

394 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XX. GP

Nachdruck vom 14. 11. 1996

Regierungsvorlage

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 § 107a Abs. 2 wird nach dem Ausdruck „sowie“ der Ausdruck „auf Pflegekostenzuschuß“ eingefügt.

3. Im § 121 Abs. 4 Z 3 lit. d wird nach dem Ausdruck „oder“ der Ausdruck „auf Pflegekostenzuschuß gemäß“ eingefügt.

4. Im § 122 Abs. 2 Z 1 lit. d wird nach dem Ausdruck „oder“ der Ausdruck „auf Pflegekostenzuschuß gemäß“ eingefügt.

5. Im § 124 Abs. 2 Z 1 wird nach dem Ausdruck „§ 131 oder“ der Ausdruck „auf Pflegekostenzuschuß gemäß“ eingefügt.

6. § 130 Abs. 3 letzter Satz lautet:

„Für die Unterbringung in einer Krankenanstalt leistet der Versicherungsträger einen Pflegekostenzuschuß gemäß § 150 Abs. 2.“

7. 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 im Regelfall dann anzunehmen, wenn Gesamtverträge nach dem Sechsten Teil bestehen.“

8. § 135 Abs. 3 Z 2 lautet:

„2. für

- a) Bezieher einer Pension nach diesem Bundesgesetz
- b) Personen, die gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz teilversichert sind,
- c) die gemäß § 479a Abs. 1 Z 2 Versicherten

2

394 der Beilagen

- d) Bezieher von Sonderunterstützung gemäß § 1 Abs. 1 des Sonderunterstützungsgesetzes in der Fassung des Strukturanpassungsgesetzes 1996, BGBl. Nr. 201, und für deren Angehörige,“

10. Die Überschrift zu § 144 lautet:

„Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege“

11. Im § 144 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „öffentlichen Krankenanstalt“ durch den Ausdruck „Krankenanstalt, die über Landesfonds finanziert wird (landesfondsfinanzierte Krankenanstalt)“, und der Ausdruck „nichtöffentlichen Krankenanstalt“ durch den Ausdruck „anderen Krankenanstalt“ ersetzt.

12. Die Überschrift zu § 145 lautet:

„Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden“

13. Im § 145 Abs. 1 und Abs. 2 wird jeweils der Ausdruck „öffentliche Krankenanstalt“ durch den Ausdruck „landesfondsfinanzierte Krankenanstalt“ ersetzt.

14. (Grundsatzbestimmung) § 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. 15a 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 (§ 27b des Krankenanstaltengesetzes) 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 § 27a KAG.
 Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen (Art. 11 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000) und die im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes angeführten Leistungen.
4. Der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 6 ist von der Krankenanstalt für Rechnung des Landesfonds einzuheben.
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, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten (§ 10 Abs. 1 Z 4 des Krankenanstaltengesetzes);
 - 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; ferner das Recht auf 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-Gebührensätzen 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 § 27a KAG und der Kostenbeitrag gemäß § 447f 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.“

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

16. § 150 lautet:

„Pflegekostenzuschuß des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Plegekostenzuschuß 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 Plegekostenzuschuß 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 Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit aller Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.“

17. (Grundsatzbestimmung) Im § 189 Abs. 3 wird der Ausdruck „öffentlichen Krankenanstalten“ durch den Ausdruck „landesfondsfinanzierten Krankenanstalten“ ersetzt.

18. (Grundsatzbestimmung) Im § 302 Abs. 3 wird der Ausdruck „öffentlichen Krankenanstalten“ durch den Ausdruck „landesfondsfinanzierten Krankenanstalten“ ersetzt.

19. Im § 322a Abs. 1 wird der Ausdruck „der Bestimmungen des § 28 des Krankenanstaltengesetzes ab 1. Jänner 1978“ durch den Ausdruck „der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ ersetzt.

