abs. 2 Z 4 zu leisten, haben die Krankenversicherungsträger bis 31. März des folgenden Kalenderjahres die fehlenden Mittel unter Berücksichtigung des Schlüssels nach Abs. 3 Z 2 an den Ausgleichsfonds zu überweisen. Der Ausgleich ist bis Ende Oktober des folgenden Geschäftsjahres vorzunehmen.

(9) Alle von den Krankenversicherungsträgern an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu überweisenden Beträge sind so zu überweisen, daß die betreffenden Beträge beim Hauptverband am jeweils letzten Bankarbeitstag vor dem Fälligkeitstermin bereits eingetroffen sind. Der Hauptverband hat diese Beträge sowie die bis zu diesem Zeitpunkt eingezahlten Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung innerhalb von sieben Tagen an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu überweisen.

* 2. für Anstaltspflege, die aus dem Versicherungsfall
* der Mutterschaft geleistet wird.

* 3. für Leistungen nach § 120 Abs. 2 dieses
* Bundesgesetzes und nach § 76 Abs. 2 des
* Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (Organspenden).

* (7) Mit den Pauschalbeiträgen der Träger der
* Sozialversicherung gemäß Abs. 1 und den Beiträgen der
* Versicherten gemäß Abs. 6 an die Länder (Landesfonds)
* sind alle Leistungen der im § 148 genannten
* Krankenanstalten insbesondere im stationären,
* halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich
* einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt
* resultierenden Leistungen für Versicherte und
* anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der
* Sozialversicherung nach Maßgabe des § 148 Z 3 zur Gänze
* abgegolten.

* (8) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds
* für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die
* Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach
* Maßgabe der Abs. 1 bis 5 und die Aufbringung der dazu
* benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses
* Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des
* Hauptverbandes zu verwalten. Allfällige
* Vermögenserträge eines Geschäftsjahres sind an den
* Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gemäß
* § 447 a zu überweisen. Für jedes Jahr ist ein
* Rechnungsabschluß zu erstellen, der jedenfalls aus einer
* Erfolgsrechnung und einer Schlußbilanz zum Ende des
* Jahres bestehen muß. Weiters ist zum Abschluß eines
* jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit
* dem Rechnungsabschluß dem Bundesministerium für Arbeit
* und Soziales vorzulegen.

* (9) Die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach
* Maßgabe des Abs. 1 bis 5 werden für die
* Kalenderjahre 1997 bis 2000 aufgebracht:

* 1. durch die Zusatzbeiträge in der
* Krankenversicherung (§ 51 b des Allgemeinen

- * Sozialversicherungsgesetzes, § 27 a des Gewerblichen
- * Sozialversicherungsgesetzes, § 24 a des
- * Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, § 20 a des
- * Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes);
- * 2. soweit 30% der Überweisungen des Ausgleichsfonds
- * an die Länder (Landesfonds) durch Zusatzbeiträge nach
- * Z 1 nicht gedeckt sind, durch Überweisungen der dem
- * Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger
- * (§ 31 Abs. 1) nach einem Schlüssel, der nach dem
- * Verhältnis der Beitragseinnahmen der einzelnen
- * Krankenversicherungsträger berechnet wird. Dabei sind
- * alle Beitragseinnahmen für Versicherte und der
- * Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der Bauern
- * heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge gemäß Z 1 und Beiträge
- * gemäß § 22 Abs. 3 des Beamten-Kranken- und
- * Unfallversicherungsgesetzes sind außer Betracht zu
- * lassen.
- * 3. 70% der Überweisungen des Ausgleichsfonds an die
- * Länder (Landesfonds) durch Überweisungen der
- * Sozialversicherungsträger nach folgendem Schlüssel:
- * Wiener
- * Gebietskrankenkasse 17,24876 %
- * Niederösterreichische
- * Gebietskrankenkasse 11,75596 %
- * Burgenländische
- * Gebietskrankenkasse 1,95083 %
- * Oberösterreichische
- * Gebietskrankenkasse 14,92858 %
- * Steiermärkische
- * Gebietskrankenkasse 10,28247 %
- * Kärntner
- * Gebietskrankenkasse 5,36150 %
- * Salzburger
- * Gebietskrankenkasse 4,67010 %
- * Tiroler

