

412/A XXI.GP  
Eingelangt am:27.03.2001

## Antrag

**der Abgeordneten Dr. Alois Pumberger, Dr. Erwin Rasinger**

**und Kollegen**

**betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern - Sozialversicherungsgesetz und das Beamten - Kranken - und Unfallversicherungsgesetz geändert werden**

Der Nationalrat wolle beschließen:

**Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern - Sozialversicherungsgesetz und das Beamten - Kranken - und Unfallversicherungsgesetz geändert werden**

Der Nationalrat hat beschlossen:

### Artikel 1

#### Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr.189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr.12/2001, wird wie folgt geändert:

*1.Im § 31 Abs. 5 wird nach der Z 16 a folgende Z 16 b eingefügt*

16 b. für die Nachsicht vom Behandlungsbeitrag - Ambulanz bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten;

*2. § 135a samt Überschrift lautet:*

#### „Behandlungsbeitrag - Ambulanz

**§ 135a. (1)** Für jede Inanspruchnahme einer ambulanten Behandlung nach diesem Abschnitt

1. in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden,
2. in bettenführenden Vertragskrankenanstalten,
3. in bettenführenden eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger (mit Ausnahme der Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation), soweit es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme oder Jugendlichen - oder Vorsorge -(Gesunden -)untersuchung handelt,

ist pro Ambulanzbesuch ein Behandlungsbeitrag zu zahlen. Liegt ein entsprechender Überweisungsschein vor, so beträgt der Behandlungsbeitrag 150 S, sonst 250 S. Der Behandlungsbeitrag darf pro Versicherten (Angehörigen) 1 000 S im Kalenderjahr nicht übersteigen. Der Behandlungsbeitrag ist jeweils für ein Quartal im Nachhinein, erstmalig spätestens am 1. Oktober 2001, einzuheben.

(2) Der Behandlungsbeitrag darf nicht eingehoben werden

1. für Kinder nach § 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4,
2. in medizinischen Notfällen, wenn wegen Lebensgefahr oder aus anderen Gründen unmittelbar eine stationäre Aufnahme erfolgt,
3. in Fällen, in denen ein Auftrag eines Sozialversicherungsträgers oder eines Gerichts im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zur Einweisung in eine Ambulanz zwecks Befundung und Begutachtung ( § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz KAG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr.5/2001) vorliegt,
4. für Personen, die auf Grund der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 16 von der Rezeptgebühr befreit sind,
5. für Personen, die Leistungen infolge einer Schwangerschaft im Rahmen des Mutter - Kind - PASSES in Anspruch nehmen,
6. für Personen, die Teile des Körpers nach § 120 Abs. 2 oder Blut(plasma) spenden,
7. bei Behandlung in Ambulanzen für Dialyse und Onkologie.

Dies gilt nicht, wenn der Ambulanzbesuch durch schuldhaftige Beteiligung an einem Raufhandel bedingt ist oder sich als unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Missbrauch von Suchtgiften erweist.

(3) Die Einhebung des Behandlungsbeitrages erfolgt durch die betroffenen Krankenversicherungsträger, denen auch die Feststellung jener Fälle obliegt, in denen nach Abs. 2 kein Behandlungsbeitrag eingehoben werden darf. Der Krankenversicherungsträger hat nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§ 31 Abs. 5 Z 16 b) bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten auf Antrag von der Einhebung des Behandlungsbeitrages abzusehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückzuerstatten.

(4) Die mit der Einhebung des Behandlungsbeitrages verbundenen Verwaltungskosten der Krankenversicherungsträger dürfen je Kalenderjahr höchstens 6,5% der Summe der in diesem Kalenderjahr vereinnahmten Behandlungsbeiträge erreichen und sind bei der Rückführung des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes nach § 588 Abs. 14 außer Acht zu lassen.“

## Artikel 2

### Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr.560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr.5/2001, wird wie folgt geändert:

1. 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% von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird.“

2. § 91a wird aufgehoben.

## Artikel 3

### Änderung des Bauern - Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern - Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr.559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr.5/2001, wird wie folgt geändert:

1. Im § 80 Abs. 2 wird nach dem ersten Satz folgender Satz angefügt:

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

2. § 85a wird aufgehoben.

## Artikel 4

### Änderung des Beamten - Kranken - und Unfallversicherungsgesetzes

Das Beamten - Kranken - und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr.200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr.5/2001, wird wie folgt geändert:

1. Im § 63 Abs. 4 wird der zweite Satz durch folgende Sätze ersetzt:

„§ 22 Abs. 6 erster Satz gilt entsprechend. 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.“

2. § 63a wird aufgehoben.

In formeller Hinsicht wird ersucht, diesen Antrag unter Verzicht auf die erste Lesung dem Gesundheitsausschuss zuzuweisen.

### Begründung

Der Verfassungsgerichtshof hat am 20. März 2001 bekannt gegeben, dass die Bestimmungen über den Behandlungsbeitrag - Ambulanz auf Grund der Verfassungswidrigkeit der zweiten Kundmachung des Sozialrechts - Änderungsgesetzes 2000 im Bundesgesetzblatt I unter der Nr.101/2000 zur Gänze aufgehoben werden. Ab dem Zeitpunkt der Kundmachung dieser Aufhebung im Bundesgesetzblatt, mit der im April 2001 zu rechnen ist, wären die Bestimmungen über den Behandlungsbeitrag - Ambulanz somit nicht mehr anzuwenden.

Mit dem vorliegenden Antrag wird für den Bereich des ASVG bezweckt, dass die Bestimmungen über den Behandlungsbeitrag - Ambulanz - mit einigen Adaptierungen - weiterhin in Geltung bleiben, um die damit verbundenen positiven Steuerungseffekte ohne zeitliche Unterbrechung aufrechtzuerhalten.

Gegenüber der derzeit geltenden Regelung soll der Katalog der Befreiungen vom Behandlungsbeitrag - Ambulanz aus sozialen Erwägungen um mitversicherte Kinder erweitert werden. Darüber hinaus wird der jährliche Behandlungsbeitrag pro Versicherten und je Angehörigen mit 1.000.- im Kalenderjahr beschränkt.

Darüber hinaus ist Folgendes festzuhalten:

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Ambulatorien der Sozialversicherungsträger konnte Einvernehmen zwischen dem Gesundheitsressort und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger über Maßnahmen zur Effizienz - und Servicesteigerung in diesem Bereich erzielt werden. Im Zusammenhang damit soll eindeutig klargestellt werden, dass für Behandlungen in Zahnambulatorien und Fachambulatorien der Krankenversicherungsträger kein Behandlungsbeitrag - Ambulanz einzuheben ist.

Für den Bereich der Sondergesetze (GSVG, BSVG und B - KUVG) soll an die Stelle des bisherigen Behandlungsbeitrages - Ambulanz die ursprüngliche Kostenbeteiligungsregelung treten.