

**648/A XXVII. GP - Textgegenüberstellung zum Initiativantrag
der Abgeordneten Philip Kucher,
Kolleginnen und Kollegen**

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot)
	<p>Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur Abwicklung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF-Abwicklungsgesetz) geschaffen und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert werden</p>	
	Der Nationalrat hat beschlossen:	
	Artikel I	
<p>Hinweis der ParDion: Aufgrund des Erlasses eines neuen Gesetzes wurde hier keine Textgegenüberstellung erstellt</p>	<p>„Bundesgesetz zur Abwicklung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF-Abwicklungsgesetz)</p>	
	<p>§ 1. Dieses Bundesgesetz dient der Abwicklung des gemäß § 1 des Bundesgesetzes über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz – PRIKRAF-G), BGBl. I Nr. 165/2004, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2018, errichteten Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF).</p>	
	<p>§ 2. Für die Abwicklung des PRIKRAF gilt Folgendes:</p>	
	<p>1. Mit den Zahlungen an den und des PRIKRAF in den Jahren 2002 bis einschließlich 2020 gelten</p>	

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot)
	sämtliche Forderungen gegenüber dem PRIKRAF als erloschen.	
	2. Allfällige Forderungen des PRIKRAF mit Ausnahme allfälliger Bankguthaben sind nicht mehr zu realisieren.	
	3. Sämtliche nach Tilgung von Forderungen noch vorhandene Mittel des PRIKRAF sind an die Bundesgesundheitsagentur zur Finanzierung von stationären und/oder ambulanten Leistungen der Krankenanstalten im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 199/2013 zu überweisen.	
	4. Die am 31. Dezember 2020 geltenden Bestimmungen des PRIKRAF-G finden bis zu dem in der Verordnung des Bundesministers für Gesundheit gemäß § 675 Abs. 3 ASVG über das außer Kraft treten des PRIKRAF-G gem. § 24 Abs. 1 PRIKRAF-G genannten Termin weiterhin Anwendung.	
	§ 3. Nach der Abwicklung gemäß § 2 gilt der PRIKRAF als aufgelöst.	
	§ 4. Mit der Vollziehung dieses Gesetzes ist der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betraut.“	

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot)
ARTIKEL II		
Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes		
Link zur tagesaktuellen RIS-Fassung (dort kann auch nach Fassungen mit anderen Stichtagen gesucht werden)	Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I. Nr. 31/2020, wird wie folgt geändert:	
<i>1. § 149 Abs. 2 und 3 lauten:</i>		
<p>(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 Überprüfung der Identität des Patienten/der Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card, 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/eine vom Versicherungsträger beauftragte Fachärztin in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten. Die Überprüfung der Identität ist für Patienten/Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen. Die in Abs. 1 genannten Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden.</p>	<p>„(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.</p>	<p>(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 Überprüfung der Identität des Patienten/der Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e card, 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/eine vom Versicherungsträger beauftragte Fachärztin in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.Die Überprüfung der Identität ist für Patienten/Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen. Die in Abs. 1 genannten Krankenanstalten sind verpflichtet, die e card und die e card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden.</p>
<p>(3) Alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Dachverband und Fachverband der Gesundheitsbetriebe erfasst sind, im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden</p>	<p>(3) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen hierfür sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Dachverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten</p>	<p>(3) Alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Dachverband und Fachverband der Gesundheitsbetriebe erfasst sind, im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden</p>