* Gebietskrankenkasse	5,67863 %
* Vorarlberger	
* Gebietskrankenkasse	3,72757 %
* Betriebskrankenkasse der	
* Österreichischen	
* Staatsdruckerei	0,02583 %
* Betriebskrankenkasse	
* Austria Tabak	0,08857 %
* Betriebskrankenkasse.	
* der Wiener	
* Verkehrsbetriebe	0,32719 %
* Betriebskrankenkasse	
* Semperit	0,18395 %
* Betriebskrankenkasse der	
* Neusiedler AG	0,03836 %
* Betriebskrankenkasse	
* VOEST-ALPINE Donawitz	0,23102 %
* Betriebskrankenkasse	
* Zeltweg	0,09937 %
* Betriebskrankenkasse	
* Kindberg	0,05508 %
* Betriebskrankenkasse	
* Kapfenberg	0,30782 %
* Betriebskrankenkasse	
* Pengg	0,03442 %
* Versicherungsanstalt des österreichischen	

* Bergbaues (als Träger der	
* Krankenversicherung)	1,07471 %
* Versicherungsanstalt der österreichischen	
* Eisenbahnen (als Träger der	
* Krankenversicherung)	4,14157 %
* Versicherungsanstalt öffentlich	
* Bediensteter (als Träger der	
* Krankenversicherung)	7,74737 %
* Sozialversicherungsanstalt	
* der gewerblichen Wirtschaft	
* (als Träger der Krankenversicherung) .	5,22717 %
* Sozialversicherungsanstalt	
* der Bauern	
* (als Träger der Krankenversicherung) ..	4,52266 %
* Versicherungsanstalt der	
* Österreichischen Eisenbahnen	
* (als Träger der Unfallversicherung) ..	0,01257 %
* Versicherungsanstalt öffentlich	
* Bediensteter (als Träger der	
* Unfallversicherung)	0,00688 %
* Allgemeine Unfallversicherungs-	
* anstalt	0,00288 %
* Sozialversicherungsanstalt der	
* Bauern (als Träger der	
* Unfallversicherung)	0,16985 %
* Pensionsversicherungsanstalt	
* der Angestellten	0,02408 %

(10) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat nach Anhörung des Hauptverbandes Weisungen für die Erfassung und Aufbewahrung der vom Hauptverband bei der Berechnung der Überweisungen benötigten Daten zu erlassen.

- * Pensionsversicherungsanstalt
- * der Arbeiter 0,06662 %
- * Versicherungsanstalt des
- * österreichischen Bergbaues
- * (als Träger der Pensionsversicherung . 0,00483 %
- * Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- * (als Träger der Pensionsversicherung) . 0,00280 %

* (10) Die dem Hauptverband angehörenden Träger der Sozialversicherung haben die Überweisungen gemäß Abs. 9 Z 1 und 2 in der Höhe eines Viertels des vorläufigen Jahresbetrages (Abs. 2 und 3) und die Überweisungen gemäß Abs. 9 Z 3 in der Höhe eines Zwölftels des vorläufigen Jahresbetrages (Abs. 2 und 3) vorschußweise an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten. Die Höhe der vorschußweisen Zahlungen gemäß Abs. 9 Z 1 und 2 ist vom Hauptverband unter Berücksichtigung der Beitragseinnahmen für das dem Geschäftsjahr zweitvorangegangene Jahr festzusetzen. Der Ausgleich für die endgültigen Überweisungen an den Ausgleichsfonds ist bis Ende Oktober des folgenden Geschäftsjahres vorzunehmen.

* (11) Alle von den Krankenversicherungsträgern an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu überweisenden Beträge sind so zu überweisen, daß die betreffenden Beträge beim Hauptverband am jeweils drittletzten Bankarbeitstag vor dem Überweisungstermin gemäß Abs. 4 bereits eingetroffen sind.

* § 567. (1) Es treten in Kraft:

* 1. mit 1. Jänner 1997 die §§ 105 Abs. 1, 3 und 4 und 416 in der Fassung des Bundesgesetzes
* BGB1. Nr. xxx/1996;

* 2. rückwirkend mit 1. August 1996 die §§ 131 Abs. 6 und 136 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes
* BGB1. Nr. xxx/1996.

* (2) Die §§ 121 Abs. 4 Z 3 lit. d, 122 Abs. 2 Z 1 lit. d, 124 Abs. 2 Z 1, 130 Abs. 3, 145 Überschrift, 145 Abs. 1 und 2, 148, 149, 150, 322 a, 332 Abs. 1, 447 a Abs. 5 Z 3 zweiter Satz und 447 f in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. xxx/1996 treten mit

ASVG - Geltende Fassung

ASVG - Vorgeschlagene Fassung

- * 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des
- * 31. Dezember 2000 außer Kraft.

- * (3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten
- * Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden
- * Fassung wieder in Kraft.

- * (4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu
- * den §§ 148 und 149 Abs. 2 in der Fassung des
- * Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum
- * 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in
- * Kraft zu setzen.