20. § 322a 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 § 447f 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 auf Grund 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 § 447f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.“

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

22. § 332 Abs. 1 vorletzter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat dem Landesfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung gemäß § 447f Abs. 1 gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen.“

23. Nach § 338 Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Die Versicherungsträger haben sich beim Abschluß von Verträgen nach Abs. 1 an eine vom Bund nach Abstimmung mit der Sozialversicherung und im Einvernehmen mit den Ländern festzulegenden Großgeräteplan zu halten. Verträge, die dem widersprechen, sind ungültig.“

24. Im § 338 Abs. 3 wird der Ausdruck „Abs. 1 und 2“ durch den Ausdruck „Abs. 1, 2 und 2a“ ersetzt.

25. Im § 361 Abs. 2 vierter Satz wird nach dem Ausdruck „sowie“ der Ausdruck „der Pflegekostenzuschuß“ eingefügt.

26. Dem § 416 wird folgender Satz angefügt:

„Durch die Einleitung eines Verfahrens zur Entscheidung über Zahlungsverpflichtungen betreffende Streitigkeiten werden diese Zahlungsverpflichtungen nicht gehemmt.“

27. § 447a 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.“

28. § 447f lautet:

„Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds

§ 447f. (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 23 782 528 926 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 auf Grund 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, wobei Abrechnungsreste unverzüglich zu überweisen sind. Die erstmalige Monatsrate gemäß Z 1 ist abweichend von Z 1 am 7. April 1997 zu überweisen.

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

Burgenland	2,426210014%
Kärnten	7,425630646%
Niederösterreich	14,377317701%
Oberösterreich	17,448140331%

6

394 der Beilagen

Salzburg.....	6,441599507%
Steiermark	14,549590044%
Tirol.....	7,696467182%
Vorarlberg	4,114811946%
Wien	25,520232629%.

(6) Ausgenommen im ambulanten Bereich hat der (die) Versicherte bei Anstaltspflege eines Angehörigen nach diesem Bundesgesetz und nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz und bei Anstaltspflege eines Versicherten nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz an das Land (Landesfonds) einen Kostenbeitrag zu leisten. Dieser beträgt für jeden Verpflegstag 10 vH der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührensätze, 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) sowie nach § 80 Abs. 3 lit. b, d und g des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes.

(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 § 447a 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) Auf Grund eines bis zum 31. Jänner 1997 von der Verbandskonferenz (§ 441 Abs. 1 Z 1) zu fassenden Beschlusses mit verbindlicher Wirkung im Sinne des § 31 Abs. 6 werden die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Maßgabe der Abs. 1 bis 5 für die Kalenderjahre 1997 bis 2000 von folgenden Versicherungsträgern aufgebracht:

1. Wiener Gebietskrankenkasse,
2. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse,
3. Burgenländische Gebietskrankenkasse,
4. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse,
5. Steiermärkische Gebietskrankenkasse,
6. Kärntner Gebietskrankenkasse,
7. Salzburger Gebietskrankenkasse,
8. Tiroler Gebietskrankenkasse,
9. Vorarlberger Gebietskrankenkasse,
10. Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei,
11. Betriebskrankenkasse Austria Tabak,
12. Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe,
13. Betriebskrankenkasse Semperit,
14. Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG,
15. Betriebskrankenkasse VOEST-ALPINE Donawitz,
16. Betriebskrankenkasse Zeltweg,
17. Betriebskrankenkasse Kindberg,
18. Betriebskrankenkasse Kapfenberg,

394 der Beilagen

7

19. Betriebskrankenkasse Pengg,

20. Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Krankenversicherung),
21. Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Krankenversicherung),
22. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung),
23. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung),
24. Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung),
25. Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Unfallversicherung),
26. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Unfallversicherung),
27. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt,
28. Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Unfallversicherung),
29. Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten,
30. Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter,
31. Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Pensionsversicherung),
32. Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Pensionsversicherung).

Die Aufteilung hat sich an der Inanspruchnahme der Leistungen gemäß § 148 Z 3 und an den Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger zu orientieren. Weiters sind mit diesem Beschluß der Verbandskonferenz die Höhe der vorschußweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine festzulegen.