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot)
Leistungen sind mit einer Zahlung in der Höhe von 76 306 475,88 € abgegolten. Dies gilt auch für jene bettenführenden Krankenanstalten, die von einem zwischen Dachverband und Fachverband der Gesundheitsbetriebe abzuschließenden Zusatzvertrag umfasst sind. Dieser Betrag ist an den nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des § 27b KAKuG abzurechnen. Auf den Fonds ist § 148 Z 8 sinngemäß anzuwenden.	Krankenanstalten.“	Leistungen sind mit einer Zahlung in der Höhe von 76 306 475,88 € abgegolten. Dies gilt auch für jene bettenführenden Krankenanstalten, die von einem zwischen Dachverband und Fachverband der Gesundheitsbetriebe abzuschließenden Zusatzvertrag umfasst sind. Dieser Betrag ist an den nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des § 27b KAKuG abzurechnen. Auf den Fonds ist § 148 Z 8 sinngemäß anzuwenden. Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen hierfür sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Dachverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.
Hinweis der ParDion: Aufgrund offensichtlicher Ähnlichkeit wird der vorgeschlagene Abs. 3 auch dem zum Stichtag der Einbringung in Geltung stehenden Abs. 3b gegenübergestellt (blau hinterlegt):		
(3b) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen für die nicht im Abs. 3 genannten Krankenanstalten sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Dachverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.	(3) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen hierfür sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Dachverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.	(3b3) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen für die nicht im Abs. 3 genannten Krankenanstalten hierfür sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Dachverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.
	2. § 149 Abs. 3a und 3b entfallen.	
(3a) Der Betrag nach Abs. 3 erster Satz erhöht sich im Jahr 2005 um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen sind. In den Jahren 2006 und 2007 errechnet sich dieser Betrag aus dem jeweiligen Betrag des Vorjahres, erhöht		(3a) Der Betrag nach Abs. 3 erster Satz erhöht sich im Jahr 2005 um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen sind. In den Jahren 2006 und 2007 errechnet sich dieser Betrag aus dem jeweiligen Betrag des Vorjahres, erhöht

<p>Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020</p>	<p>Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020</p>	<p>Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot)</p>
<p>um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2008 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2008 gegenüber dem Jahr 2007 gestiegen sind, zuzüglich 380 000 Euro. Die Pauschalbeträge ab dem Jahr 2009 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2019 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2019 gegenüber dem Jahr 2018 gestiegen sind, zuzüglich 14,7 Millionen Euro. Die Pauschalbeträge ab dem Jahr 2020 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. § 447f Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden. Der vorläufige Betrag ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbetrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die endgültige Abrechnung hat jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen.</p>		<p>um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2008 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2008 gegenüber dem Jahr 2007 gestiegen sind, zuzüglich 380 000 Euro. Die Pauschalbeträge ab dem Jahr 2009 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2019 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2019 gegenüber dem Jahr 2018 gestiegen sind, zuzüglich 14,7 Millionen Euro. Die Pauschalbeträge ab dem Jahr 2020 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. § 447f Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden. Der vorläufige Betrag ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbetrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die endgültige Abrechnung hat jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen.</p>
<p>(3b) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen für die nicht im Abs. 3 genannten Krankenanstalten sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Dachverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.</p>		<p>(3b) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen für die nicht im Abs. 3 genannten Krankenanstalten sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Dachverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.</p>

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: <i>Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot</i>)
	3. § 149 Abs. 5 lautet:	
<p>(5) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der 10%ige Kostenbeitrag von dem nach § 150 Abs. 2 zweiter Satz in der Satzung festgesetzten Betrag zu berechnen und an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist, soweit jedoch Abs. 3 erster Satz anzuwenden ist, vom Träger der Krankenanstalt an den Fonds nach Abs. 3 zweiter Satz zu überweisen ist; die an den Fonds überwiesenen, tatsächlich eingehobenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach Abs. 3 gegenzuverrechnen.</p>	<p>„(5) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der 10%ige Kostenbeitrag von den mit der Krankenanstalt vereinbarten Verpflegskosten zu berechnen und an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist.“</p>	<p>(5) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daßdass der 10%ige Kostenbeitrag von dem nach § 150 Abs. 2 zweiter Satz in der Satzung festgesetzten Betragden mit der Krankenanstalt vereinbarten Verpflegskosten zu berechnen und an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist; soweit jedoch Abs. 3 erster Satz anzuwenden ist, vom Träger der Krankenanstalt an den Fonds nach Abs. 3 zweiter Satz zu überweisen ist; die an den Fonds überwiesenen, tatsächlich eingehobenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach Abs. 3 gegenzuverrechnen.</p>
	4. § 150 lautet:	
<p>§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuß zu leisten, wenn</p>	<p>„§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuss zu leisten, wenn</p>	<p>§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen PflegekostenzuschußPflegekostenzuschuss zu leisten, wenn</p>
<p>1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten oder Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3 nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen, oder</p>	<p>1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen, oder</p>	<p>1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesgesundheitsfondsfinanziertelandesfondsfinanzierte Krankenanstalten oder Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3 nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen, oder</p>
<p>2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.</p>	<p>2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.</p>	<p>2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.</p>
<p>(2) Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz im Namen der</p>	<p>(2) Der Pflegekostenzuschuss 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</p>	<p>(2) Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz im Namen der</p>