- * (5) § 63 b ist für Zusatzbeiträge in der
- * Krankenversicherung (§ 51 b), die für die Jahre 1997
- * bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden.

GSVG - Geltende Fassung

Pensionssonderzahlungen

§ 73. (1) Zu den in den Monaten Mai bzw. Oktober bezogenen Pensionen gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat Mai bzw. Oktober ausgezahlten Pension einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. Ruht der Pensionsanspruch für den Monat Mai bzw. Oktober ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens mit einem Anspruch auf Krankengeld nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmung des § 61 a zu berechnen.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat Mai bzw. Oktober laufenden Pensionen in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensionszahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) unverändert.

(2) Geldleistungen werden erbracht,

a) unverändert.

b) wenn ein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, durch Kostenersätze bis zur Höhe jenes Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistung als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich des vom Versicherten zu leistenden Kostenanteiles gemäß § 86 bzw. bei Heilmitteln durch Kostenersätze im Ausmaß von 80 v. H. der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzneitaxe abzüglich der Rezeptgebühr;

c) unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

GSVG - Vorgeschlagene Fassung

Pensionssonderzahlungen

* § 73. (1) Zu den in den Monaten April bzw. September bezogenen Pensionen gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

* (3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat April bzw. September ausgezahlten Pension einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. Ruht der Pensionsanspruch für den Monat April bzw. September ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens mit einem Anspruch auf Krankengeld nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmung des § 61 a zu berechnen.

* (4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat April bzw. September laufenden Pensionen in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensionszahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) unverändert.

(2) Geldleistungen werden erbracht,

a) unverändert.

* b) wenn bei anderen Leistungen als Anstaltspflege ein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, durch Kostenersätze bis zur Höhe jenes Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistung als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich des vom Versicherten zu leistenden Kostenanteiles gemäß § 86 bzw. bei Heilmitteln durch Kostenersätze im Ausmaß von 80 v. H. der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzneitaxe abzüglich der Rezeptgebühr;

c) unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

Heilmittel

§ 92. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist als Kostenbeteiligung eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) und (5) unverändert.

Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege

§ 96. (1) unverändert.

(2) Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c erhalten, kann die Satzung bestimmen, daß im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Sonderklasse) folgende Leistungen gewährt werden:

- a) Kostenersätze für die Pflegegebühren, die die Pflegegebührenersätze für die allgemeine Gebührenklasse übersteigen, und zwar bis zur Höhe der Pflegegebühren für Selbstzahler der allgemeinen Gebührenklasse der vom Versicherten

Heilmittel

§ 92. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist als Kostenbeteiligung eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1998, der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) und (5) unverändert.

Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege

§ 96. (1) unverändert.

(2) Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c erhalten, kann die Satzung bestimmen, daß im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Sonderklasse) Kostenersätze für Operationen und Sondergebühren in singemäßer Anwendung der für die ärztliche Hilfe (§ 91) und Heilmittel (§ 92) geltenden Bestimmungen nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt, gewährt werden. Im Vergütungstarif können auch Pauschalsätze festgelegt werden. Diese Leistungen dürfen 80 v. H. der in Rechnung gestellten Beträge nicht überschreiten. Bei Vorliegen einer Berechtigung im Sinne des § 25 Abs. 7 und 8 entsteht die Anspruchsberechtigung auf diese Leistungen nach Ablauf von sechs Monaten ab Beginn der Berechtigung; § 105 Abs. 2 gilt entsprechend; die Frist von sechs Monaten verkürzt sich um die Dauer eines unmittelbar vor dem Beginn dieser Berechtigung bestandenem Anspruches auf Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c.

GSVG - Geltende Fassung

gewählten Krankenanstalt oder, falls diese keine allgemeine Gebührenklasse führt, der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt, die eine solche Gebührenklasse führt, und

- b) Kostenersätze für Operationen und Sondergebühren in sinngemäßer Anwendung der für die ärztliche Hilfe (§ 91) und Heilmittel (§ 92) geltenden Bestimmungen nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt. Im Vergütungstarif können auch Pauschalsätze festgelegt werden.

Diese Leistungen dürfen 80 v. H. der in Rechnung gestellten Beträge nicht überschreiten. Bei Vorliegen einer Berechtigung im Sinne des § 25 Abs. 7 und 8 entsteht die Anspruchsberechtigung auf diese Leistungen nach Ablauf von sechs Monaten ab Beginn der Berechtigung; § 105 Abs. 2 gilt entsprechend; die Frist von sechs Monaten verkürzt sich um die Dauer eines unmittelbar vor dem Beginn dieser Berechtigung bestandenen Anspruches auf Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c.

Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 97. Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den öffentlichen Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 Z 1 und 3 lit. a, b und d und Z 4 bis 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden. Die den öffentlichen Krankenanstalten nach Maßgabe dieser Bestimmungen gebührenden Pflegegebührenersätze sind vom Versicherungsträger zu entrichten.

Aufnahme in nichtöffentliche Krankenanstalten

§ 98. (1) Der Erkrankte kann auch in eine sonstige nichtöffentliche Krankenanstalt aufgenommen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht. In einem solchen Fall ist die Pflege in der nichtöffentlichen Krankenanstalt der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt gleichzuhalten.

(2) Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den nichtöffentlichen Krankenanstalten sind die Bestimmungen

GSVG - Vorgeschlagene Fassung

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 97. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

Beziehungen zu anderen als in § 97 genannten Krankenanstalten

§ 98. (1) Der Erkrankte kann auch in eine andere als in § 97 genannte Krankenanstalt aufgenommen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht. In diesem Fall ist die Pflege in einer solchen Krankenanstalt der Pflege in einer Krankenanstalt im Sinne des § 97 gleichzuhalten. § 149 Abs. 3 und 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind anzuwenden.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben

GSVG - Geltende Fassung

des § 149 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden. Die den nichtöffentlichen Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze sind vom Versicherungsträger zu entrichten.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Versicherungsträger

§ 190. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Familienangehörige im Rahmen der Familienversicherung bzw. als Angehörige gemäß § 83 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, umfaßt der übergehende Anspruch anteilmäßig auch die zusätzlichen Zahlungen des Versicherungsträgers zur Krankenanstaltenfinanzierung (§ 97 in Verbindung mit § 148 Z 3 lit. d des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes); hiebei ist § 28 Abs. 4 Z 3 KAG sinngemäß anzuwenden. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

GSVG - Vorgeschlagene Fassung

- * insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung,
- * die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung
- * des Krankheitsfalles wie zB in die Krankengeschichte,
- * Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die
- * ärztliche Untersuchung durch einen vom
- * Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt
- * im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

- * Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei
- * Anstaltspflege

- * § 98 a. Wenn ein Anspruch auf Anstaltspflege als
- * Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte
- * jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, so hat
- * der Versicherungsträger dem Versicherten einen
- * Kostenbeitrag zu leisten. Der Kostenbeitrag ist in der
- * Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß
- * festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß
- * § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes
- * entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das
- * Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die
- * finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers
- * als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche
- * Bedürfnis des Versicherten festzusetzen.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Versicherungsträger

- § 190. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Familienangehörige im Rahmen der Familienversicherung bzw. als Angehörige gemäß § 83 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergehende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

- * § 269. (1) Es treten in Kraft:
- * 1. mit 1. Jänner 1997 § 73 Abs. 1, 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;
- * 2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 92 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.
- * (2) Die §§ 85 Abs. 2 lit. b, 96 Abs. 2, 97, 98, 98 a und 190 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.
- * (3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung wieder in Kraft.
- * (4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 97 und 98 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.
- * (5) § 27 b ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 27 a), die für die Jahre 1997 bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden.

Pensionssonderzahlungen

§ 69. (1) Zu den in den Monaten Mai bzw. Oktober bezogenen Pensionen gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat Mai bzw. Oktober ausgezahlten Pension einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. Ruht der Pensionsanspruch für den Monat Mai bzw. Oktober ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens mit einem Anspruch auf Krankengeld nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmung des § 57 a zu berechnen.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat Mai bzw. Oktober laufenden Pensionen in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensionszahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Arten der Erbringung der Leistungen,
Kostenbeteiligung

§ 80. (1) unverändert.

(2) Bei Sachleistungen hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 v. H. der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für die Anstaltspflege in einer öffentlichen Krankenanstalt hat der Versicherte als Kostenanteil nur den im § 91 Z 2 vorgesehenen Anteil an Pflegegebührenersätzen zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 v. H. der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese

Pensionssonderzahlungen

* § 69. (1) Zu den in den Monaten April bzw. September bezogenen Pensionen gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

* (3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat April bzw. September ausgezahlten Pension einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage. Ruht der Pensionsanspruch für den Monat April bzw. September ganz oder zum Teil wegen des Zusammentreffens mit einem Anspruch auf Krankengeld nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, so sind die Sonderzahlungen unter Außerachtlassung der Ruhensbestimmung des § 57 a zu berechnen.

* (4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat April bzw. September laufenden Pensionen in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensionszahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Arten der Erbringung der Leistungen,
Kostenbeteiligung

§ 80. (1) unverändert.