(10) 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 Überweisungstermin gemäß Abs. 4 bereits eingetroffen sind.“

29. Im § 563 Abs. 4 wird nach dem dritten Satz folgender Satz eingefügt:

„Zu Vorschußzahlungen, die spätestens am 1. Mai oder am 1. Oktober flüssig zu machen sind, gebührt eine Sonderzahlung.“

30. Nach § 566 wird folgender § 567 angefügt:

„§ 567. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1997 die §§ 105 Abs. 1, 3 und 4, 416 und 563 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996;
2. rückwirkend mit 1. August 1996 die §§ 131 Abs. 6, 135 Abs. 3 Z 2 und 136 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(2) Die §§ 107a Abs. 2, 121 Abs. 4 Z 3 lit. d, 122 Abs. 2 Z 1 lit. d, 124 Abs. 2 Z 1, 130 Abs. 3, 144 Überschrift, 144 Abs. 1, 145 Überschrift, 145 Abs. 1 und 2, 148, 149, 150, 189 Abs. 3, 302 Abs. 3, 322a, 332 Abs. 1, 338 Abs. 2a und 3, 361 Abs. 2, 447a Abs. 5 Z 3 zweiter Satz und 447f 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, 149 Abs. 2, 189 Abs. 3 und 302 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(5) Die am 31. Dezember 1996 in Kraft stehenden privatrechtlichen Verträge mit Krankenanstalten, die ab 1. Jänner 1997 landesfondsfinanziert sind, gelten ab diesem Zeitpunkt als privatrechtliche Verträge gemäß § 148 Z 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(6) Die Ausgaben für die Verpflegskosten gemäß § 149 Abs. 3 in der Fassung des Art. I Z 15 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 (§ 98 Abs. 1 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. II Z 9, § 92 Abs. 1 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. III Z 12 und § 68 Abs. 3 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. IV Z 10 jeweils des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996) und für die Pflegekostenzuschüsse gemäß § 150 Abs. 2 in der Fassung des Art. I Z 16 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 (§ 98 a des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. II Z 10, § 93 Abs. 2 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. III Z 13 und § 68a des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. IV Z 11 jeweils des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996) haben sich im Durchschnitt der Jahre 1997 bis 2000 in einem Rahmen zu bewegen, der dem Finanzvolumen für die entsprechenden Leistungen im Jahre 1994, valorisiert mit den Beitragseinnahmen bis zum Jahre 2000, entspricht.

(7) Für eine Anstaltspflege vor dem 1. Jänner 1997, die nach Verpflegstagen abgerechnet wird, ist § 332 in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(8) Unterschiedliche Belastungen einzelner Versicherungsträger auf Grund der ab 1. Jänner 1997 geltenden Bestimmungen über die Gewährung von Anstaltspflege können bei der Aufteilung gemäß § 447f Abs. 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 vorübergehend berücksichtigt werden.

(9) § 63b ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 51b), 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 § 77 Abs. 2 wird nach dem Ausdruck „§ 85 Abs. 2 lit. b und c“ der Ausdruck „sowie auf Pflegekostenzuschuß gemäß § 98a“ eingefügt.

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

4. Im § 86 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20 vH von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird.“

5. Im § 91 Abs. 2 wird der Ausdruck „öffentliche Krankenanstalten“ durch den Ausdruck „Krankenanstalten, die durch Landesfonds finanziert werden (landesfondsfinanzierte Krankenanstalten)“ ersetzt.

7. § 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 Sondergebühren und Operationen nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt, gewährt werden. Im Vergütungstarif können auch Pauschalsätze festgelegt werden.“

8. (Grundsatzbestimmung) § 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.“

9. (Grundsatzbestimmung) § 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.“

10

394 der Beilagen

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

„Pflegekostenzuschuß des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

§ 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 Pfelekostenzuschuß zu leisten. Der Pfelekostenzuschuß 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 Pfelekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen.“

11. (Grundsatzbestimmung) Im § 160 Abs. 3 wird der Ausdruck „öffentlichen Krankenanstalten“ durch den Ausdruck „landesfondsfinanzierten Krankenanstalten“ ersetzt.