<p align="center">Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020</p>	<p align="center">Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020</p>	<p align="center">Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: <i>Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot</i>)</p>
<p>Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.</p>	<p>Ausmaß des Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit aller Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.</p>	<p>Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in demeinem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit aller Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.</p>
<p>(3) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss nach Abs. 2 zweiter Satz zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist, soweit jedoch Abs. 2 erster Satz anzuwenden ist, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz einzubehalten ist; die tatsächlich einbehaltenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach Abs. 3 gegenzuverrechnen.</p>	<p>(3) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist.“</p>	<p>(3) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daßdass der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss nach Abs. 2 zweiter Satz zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist; soweit jedoch Abs. 2 erster Satz anzuwenden ist, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz einzubehalten ist; die tatsächlich einbehaltenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach Abs. 3 gegenzuverrechnen.</p>
	<p>5. § 349 Abs. 2a entfällt.</p>	
<p>(2a) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den in § 149 Abs. 3 genannten Krankenanstalten werden durch Gesamtverträge geregelt, die für diese Krankenanstalten von der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung abzuschließen sind.</p>		<p>(2a) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den in § 149 Abs. 3 genannten Krankenanstalten werden durch Gesamtverträge geregelt, die für diese Krankenanstalten von der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung abzuschließen sind.</p>
	<p>6. § 447f Abs. 14 und 15 entfallen.</p>	
<p>(14) Die Sozialversicherungsträger leisten an den Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ab dem Jahr 2008 jährlich einen Pauschalbeitrag für Leistungen der</p>		<p>(14) Die Sozialversicherungsträger leisten an den Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ab dem Jahr 2008 jährlich einen Pauschalbeitrag für Leistungen der</p>