(2) Bei Sachleistungen hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 v. H. der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447 f Abs. 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 v. H. der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese

BSVG - Geltende Fassung

Kostenzuschüsse können durch die unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 v. H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des Versicherten tritt der Ehegatte des Versicherten, an den die Pension gemäß § 71 Abs. 4 ausbezahlt ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

(3) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen

- a) und b) unverändert.
- c) sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung, übersteigen;
- d) unverändert.
- e) bei einer aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft gewährten Anstaltspflege;
- f) bei der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gemäß § 76 Abs. 2.

(4) bis (7) unverändert.

Heilmittel

§ 86. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist als Kostenbeteiligung eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) und (5) unverändert.

BSVG - Vorgeschlagene Fassung

Kostenzuschüsse können durch die unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 v. H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des Versicherten tritt der Ehegatte des Versicherten, an den die Pension gemäß § 71 Abs. 4 ausbezahlt ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

(3) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen

- a) und b) unverändert.
- c) Aufgehoben.
- d) unverändert.
- e) Aufgehoben.
- f) Aufgehoben.

(4) bis (7) unverändert.

Heilmittel

§ 86. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist als Kostenbeteiligung eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1998, der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) und (5) unverändert.

Einweisung in eine öffentliche Krankenanstalt

§ 90. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 89 gewährt wird, in eine öffentliche Krankenanstalt einzuweisen. Hiebei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine öffentliche Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt hat dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen anzuzeigen.

Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 91. Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den öffentlichen Krankenanstalten gelten gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 folgende Grundsätze:

1. Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 90 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

2. Die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze sind nach Maßgabe des § 80 Abs. 3 zu 90 vH vom Versicherungsträger und zu 10 vH vom Versicherten zu entrichten. Alle Leistungen der Krankenanstalten mit Ausnahme der in § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, angeführten Leistungen sind

a) mit den vom Versicherungsträger anteilig gezahlten Pflegegebührenersätzen,

b) mit den im § 27 a des Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträgen,

c) mit den vom Versicherten nach § 80 Abs. 2 zu leistenden Kostenanteil und

Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 90. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 89 gewährt wird, in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen. Hiebei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt hat dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen anzuzeigen.

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 91. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

(2) Grundsatzbestimmung. Die Verträge mit den nichtöffentlichen Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles wie zum Beispiel in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser sowie über die Höhe und Zahlung der Pflegegebühren zu enthalten. Die mit den nichtöffentlichen gemeinnützigen Krankenanstalten zu vereinbarenden Pflegegebührenersätze dürfen nicht niedriger sein als die Pflegegebührenersätze, die von der Sozialversicherungsanstalt der Bauern an die nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen geleistet werden. Im übrigen gilt § 91 Z 2 sinngemäß.

Kostenzuschuß an den Versicherten bei Anstaltspflege

§ 93. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Kostenzuschuß (§ 80) zur Anstaltspflege zu gewähren, wenn der Erkrankte in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Der Zuschuß darf die Kosten nicht übersteigen, die dem Versicherungsträger in der nach Art und Umfang der Einrichtungen und Leistungen in Betracht kommenden nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Versicherungsträger

§ 178. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 78 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer

* (2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in
 * Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer
 * Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben
 * insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung,
 * die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung
 * des Krankheitsfalles wie zB in die Krankengeschichte,
 * Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die
 * ärztliche Untersuchung durch einen vom
 * Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt
 * im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

*
 *
 *
 *
 *
 *
 *
 *
 *

Kostenbeitrag des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

* § 93. (1) War die Anstaltspflege notwendig und
 * unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem
 * Versicherten einen Kostenbeitrag zu leisten, wenn der
 * Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine
 * vertragliche Regelung gemäß § 92 besteht, ohne
 * Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht
 * wurde.

* (2) Der Kostenbeitrag ist in der Satzung des
 * Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das
 * der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des
 * Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht.
 * Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des
 * Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die finanzielle
 * Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers als
 * Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche
 * Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Versicherungsträger

§ 178. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 78 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer

BSVG - Geltende Fassung

gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, umfaßt der übergehende Anspruch anteilmäßig auch die zusätzlichen Zahlungen des Versicherungsträgers zur Krankenanstaltenfinanzierung (§ 91 Z 2 lit. d); hiebei ist § 28 Abs. 4 Z 3 KAG sinngemäß anzuwenden. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

BSVG - Vorgeschlagene Fassung

gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergehende Anspruch auch die * Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des * Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der * Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der * Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds * entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu * verrechnen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den * Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer * Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für * die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten * abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

* § 258. (1) Es treten in Kraft:

* 1. mit 1. Jänner 1997 § 69 Abs. 1, 3 und 4 in der * Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;

* 2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 86 Abs. 3 in der * Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

* (2) Die §§ 80 Abs. 2 und 3 lit. c, e und f, 90 * Überschrift sowie Abs. 1 und 2, 91 bis 93 und 178 Abs. 1 * in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 * treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft und mit Ablauf des * 31. Dezember 2000 außer Kraft.