12. § 190 Abs. 1 zweiter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat dem Landesfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung gemäß § 447f Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostensatzes für die Geltendmachung, zu überweisen.

13. Im § 194 Abs. 1 Z 2 lit. b wird der Ausdruck „Kostensätze die Kostensätze gemäß § 85 Abs. 2 lit. b und c“ durch den Ausdruck „Kostensätze und Pfelekostenzuschüsse die Kostensätze gemäß § 85 Abs. 2 lit. b und c sowie die Pfelekostenzuschüsse gemäß § 98a“ ersetzt.

14. Im § 266 Abs. 3 wird nach dem dritten Satz folgender Satz eingefügt:

„Zu Vorschußzahlungen, die spätestens am 1. Mai oder am 1. Oktober flüssig zu machen sind, gebührt eine Sonderzahlung.“

15. Nach § 268 wird folgender § 269 angefügt:

„§ 269. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1997 die §§ 73 Abs. 1, 3 und 4 und 266 Abs. 3 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 §§ 77 Abs. 2, 85 Abs. 2 lit. b, 86 Abs. 1, 91 Abs. 2, 96 Abs. 2, 97, 98, 98a, 160 Abs. 3, 190 Abs. 1 und 194 Abs. 1 Z 2 lit. b 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, 98 Abs. 2 und 160 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(5) Die am 31. Dezember 1996 in Kraft stehenden privatrechtlichen Verträge mit Krankenanstalten, die ab 1. Jänner 1997 landesfondsfinanziert sind, gelten ab diesem Zeitpunkt als privatrechtliche Verträge gemäß § 148 Z 10 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(6) Für eine Anstaltspflege vor dem 1. Jänner 1997, die nach Verpflegstagen abgerechnet wird, ist § 190 Abs. 1 in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(7) § 27b ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 27a), 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. Im § 73 Abs. 2 wird nach dem Ausdruck „§ 80 Abs. 2“ der Ausdruck „sowie auf Pflegekostenzuschuß gemäß § 93“ eingefügt.

3. Im § 80 Abs. 2 werden der erste und der zweite Satz durch folgende Sätze ersetzt:

„Bei Sachleistungen, mit Ausnahme der Anstaltspflege, hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 vH der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20 vH von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu entrichten.“

4. § 80 Abs. 3 lit. c, e und f werden aufgehoben.

5. Dem § 80 Abs. 3 wird folgende lit. g angefügt:

„g) bei der Gewährung von Leistungen der Anstaltspflege, mit Ausnahme ambulanter Leistungen, bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.“

7. Die Überschrift zu § 89 lautet:

„Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege“

8. Im § 89 Abs. 1 wird der Ausdruck „öffentlichen Krankenanstalt“ durch den Ausdruck „Krankenanstalt, die über Landesfonds finanziert wird (landesfondsfinanzierte Krankenanstalt),“ und der Ausdruck „nichtöffentlichen Krankenanstalt“ durch den Ausdruck „anderen Krankenanstalt“ ersetzt.

9. Die Überschrift zu § 90 lautet:

„Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden“

10. Im § 90 Abs. 1 und Abs. 2 wird jeweils der Ausdruck „öffentliche Krankenanstalt“ durch den Ausdruck „landesfondsfinanzierte Krankenanstalt“ ersetzt.

11. (Grundsatzbestimmung) § 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.“

12. (Grundsatzbestimmung) § 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.“

13. § 93 lautet:

„Pflegekostenzuschuß des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

§ 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

12

394 der Beilagen

der keine vertragliche Regelung gemäß § 92 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(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.“

14. (Grundsatzbestimmung) Im § 152 Abs. 3 wird der Ausdruck „öffentlichen Krankenanstalten“ durch den Ausdruck „landesfondsfinanzierten Krankenanstalten“ ersetzt.

15. § 178 Abs. 1 zweiter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat dem Landesfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung gemäß § 447f Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen.