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot)
Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3. Die Höhe des Pauschalbeitrages richtet sich nach § 149 Abs. 3 und 3a. Die Höhe und Fälligkeitstermine der monatlichen Teilzahlungen für die vorläufigen Beträge nach § 149 Abs. 3a sind zwischen dem Hauptverband und dem nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu vereinbaren.		Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3. Die Höhe des Pauschalbeitrages richtet sich nach § 149 Abs. 3 und 3a. Die Höhe und Fälligkeitstermine der monatlichen Teilzahlungen für die vorläufigen Beträge nach § 149 Abs. 3a sind zwischen dem Hauptverband und dem nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu vereinbaren.
(15) Die Trägerkonferenz hat mit verbindlicher Wirkung im Sinne des § 30 Abs. 3 zu beschließen, zu welchen Teilen die Überweisungen nach § 149 Abs. 3 und 3a von den einzelnen Sozialversicherungsträgern vorläufig aufzubringen sind. Ferner sind mit diesem Beschluss der Trägerkonferenz die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine festzulegen. Die endgültige Berechnung der auf die einzelnen Sozialversicherungsträger entfallenden Überweisungsbeträge hat unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme der Leistungen nach § 149 Abs. 3 im jeweiligen Jahr bis zum 30. November des Folgejahres zu erfolgen. Die sich daraus ergebenden Differenzbeträge sind zwischen den Sozialversicherungsträgern unverzüglich auszugleichen.		(15) Die Trägerkonferenz hat mit verbindlicher Wirkung im Sinne des § 30 Abs. 3 zu beschließen, zu welchen Teilen die Überweisungen nach § 149 Abs. 3 und 3a von den einzelnen Sozialversicherungsträgern vorläufig aufzubringen sind. Ferner sind mit diesem Beschluss der Trägerkonferenz die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine festzulegen. Die endgültige Berechnung der auf die einzelnen Sozialversicherungsträger entfallenden Überweisungsbeträge hat unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme der Leistungen nach § 149 Abs. 3 im jeweiligen Jahr bis zum 30. November des Folgejahres zu erfolgen. Die sich daraus ergebenden Differenzbeträge sind zwischen den Sozialversicherungsträgern unverzüglich auszugleichen.
	7. § 447f Abs. 18 erster Satz lautet:	
	„(18) Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz setzt mit Verordnung für das Jahr 2020 und die folgenden Jahre jene Beträge und Aufteilungsschlüssel des § 447f fest, wie sie in Folge der Strukturreform der Sozialversicherungsträger durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 100/2018 und der sich daraus ergebenden Zuordnung von Versichertengruppen, insbesondere im Zusammenhang mit der Auflösung der Betriebskrankenkassen, neu zu berechnen sind.“	
(18) Die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz setzt mit		(18) Die Bundesministerin Der Bundesminister für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: <i>Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot</i>)
Verordnung für das Jahr 2020 und die folgenden Jahre jene Beträge und Aufteilungsschlüssel der §§ 149 und 447f fest, wie sie in Folge der Strukturreform der Sozialversicherungsträger durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 100/2018 und der sich daraus ergebenden Zuordnung von Versichertengruppen, insbesondere im Zusammenhang mit der Auflösung der Betriebskrankenkassen, neu zu berechnen sind. In der Verordnung ist festzulegen, dass die Hälfte der nach § 1a GSBG an die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zugewiesenen Beihilfe für die Beiträge der Träger der Sozialversicherung zur Krankenanstaltenfinanzierung zu widmen ist, wobei gleichzeitig eine Entlastung der Österreichischen Gesundheitskasse um diese Summe zu erfolgen hat.		Konsumentenschutz setzt mit Verordnung für das Jahr 2020 und die folgenden Jahre jene Beträge und Aufteilungsschlüssel der §§ 149 und des § 447f fest, wie sie in Folge der Strukturreform der Sozialversicherungsträger durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 100/2018 und der sich daraus ergebenden Zuordnung von Versichertengruppen, insbesondere im Zusammenhang mit der Auflösung der Betriebskrankenkassen, neu zu berechnen sind. In der Verordnung ist festzulegen, dass die Hälfte der nach § 1a GSBG an die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zugewiesenen Beihilfe für die Beiträge der Träger der Sozialversicherung zur Krankenanstaltenfinanzierung zu widmen ist, wobei gleichzeitig eine Entlastung der Österreichischen Gesundheitskasse um diese Summe zu erfolgen hat.
Hinweis der ParLDion: Ggf. wäre die Formulierung der NovAo zu überdenken [„(...) wird angefügt.“]; beachte § 737 ASVG idF BGBl. I Nr. 54/2020 (Inkrafttreten am 18.06.2020). Daher wird die Textgegenüberstellung dieser Stelle nur mit der Fassung zum Stichtag 18.06.2020 durchgeführt (grün hinterlegt).	8. § 737 samt Überschrift lautet:	
Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 54/2020	„Schlussbestimmungen zu Art. II des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020	Schlussbestimmungen zu Art. 3II des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. 54XX/2020
§ 737. (1) § 41a Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 104/2019 tritt nicht in Kraft.	§ 737. (1) §§ 149 Abs. 2, 3 und 5, 150 sowie § 447f Abs. 18 erster Satz treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020 mit 1. Jänner 2021 in Kraft.	§ 737. (1) § 41a §§ 149 Abs. 1, 2, 3 und 25, 150 sowie § 447f Abs. 18 erster Satz treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. 104/2019 tritt nicht XX/2020 mit 1. Jänner 2021 in Kraft.
(2) Die §§ 41a und 49 Abs. 3 Z 12 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 54/2020 treten mit 1. Juli 2020 in Kraft.	(2) §§ 149 3a und 3b, 349 Abs. 2a und 447f Abs. 14 und 15 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2020 außer Kraft.“	(2) Die §§ 41a §§ 149 3a und 493b, 349 Abs. 3 Z 12 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 54/2020 2a und 447f Abs. 14 und 15 treten mit 1. Juli Ablauf des 31. Dezember 2020 in außer Kraft.
(3) § 735 Abs. 2a in der Fassung der Z 1c in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 54/2020 tritt		(3) § 735 Abs. 2a in der Fassung der Z 1c in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 54/2020 tritt