* (3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten * Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden * Fassung wieder in Kraft.

* (4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu * den §§ 91 und 92 Abs. 2 in der Fassung des * Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind bis zum * 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in * Kraft zu setzen.

* (5) § 24 b ist für Zusatzbeiträge in der * Krankenversicherung (§ 24 a), die für die Jahre 1997 * bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden.

Unterbrechung der Versicherung

§ 7. (1) unverändert.

(2) Die Unterbrechung der Krankenversicherung tritt nicht ein,

1. unverändert.

2. während der Dauer des Bezuges von Karenzurlaubsgeld nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes BGBl.Nr.395/1974 oder gleichartigen Bestimmungen;

3. unverändert.

Rentensonderzahlungen

§ 46. (1) Zu Renten aus der Unfallversicherung, die in den Monaten Mai beziehungsweise Oktober bezogen werden, gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat Mai beziehungsweise Oktober ausgezahlten Rente einschließlich der Zuschüsse.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat Mai beziehungsweise Oktober laufenden Renten in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Rentenzahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Erstattung der Kosten der Krankenbehandlung

§ 59. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre. Die Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege

Unterbrechung der Versicherung

§ 7. (1) unverändert.

(2) Die Unterbrechung der Krankenversicherung tritt nicht ein,

1. unverändert.

2. während der Dauer des Bezuges von Karenzurlaubsgeld nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 395/1974 oder gleichartigen Bestimmungen und eines anschließenden Karenzurlaubes bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres des Kindes;

3. unverändert.

Rentensonderzahlungen

§ 46. (1) Zu Renten aus der Unfallversicherung, die in den Monaten April bzw. September bezogen werden, gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) unverändert.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat April bzw. September ausgezahlten Rente einschließlich der Zuschüsse.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat April bzw. September laufenden Renten in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Rentenzahlung flüssigzumachen.

(5) unverändert.

Erstattung der Kosten der Krankenbehandlung

§ 59. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre. Zu den Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege

BKUVG - Geltende Fassung

sind nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu ersetzen. Bei der Festsetzung dieses Ersatzes ist auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt Bedacht zu nehmen. Die Kostenerstattung ist um den Betrag zu vermindern, der vom Versicherten als Behandlungsbeitrag (§ 63 Abs.4) bzw. als Rezeptgebühr (§ 64 Abs.3) bei Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe bzw. von Heilmitteln als Sachleistung zu leisten gewesen wäre.

(2) bis (4) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 63. (1) bis (3) unverändert.

(4) In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 v.H. des jeweiligen Vertragshonorares zu entrichten. § 22 Abs.5 gilt entsprechend. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs.3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten.

BKUVG - Vorgeschlagene Fassung

* ist in der Satzung ein Kostenbeitrag in einem Ausmaß
* festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß
* § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes
* entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das
* Ausmaß des Kostenbeitrages unter Bedachtnahme auf die
* finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt
* als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche
* Bedürfnis des Versicherten festzusetzen. Die
* Kostenerstattung ist um den Betrag zu vermindern, der
* vom Versicherten als Behandlungsbeitrag (§ 63 Abs.4)
* bzw. als Rezeptgebühr (§ 64 Abs.3) bei Inanspruchnahme
* der ärztlichen Hilfe bzw. von Heilmitteln als
* Sachleistung zu leisten gewesen wäre.

(2) bis (4) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 63. (1) bis (3) unverändert.

(4) In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 v.H. des jeweiligen Vertragshonorares zu entrichten. § 22 Abs.5 gilt entsprechend. Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs.3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten.

Heilmittel

§ 64. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung der Versicherungsanstalt ist, soweit im folgenden nicht anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung der Versicherungsanstalt zu zahlen.

(4) und (5) unverändert.

Aufnahme in eine Krankenanstalt

§ 67. Wird der Erkrankte bei der Gewährung der Anstaltspflege gemäß § 66 in die allgemeine Gebührenklasse einer öffentlichen oder in eine nichtöffentliche Krankenanstalt, mit der die Versicherungsanstalt in einem Vertragsverhältnis steht, aufgenommen, so hat die Krankenanstalt die Aufnahme binnen acht Tagen der Versicherungsanstalt anzuzeigen.