16. § 182 Z 2 lit. b lautet:

„b) an Stelle der im § 361 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes angeführten Kostenersätze und Pflegekostenzuschüsse die Kostenerstattungen (Kostenzuschüsse) gemäß § 80 Abs. 2 und Pflegekostenzuschüsse gemäß § 93 zu treten haben und daß diese Kostenerstattungen (Kostenzuschüsse) und Pflegekostenzuschüsse von den gemäß § 73 bezugsberechtigten Personen beantragt werden können;“

17. Im § 255 Abs. 3 wird nach dem dritten Satz folgender Satz eingefügt:

„Zu Vorschußzahlungen, die spätestens am 1. Mai oder am 1. Oktober flüssig zu machen sind, gebührt eine Sonderzahlung.“

18. Nach § 257 wird folgender § 258 angefügt:

„§ 258. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1997 die §§ 69 Abs. 1, 3 und 4 und 255 Abs. 3 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 §§ 73 Abs. 2, 80 Abs. 2 und 3 lit. g, 89 Überschrift und Abs. 1, 90 Überschrift sowie Abs. 1 und 2, 91 bis 93, 152 Abs. 3, 178 Abs. 1 und 182 Z 2 lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 und die Aufhebung des § 80 Abs. 3 lit. c, e und f 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, 92 Abs. 2 und 152 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(5) Die am 31. Dezember 1996 in Kraft stehenden privatrechtlichen Verträge mit Krankenanstalten, die ab 1. Jänner 1997 landesfondsfinanziert sind, gelten ab diesem Zeitpunkt als privatrechtliche Verträge gemäß § 148 Z 10 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(6) Für eine Anstaltspflege vor dem 1. Jänner 1997, die nach Verpflegstagen abgerechnet wird, ist § 178 Abs. 1 in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(7) § 24b ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 24a), 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 § 50 Abs. 2 wird nach dem Ausdruck „69 Abs. 6“ der Ausdruck „und auf Pflegekostenzuschüsse gemäß § 68a“ eingefügt.

4. Dem § 58 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Unterbringung in einer Krankenanstalt leistet die Versicherungsanstalt einen Pflegekostenzuschuß gemäß § 68a.“

5. Im § 58 Abs. 4 entfällt der zweite Satz.

6. § 59 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Die Kosten einer Inanspruchnahme der Anstaltspflege außerhalb der allgemeinen Gebührenklasse sind nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu ersetzen.“

7. Im § 63 Abs. 4 werden nach dem zweiten Satz folgende Sätze eingefügt:

„Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden oder die die Versicherungsanstalt mit einem Pauschale abgilt, 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.“

9. Im § 67 wird der Ausdruck „die allgemeine Gebührenklasse einer öffentlichen oder in eine nicht-öffentliche Krankenanstalt“ durch den Ausdruck „einer Krankenanstalt“ ersetzt.

10. (Grundsatzbestimmung) § 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 mit der Maßgabe anzuwenden, daß die Krankenanstalten verpflichtet sind, die gemäß § 66 anspruchsberechtigten Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen und die Versicherungsanstalt abweichend von § 148 Z 10 dritter Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes berechtigt ist, vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz zu treffen.

(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 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 hierfür festzulegen.“

11. § 68a lautet:

„Pflegekostenzuschuß der Versicherungsanstalt bei Anstaltspflege

§ 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

14

394 der Beilagen

§ 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.“

12. Der bisherige Text des § 68a wird dem § 62 als Abs. 6 angefügt.

13. (Grundsatzbestimmung) Im § 96 Abs. 4 wird der Ausdruck „öffentlichen Krankenanstalten“ durch den Ausdruck „landesfondsfinanzierten Krankenanstalten“ ersetzt.