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot)
rückwirkend mit 6. Mai 2020 in Kraft und mit Ablauf des 31. Mai 2020 außer Kraft. § 735 Abs. 2a in der Fassung der Z 1c ist auf Beurteilungen der individuellen Risikosituation bzw. COVID-19-Risiko-Atteste anzuwenden, die ab 6. Mai 2020 bis längstens 31. Mai 2020 durchgeführt bzw. ausgestellt werden.		rückwirkend mit 6. Mai 2020 in Kraft und mit Ablauf des 31. Mai 2020 außer Kraft. § 735 Abs. 2a in der Fassung der Z 1c ist auf Beurteilungen der individuellen Risikosituation bzw. COVID-19 Risiko-Atteste anzuwenden, die ab 6. Mai 2020 bis längstens 31. Mai 2020 durchgeführt bzw. ausgestellt werden.
(4) § 735 Abs. 4 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 54/2020 tritt rückwirkend mit 6. Mai 2020 in Kraft.		(4) § 735 Abs. 4 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 54/2020 tritt rückwirkend mit 6. Mai 2020 in Kraft.
(5) § 735 Abs. 2 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 54/2020 tritt mit 1. Juni 2020 in Kraft.		(5) § 735 Abs. 2 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 54/2020 tritt mit 1. Juni 2020 in Kraft.
(6) § 735 Abs. 2a in der Fassung der Z 1d in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 54/2020 tritt mit 1. Juni 2020 in Kraft und ist auf COVID-19-Risiko-Atteste anzuwenden, die ab diesem Zeitpunkt ausgestellt werden.		(6) § 735 Abs. 2a in der Fassung der Z 1d in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 54/2020 tritt mit 1. Juni 2020 in Kraft und ist auf COVID-19 Risiko-Atteste anzuwenden, die ab diesem Zeitpunkt ausgestellt werden.
	Artikel III	
	Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes	
Link zur tagesaktuellen RIS-Fassung (dort kann auch nach Fassungen mit anderen Stichtagen gesucht werden)	Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz – GSVG, BGBl. Nr. 560/1978 zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 31/2020 wird wie folgt geändert:	
	<i>1. § 98 Abs. 1 letzter Satz lautet:</i>	
	„§ 149 Abs. 3 und 4 ASVG sind anzuwenden.“	
§ 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		§ 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

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot)
Krankenanstalt im Sinne des § 97 gleichzuhalten. § 149 Abs. 3, 3a, 3b, 4 und 6 ASVG sind anzuwenden.		Krankenanstalt im Sinne des § 97 gleichzuhalten. § 149 Abs. 3, 3a, 3b, 4 und 64 ASVG sind anzuwenden.
	2. § 98a lautet:	
<p>§ 98a. 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 Pflegekostenzuschuß zu leisten. Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz ASVG, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ASVG ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.</p>	<p>„§ 98a. 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 Pflegekostenzuschuss zu leisten. Der Pflegekostenzuschuss 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 Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen.“</p>	<p>§ 98a. 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 Pflegekostenzuschuß Pflegekostenzuschuss zu leisten. Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz ASVG, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ASVG ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem einem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen.</p>
<p>Hinweis der ParlDion: Zum Stichtag der Einbringung des Antrages enthält das GSVG keinen § 379; ggf. wäre daher die Formulierung der NovAo zu überdenken [„(...) wird angefügt:“]. Vgl. auch 34/ME XXVII. GP.</p>	3. § 379 samt Überschrift lautet:	