Beziehungen zu den Krankenanstalten (Grundsatzbestimmung)

§ 68. (1) Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den öffentlichen Krankenanstalten gelten gemäß Art.12 Abs.1 Z.1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 folgende Grundsätze:

1. Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 66 anspruchsberechtigten Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.
2. Die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze sind zur Gänze von der Versicherungsanstalt zu entrichten.
3. Alle Leistungen der Krankenanstalten mit Ausnahme

Heilmittel

§ 64. (1) und (2) unverändert.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung der Versicherungsanstalt ist, soweit im folgenden nicht anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr in der Höhe von 42 S zu zahlen. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 42 S zu zahlen, als Heilmittel bezogen werden. An die Stelle des Betrages von 42 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1998, der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) vervielfachte Betrag. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung der Versicherungsanstalt zu zahlen.

(4) und (5) unverändert.

Aufnahme in eine Krankenanstalt

§ 67. Wird der Erkrankte bei der Gewährung der Anstaltspflege gemäß § 66 in die allgemeine Gebührenklasse einer Krankenanstalt, mit der die Versicherungsanstalt in einem Vertragsverhältnis steht, aufgenommen, so hat die Krankenanstalt die Aufnahme binnen acht Tagen der Versicherungsanstalt anzuzeigen.

Beziehungen zu den Krankenanstalten

§ 68. (1) (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

BKUVG - Geltende Fassung

der im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes, BGBI. Nr. 1/1957, angeführten Leistungen sind

- a) mit den von der Versicherungsanstalt gezahlten Pflegegebührenersätzen,
- b) mit den im § 27 a des Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträgen und
- c) mit den Beiträgen der Versicherungsanstalt zum Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

abgeholten.

4. Der Versicherungsanstalt steht hinsichtlich der Erkrankten, für deren Anstaltspflege sie aufkommt, das Recht zu, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Anstalt (zum Beispiel Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde) Einsicht zu nehmen sowie durch einen beauftragten Facharzt den Erkrankten in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen.

5. Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat gegenüber dem eingewiesenen Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen keinen Anspruch auf Pflegegebührenersätze für die Dauer der von der Versicherungsanstalt gewährten Anstaltspflege.

6. Im übrigen werden die Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den Krankenanstalten insbesondere hinsichtlich der Höhe der zu zahlenden Pflegegebührenersätze und der Dauer, für die Pflegegebührenersätze zu zahlen sind, durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit der Versicherungsanstalt einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen sind und zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form der Abfassung bedürfen.

(2) Die Verträge mit den nichtöffentlichen Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zum Beispiel in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen von der Versicherungsanstalt beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser sowie über die Höhe und Zahlung der

BKUVG - Vorgeschlagene Fassung

*
*

*
*

*
*

*
*

*

*
*
*
*
*
*
*
*

*
*
*
*
*

*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*

*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit anderen als in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen von der Versicherungsanstalt beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

BKUVG - Geltende Fassung

Pflegegebührenersätze zu enthalten. Die mit den nichtöffentlichen gemeinnützigen Krankenanstalten zu vereinbarenden Pflegegebührenersätze dürfen nicht niedriger sein als die Pflegegebührenersätze, die von der Versicherungsanstalt an die nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen geleistet werden. Im übrigen gilt Abs. 1 Z 3 sinngemäß.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsanstalt

§ 125. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer Rechtsvorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf die Versicherungsanstalt insoweit über, als diese Leistungen zu erbringen hat oder darüber hinaus als freiwillige Leistung erbringt. Wurde Anstaltspflege gewährt, umfaßt der übergehende Anspruch anteilmäßig auch die zusätzlichen Zahlungen der Versicherungsanstalt zur Krankenanstaltenfinanzierung (§ 68 Abs. 1 Z 3 lit. c); hiebei ist § 28 Abs. 4 Z 3 KAG sinngemäß anzuwenden. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf die Versicherungsanstalt nicht über.

(2) bis (4) unverändert.

BKUVG - Vorgeschlagene Fassung

*
*
*
*
*
*
*

* (3) Für Verträge gemäß Abs. 2 ist § 149 Abs. 3 und 4
* des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsanstalt

§ 125. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer Rechtsvorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf die Versicherungsanstalt insoweit über, als diese Leistungen zu erbringen hat oder darüber hinaus als freiwillige Leistung erbringt. Wurde Anstaltspflege gewährt, so umfaßt der übergehende Anspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Aufwendungen mit diesem zu verrechnen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf die Versicherungsanstalt nicht über.

(2) bis (4) unverändert.