14. § 125 Abs. 1 zweiter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Die Versicherungsanstalt hat dem Landesfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung gemäß § 447f Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen.“

15. Im § 181 Abs. 3 wird nach dem dritten Satz folgender Satz eingefügt:

„Zu Vorschußzahlungen, die spätestens am 1. Mai oder am 1. Oktober flüssig zu machen sind, gebührt eine Sonderzahlung.“

16. Nach § 183 wird folgender § 184 angefügt:

„§ 184. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1997 die §§ 46 Abs. 1, 3 und 4, 58 Abs. 4, 62 Abs. 6 und 181 Abs. 3 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 §§ 50 Abs. 2, 58 Abs. 3, 59 Abs. 1, 63 Abs. 4, 67, 68, 68a, 96 Abs. 4 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 zu den §§ 68 Abs. 1 und 2 und 96 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(5) Die am 31. Dezember 1996 in Kraft stehenden privatrechtlichen Verträge mit Krankenanstalten, die ab 1. Jänner 1997 landesfondsfinanziert sind, gelten ab diesem Zeitpunkt als privatrechtliche Verträge gemäß § 148 Z 10 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1996.

(6) Für eine Anstaltspflege vor dem 1. Jänner 1997, die nach Verpflegstagen abgerechnet wird, ist § 125 Abs. 1 in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(7) § 24a ist für Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 20a), 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 § 7a samt Überschrift angefügt:

„Beziehungen der Träger zu den Landesfonds in zwischenstaatlichen Fällen

§ 7a. (1) Die den Landesfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a 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 überweisen den Landesfonds die von den zuständigen ausländischen Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald diese bei ihnen eingelangt sind.

(2) In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder eines Kostenerstattungsverzichtes überweisen die Gebietskrankenkassen den 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 Millionen Schilling 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 die Aufwendungen in diesen Fällen jeweils unverzüglich an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu melden. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat laufend die Entwicklung der Aufwendungen zu überwachen und gegebenenfalls die Erstattung aus den Mitteln des Bundes im Namen der betroffenen Träger geltend zu machen. Die Erstattungen aus den Mitteln des Bundes sind am Ende des Jahres der Geltendmachung an die betroffenen Träger im Verhältnis der insgesamt in diesen Fällen aufgewendeten Beträge zu überweisen.“

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

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

VORBLATT

Problem und Ziel:

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

Lösung:

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

Alternativen:

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

Kosten:

Keine für den Bund.

EU-Konformität:

Konformität mit EG-Recht gegeben.

Erläuterungen

Zu Art. I Z 2 bis 6 und 10 bis 28, Art. II Z 2 bis 5 und 7 bis 13, Art. III Z 2, 3 bis 5 und 7 bis 16 sowie Art. IV Z 3, 4, 6, 7 und 9 bis 14 (§§ 107a Abs. 2, 121 Abs. 4 Z 3 lit. d, 122 Abs. 2 Z 1 lit. d, 124 Abs. 2 Z 1, 130 Abs. 3, 144 Überschrift und Abs. 1, 145 Überschrift, 145 Abs. 1 und 2, 148, 149, 150, 189 Abs. 3, 302 Abs. 3, 322a Abs. 1 bis 8, 332 Abs. 1, 338 Abs. 2a und 3, 361 Abs. 2, 416, 447a Abs. 5 Z 3 zweiter Satz und 447f ASVG; §§ 77 Abs. 2, 85 Abs. 2 lit. b, 86 Abs. 1, 91 Abs. 2, 96 Abs. 2, 97, 98, 98a, 160 Abs. 3, 190 Abs. 1 und 194 Abs. 1 Z 2 lit. b GSVG; §§ 73 Abs. 2, 80 Abs. 2 und 3 lit. c, e bis g, 89 Überschrift und Abs. 1, 90 Überschrift sowie Abs. 1 und 2, 91 bis 93, 152 Abs. 3, 178 Abs. 1 und 182 Z 2 lit. b BSVG; §§ 50 Abs. 2, 58 Abs. 3 und 4, 59 Abs. 1, 62 Abs. 6, 63 Abs. 4, 67, 68, 68a, 96 Abs. 4 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. 15a 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 Pflegekostenzuschusses, wenn Anstaltspflege in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen wurde, die in keiner Vertragsbeziehung zum Träger der Sozialversicherung steht;
4. Adaption des Regreßrechtes im Falle der landesfondsfinanzierten Anstaltspflege;
5. Leistungen der Träger der Sozialversicherung an die Landesfonds.