<p style="text-align: center;">Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020</p>	<p style="text-align: center;">Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020</p>	<p style="text-align: center;">Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot)</p>
	<p style="text-align: center;">„Schlussbestimmung zu Art. III des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020</p>	<p style="text-align: center;">Schlussbestimmung zu Art. III des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020</p>
	<p>§ 379. §§ 98 Abs. 1 letzter Satz und 98a treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020 mit 1. Jänner 2021 in Kraft.“</p>	<p style="color: red;">§ 379. §§ 98 Abs. 1 letzter Satz und 98a treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020 mit 1. Jänner 2021 in Kraft.</p>
	<p>Artikel IV</p>	
	<p>Änderung des Bauern- Sozialversicherungsgesetzes</p>	
<p style="color: blue;"><u>Link zur tagesaktuellen RIS-Fassung</u> (dort kann auch nach Fassungen mit anderen Stichtagen gesucht werden)</p>	<p>Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz – BSVG, BGBl. Nr. 559/1978 zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 31/2020 wird wie folgt geändert:</p>	
	<p><i>1. § 92 Abs. 1 letzter Satz lautet:</i></p>	
	<p>„§ 89 Abs. 3 bis 5 dieses Bundesgesetzes sowie § 149 Abs. 3 bis 5 ASVG sind anzuwenden.“</p>	
<p>§ 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 6 ASVG sind anzuwenden.</p>		<p>§ 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 6 ASVG sind anzuwenden.</p>

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: <i>Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot</i>)
	2. § 93 lautet:	
<p>§ 93. (1) War die Anstaltspflege notwendig, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuß zu leisten, wenn der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 92 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.</p>	<p>„§ 93. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuss zu leisten, wenn der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 92 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.“</p>	<p>§ 93. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuss zu leisten, wenn der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 92 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.</p>
<p>(2) Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz ASVG, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ASVG ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.</p>	<p>(2) Der Pflegekostenzuschuss 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 Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.</p>	<p>(2) Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz ASVG, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ASVG ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem einem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.</p>
<p>(3) § 447f Abs. 7 ASVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der 10% ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss nach Abs.2 zweiter Satz zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist, soweit jedoch Abs.2 erster Satz anzuwenden ist, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG einzubehalten ist; die tatsächlich</p>	<p>(3) § 447f Abs. 7 ASVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist.“</p>	<p>(3) § 447f Abs. 7 ASVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß dass der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss nach Abs.2 zweiter Satz zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist, soweit jedoch Abs.2 erster Satz anzuwenden ist, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG einzubehalten ist; die tatsächlich</p>

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: <i>Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot</i>)
einbehaltenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach § 149 Abs. 3 ASVG gegen zu verrechnen.		einbehaltenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach § 149 Abs. 3 ASVG gegen zu verrechnen.
Hinweis der ParlDion: Zum Stichtag der Einbringung des Antrages enthält das BSVG keinen § 373; ggf. wäre daher die Formulierung der NovAo zu überdenken [„(...) wird angefügt:“]. Vgl. auch 34/ME XXVII. GP.	3. § 373 samt Überschrift lautet:	
	„Schlussbestimmung zu Art. IV des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020	Schlussbestimmung zu Art. IV des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020
	§ 373. §§ 92 Abs. 1 letzter Satz und 93 treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020 mit 1. Jänner 2021 in Kraft.“	§ 373. §§ 92 Abs. 1 letzter Satz und 93 treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020 mit 1. Jänner 2021 in Kraft.
	Artikel V	
	Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes	
Link zur tagesaktuellen RIS-Fassung (dort kann auch nach Fassungen mit anderen Stichtagen gesucht werden)	Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG, BGBl. Nr. 200/1967 zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 31/2020 wird wie folgt geändert:	
	<i>1. § 68 Abs. 3 lautet:</i>	
(3) Für Krankenanstalten nach Abs. 2 ist § 149 Abs. 3, 3a, 3b, 4 und 6 ASVG mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Versicherungsanstalt berechtigt ist, vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz zu treffen und die Höhe der Zahlungen und die Zahlungsbedingungen hiefür festzulegen.	„(3) Für Krankenanstalten nach Abs. 2 ist § 149 Abs. 3 und 4 ASVG mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Versicherungsanstalt berechtigt ist, vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz zu treffen und die Höhe der Zahlungen und die Zahlungsbedingungen hiefür festzulegen.“	(3) Für Krankenanstalten nach Abs. 2 ist § 149 Abs. 3, 3a, 3b, 4 und 64 ASVG mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Versicherungsanstalt berechtigt ist, vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz zu treffen und die Höhe der Zahlungen und die Zahlungsbedingungen hiefür festzulegen.

Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020	Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020	Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: <i>Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot</i>)
<p>§ 68a. Zu den Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege gebührt ein Pflegekostenzuschuss. Dieser ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz ASVG, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ASVG ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung der Versicherungsanstalt in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.</p>	<p>2. § 68a lautet:</p> <p>„§ 68a. Zu den Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege ist in der Satzung ein Pflegekostenzuschuss 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 Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen.“</p>	<p>§ 68a. Zu den Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege gebührt ist in der Satzung ein Pflegekostenzuschuss. Dieser ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 erster Satz ASVG, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ASVG ergibt. In allen übrigen Fällen Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung das Ausmaß des Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht. als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen.</p>
<p>Hinweis der ParDion: Ggf. wäre die Formulierung der NovAo zu überdenken [„(...) wird angefügt.“]; beachte § 260 B-KUVG idF BGBl. I Nr. 52/2020 (Inkrafttreten am 18.06.2020). Daher wird die Textgegenüberstellung dieser Stelle nur mit der Fassung zum Stichtag 18.06.2020 durchgeführt (grün hinterlegt).</p>	<p>3. § 260 samt Überschrift lautet:</p>	
<p>Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 52/2020</p>	<p>„Schlussbestimmung zu Art. V des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020</p>	<p>Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz Schlussbestimmung zu Art. V des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. 52XX/2020</p>
<p>§ 260. (1) § 258 Abs. 2a in der Fassung der Z 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 52/2020 tritt rückwirkend mit 6. Mai 2020 in Kraft und mit</p>	<p>§ 260. §§ 68 Abs. 3 und 68a treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020 mit 1. Jänner 2021 in Kraft.“</p>	<p>§ 260. (1) § 258 §§ 68 Abs. 2a in der Fassung der Z 53 und 68a treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. 52XX/2020 tritt rückwirkend mit 6. Mai</p>

<p align="center">Geltende Fassung lt. BKA/RIS (Bundesrecht konsolidiert) mit Stichtag 17.06.2020</p>	<p align="center">Änderungen laut Antrag vom 17.06.2020</p>	<p align="center">Eingearbeiteter Antrag (konsolidierte Fassung in Form eines Textvergleichs in Farbe: Streichungen durchgestrichen und blau sowie Einfügungen in Fett und rot)</p>
<p>Ablauf des 31. Mai 2020 außer Kraft. § 258 Abs. 2a in der Fassung der Z 5 ist auf Beurteilungen der individuellen Risikosituation bzw. COVID-19-Risiko-Atteste anzuwenden, die ab 6. Mai 2020 bis zum Ablauf des 31. Mai 2020 durchgeführt bzw. ausgestellt werden.</p>		<p>2020. Jänner 2021 in Kraft und mit Ablauf des 31. Mai 2020 außer Kraft. § 258 Abs. 2a in der Fassung der Z 5 ist auf Beurteilungen der individuellen Risikosituation bzw. COVID-19 Risiko-Atteste anzuwenden, die ab 6. Mai 2020 bis zum Ablauf des 31. Mai 2020 durchgeführt bzw. ausgestellt werden.</p>
<p>(2) § 258 Abs. 1 erster Satz und 4 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 52/2020 tritt rückwirkend mit 6. Mai 2020 in Kraft.</p>		<p>(2) § 258 Abs. 1 erster Satz und 4 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 52/2020 tritt rückwirkend mit 6. Mai 2020 in Kraft.</p>
<p>(3) § 258 Abs. 2 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 52/2020 tritt mit 1. Juni 2020 in Kraft.</p>		<p>(3) § 258 Abs. 2 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 52/2020 tritt mit 1. Juni 2020 in Kraft.</p>
<p>(4) § 258 Abs. 2a in der Fassung der Z 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 52/2020 tritt mit 1. Juni 2020 in Kraft und ist auf COVID-19-Risiko-Atteste anzuwenden, die ab diesem Zeitpunkt ausgestellt werden.</p>		<p>(4) § 258 Abs. 2a in der Fassung der Z 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 52/2020 tritt mit 1. Juni 2020 in Kraft und ist auf COVID-19 Risiko-Atteste anzuwenden, die ab diesem Zeitpunkt ausgestellt werden.</p>