* § 184. (1) Es treten in Kraft:

* 1. mit 1. Jänner 1997 § 46 Abs. 1, 3 und 4 in der
* Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. xxx/1996;

* 2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 64 Abs. 3 in der
* Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. xxx/1996;

* 3. rückwirkend mit 1. Mai 1996 § 7 Abs. 2 Z 2 in der
* Fassung des Bundesgesetzes BGB1. Nr. xxx/1996.

* (2) Die §§ 59 Abs. 1, 63 Abs. 4, 67, 68 und 125
* Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes
* BGB1. Nr. xxx/1996 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft
* und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

* (3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten
* Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden

- * Fassung wieder in Kraft.
- * (4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen
- * zum § 68 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes
- * BGB1. Nr. xxx/1996 sind bis zum 31. Dezember 1996 zu
- * erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.
- * (5) § 24 a ist für Zusatzbeiträge in der
- * Krankenversicherung (§ 20 a), die für die Jahre 1997
- * bis 2000 geleistet werden, nicht anzuwenden.

Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der Verordnungen (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit

Begriffsbestimmungen

§ 1 (1) In diesem Bundesgesetz bedeuten die Ausdrücke

1. bis 5. unverändert

6. "NVG 1972"

das Notarversicherungsgesetz 1972, BGBl.Nr.66/1972, in der jeweils geltenden Fassung.

(2) unverändert

* Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen im Bereich
* der sozialen Sicherheit im Verhältnis zur Europäischen
* Union und anderen Vertragsstaaten
* (Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz - SV-EG).

Begriffsbestimmungen

§ 1 (1) In diesem Bundesgesetz bedeuten die Ausdrücke

1. bis 5. unverändert

* 6. "NVG 1972" das Notarversicherungsgesetz 1972,
* BGBl.Nr.66/1972, in der jeweils geltenden Fassung;

* 7. "Abkommen" ein von Österreich geschlossenes
* Abkommen im Bereich der sozialen Sicherheit.

(2) unverändert

* Beziehung der Träger zu den
* Ländern (Landesfonds) in zwischenstaatlichen Fällen

* § 7 a. (1) Die den Ländern (Landesfonds) auf Grund der
* Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des
* Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung
* für die Jahre 1997 bis 2000 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 erstatten den Ländern
* (Landesfonds) die in Betracht kommenden Kosten, soweit
* Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald der jeweils
* maßgebende Erstattungsbetrag des zuständigen
* ausländischen Trägers bei ihnen einlangt.

* (2) In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder
* eines Kostenerstattungsverzichtes erstatten die
* Gebietskrankenkassen den Ländern (Landesfonds) 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.

* (3) Für die Behandlung von aus der österreichischen
* Sozialversicherung anspruchsberechtigten Personen auf
* Grund der Verordnung oder eines Abkommens in
* ausländischen Krankenanstalten gelten die Träger der
* Sozialversicherung weiterhin als zuständige Träger.

* (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. aus medizinischen Gründen aus einer inländischen
* in eine ausländische Krankenanstalt verlegt wurde oder

* 2. die ihrem Zustand angemessene Behandlung im
* Inland nicht oder nicht in einem Zeitraum erhalten
* konnte, der für diese Behandlung normalerweise
* erforderlich ist,

* sind den Trägern der Sozialversicherung aus Mitteln des
* Bundes gemäß Art. 8 Abs. 1 Z 4 der im Abs. 1 genannten
* Vereinbarung in dem Ausmaß zu ersetzen, in dem die
* insgesamt von den Trägern der Sozialversicherung

* in einem Jahr für diese Fälle aufgewendeten Beträge den
* Betrag von 60 Mio. S übersteigen. Dieser Betrag ist für
* die Jahre 1998 bis 2000 entsprechend Art. 9 Abs. 5 und 6
* dieser Vereinbarung zu valorisieren. Die Träger der
* Sozialversicherung haben zur Durchführung dieses
* Absatzes die entsprechenden Aufwendungen unverzüglich an
* den Hauptverband der österreichischen
* Sozialversicherungsträger zu melden. Der Hauptverband
* der österreichischen Sozialversicherungsträger überwacht
* laufend die Entwicklung der Aufwendungen und macht
* gegebenenfalls die Erstattung aus den Mitteln des Bundes
* im Namen der betroffenen Träger geltend. Die
* Erstattungen aus den Mitteln des Bundes sind am Ende des
* Jahres der Geltendmachung an die betroffenen Träger zu
* überweisen.

* § 9 b. § 1 Abs. 1 Z 7 und § 7 a in der Fassung des
* Bundesgesetzes BGBl. Nr. XXX/1996 treten gleichzeitig
* mit der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die
* Reform des Gesundheitswesens und der
* Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000
* in Kraft. § 7 a tritt gleichzeitig mit der genannten
* Vereinbarung außer Kraft.