Soweit keine Verträge mit gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden, bestehen, so sind diese abzuschließen, um eine entsprechende Sachleistungserbringung zu ermöglichen.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen

Zu Art. I Z 2 bis 5, 10 bis 13, 17, 18 und 25, Art. II Z 2, 5, 11 und 13, Art. III Z 2, 7 bis 10, 14 und 16 sowie Art. IV Z 3, 9 und 13 (§§ 107a Abs. 2, 121 Abs. 4 Z 3 lit. d, 122 Abs. 2 Z 1 lit. d, 124 Abs. 2 Z 1, 144 Überschrift und Abs. 1, 145, 189 Abs. 3, 302 Abs. 3 und 361 Abs. 2 ASVG; §§ 77 Abs. 2, 91 Abs. 2, 160 Abs. 3 und 194 Abs. 1 Z 2 lit. b GSVG; §§ 73 Abs. 2, 89 Überschrift und Abs. 1, 90 Überschrift sowie Abs. 1 und 2, 152 Abs. 3 und 182 Z 2 lit. b BSVG; §§ 50 Abs. 2, 67 und 96 Abs. 4 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 6 (§ 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 Verpflegungskostensätze öffentlicher Krankenanstalten vorgesehen.

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

Zu Art. I Z 14 und 30, Art. II Z 4 und 8, Art. III Z 3 und 11 sowie Art. IV Z 7 und 10 (§§ 148 und 567 Abs. 5 ASVG; §§ 86 Abs. 1 und 97 GSVG; §§ 80 Abs. 2 und 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. öffentlicher Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie;
2. privater 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 § 27a 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. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 vorgesehenen Regelungen Berücksichtigung.

Zu Art. I Z 15 und 30, Art. II Z 9, Art. III Z 12 sowie Art. IV Z 10 (§§ 149 und 567 Abs. 6 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 zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretung – 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 (unter Einschluß der Pflegekostenzuschüsse gemäß § 150 ASVG) bilden.

Abs. 4 sieht den Abschluß eines Vertrages über die Verpflegungskostenhöhe 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 16, Art. II Z 3, 7 und 10, Art. III Z 3 bis 5 und 13 sowie Art. IV Z 4 bis 6, 11 und 12 (§ 150 ASVG; §§ 85 Abs. 2 lit. b, 96 Abs. 2 und 98a GSVG; §§ 80 Abs. 2 und 3 lit. c, e bis g sowie 93 BSVG; §§ 58 Abs. 3 und 4, 59 Abs. 1, 62 Abs. 6 und 68a B-KUVG):

Gemäß § 150 ASVG wird der Pflegekostenzuschuß 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 Pflegekostenzuschuß 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 Pflegekostenzuschuß – wie auch im § 131a ASVG bezüglich der Ärzte – unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten satzungsmäßig festzulegen.

Zu Art. I Z 19 bis 21, 27, 28 und 30, Art. II Z 12, Art. III Z 15 sowie Art. IV Z 14 (§§ 322a, 447a, 447f und 567 Abs. 8 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. 15a 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 geregelt.

Die notwendigen Mittel sollen von den Versicherungsträgern auf Grund eines verbindlichen Beschlusses der Verbandskonferenz, dem als Allgemeinregelung Verordnungscharakter zukommt, aufgebracht werden. Dieser Beschluß wird eine sachgerechte Aufteilung zu enthalten haben, wobei die Kriterien im Gesetz vorgegeben werden. Für notwendige befristete Ausgleichsmechanismen auf Grund der Finanzierungsumstellung der gesamten Anstaltspflege ist durch eine Übergangsbestimmung Vorsorge getroffen.

Zu Art. I Z 22 (§ 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 Einnahmen aus dem Regreß — vermindert um den anteiligen Ersatz der Verwaltungskosten für die Geltendmachung — an den Landesfonds zu überweisen.

Zu Art. I Z 23 und 24 (§ 338 Abs. 2a und Abs. 3 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Bestimmung soll in Ausführung des Art. 30 Abs. 2 Z 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 die Beachtung des vom Bund (Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz) – nach Abstimmung mit der Sozialversicherung und im Einvernehmen mit den Ländern – festzulegenden Großgeräteplanes im Vertragspartnerrecht verankert werden. Als Sanktion ist die Ungültigkeit eines dem Großgeräteplan widersprechenden Vertrages ab dem Zeitpunkt der Feststellung vorgesehen.

Zu Art. I Z 26 (§ 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. I Z 1 und 29, Art. II Z 1 und 14, Art. III Z 1 und 17 sowie Art. IV Z 2 und 15 (§§ 105 Abs. 1, 3 und 4 und 563 Abs. 4 ASVG; §§ 73 Abs. 1, 3 und 4 sowie 266 Abs. 3 GSVG; §§ 69 Abs. 1, 3 und 4 sowie 255 Abs. 3 BSVG; §§ 46 Abs. 1, 3 und 4 sowie 181 Abs. 3 B-KUVG):

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

20

394 der Beilagen

Zu Art. I Z 7 (§ 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 8 (§ 135 Abs. 3 Z 2 ASVG):

Durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996, BGBl. Nr. 411, wurde der Krankenversicherungsbeitrag für die Bezieher einer Pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung sowie für die im § 479a Abs. 1 Z 2 ASVG angeführten Versicherten um 0,25 vH erhöht. Gleichzeitig wurde im § 135 Abs. 3 Z 2 ASVG normiert, daß die ab 1. Jänner 1997 für jeden Krankenschein einzuhebende Gebühr von 50 S unter anderem nicht für Bezieher einer Pension nach dem ASVG und für deren Angehörige eingehoben werden darf, um sicherzustellen, daß die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen nur entweder durch eine höhere Beitragsleistung oder durch Entrichtung der Krankenscheingebühr zur Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenversicherung beitragen. Nach der geltenden Textierung des § 135 Abs. 3 Z 2 ASVG wäre diese Ausnahmerebestimmung jedoch auf die gemäß den §§ 8 Abs. 1 Z 1 lit. d (Bezug einer Pension nach dem GSVG) sowie 479a Abs. 1 Z 2 ASVG in der Krankenversicherung teilversicherten Personen nicht anwendbar. Die vorgeschlagene Änderung soll dieses Redaktionsversehen beseitigen.

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

Im Rahmen des Strukturanpassungsgesetzes 1996, BGBl. Nr. 201, kam es insofern zu Änderungen beim Bezug von 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, 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 Z 1 (Titel SV-EG):

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 Art. V 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 § 7a sind diese Abkommen nur insofern relevant, als sie Regelungen betreffend die Gewährung von Sachleistungen in Krankenanstalten beinhalten.

Zu Art. V Z 3 (§ 7a 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. 15a B-VG werden nunmehr in Österreich die 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 Eckkostenerstattung (siehe diesbezüglich weiter unten) mit den Pflegegebührensätzen 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 Landesfonds ergibt sich aus Art. 11 Abs. 4 der genannten Vereinbarung nach Art. 15a B-VG, in dem ausdrücklich festgelegt wird, daß die 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 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 (Eckkostenerstattung). In diesen Fällen werden die Forderungen der 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 Landesfonds weiterzuleiten.

An Stelle der Eckkostenerstattung 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 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 Schweden vom 22. Dezember 1993, BGBl. Nr. 897/1994). Auch in diesen Fällen haben die Gebietskrankenkassen die Forderungen der 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 diesbezüg-

lich 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 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 auf Grund 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 Millionen Schilling aufzuwenden. Abs. 4 sieht daher entsprechend der diesbezüglichen Regelung im Art. 27 Abs. 3 der Vereinbarung nach Art. 15a 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. 15a 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 Art. V Z 4 (§ 9b SV-EG):

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