

# BUNDESGESETZBLATT

## FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 1996

Ausgegeben am 30. Dezember 1996

245. Stück

764. Bundesgesetz: 2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996 – 2. SRÄG 1996  
(NR: GP XX RV 394 AB 465 S. 49. BR: AB 5340 S. 619.)

**764. Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der Verordnungen (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit, die Bundesgesetze BGBl. Nr. 473/1992 und 600/1996, das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz und das Arbeitsmarktservicegesetz 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. 600/1996, wird wie folgt geändert:

1. § 28 Z 3 lautet:

- „3. die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen für
- a) die Personen, für welche diese Anstalt oder die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe zur Durchführung der Krankenversicherung sachlich zuständig ist oder nach Art der Beschäftigung zuständig wäre;
  - b) die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe und der Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung (§ 479);
  - c) die Mitglieder der Beiräte (§§ 440 ff.) der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen.“

*1a. Im § 33 Abs. 1 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 201/1996 wird nach dem Ausdruck „Dienstgeber“ der Klammerausdruck „(Auftraggeber)“ eingefügt.*

*1b. § 44 Abs. 3 und 4 lauten:*

„(3) Der Versicherungsträger kann nach Anhörung der in Betracht kommenden Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber festsetzen, daß bei bestimmten Gruppen von Versicherten, die üblicherweise Trinkgelder erhalten, diese Trinkgelder der Bemessung der Beiträge pauschaliert zugrunde zu legen sind. Die Festsetzung hat unter Bedachtnahme auf die durchschnittliche Höhe der Trinkgelder, wie sie erfahrungsgemäß den Versicherten in dem betreffenden Erwerbszweig zufließen, zu erfolgen. Bei der Festsetzung ist auf Umstände, die erfahrungsgemäß auf die Höhe der Trinkgelder Einfluß haben (zB regionale Unterschiede, Standort und Größe der Betriebe, Art der Tätigkeit) Bedacht zu nehmen. Derartige Festsetzungen sind in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren und haben sodann verbindliche Wirkung.

(4) Zur allgemeinen Beitragsgrundlage gehören bei den in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten (§ 4 Abs. 1 Z 4 und 5) und bei den öffentlichen Verwaltern (§ 4 Abs. 3 Z 8) nicht Bezüge im Sinne des § 49 Abs. 3 und 4.“

*1c. Im § 58 Abs. 6 erster Satz wird der Ausdruck „Abs. 3“ durch den Ausdruck „Abs. 4“ ersetzt.*

*Id. Dem § 58 Abs. 6 wird folgender Satz angefügt:*

„Forderungen aus der Einhebung von Krankenscheingebühren (§§ 135 Abs. 3, 153 Abs. 4) gelten in diesem Zusammenhang als Beitragsforderungen.“

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

*9. Im § 136 Abs. 3 dritter Satz wird nach dem Ausdruck „Jahres“ der Ausdruck „, erstmals ab 1. Jänner 1998,“ eingefügt.*

*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 gemäß § 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 gemäß § 27b Abs. 2 KAG,
  - b) Zahlungen der Landesfonds gemäß § 27b Abs. 3 KAG,
  - c) 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 Zahlungen gemäß § 27b KAG 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 Pflegekostenzuschuß 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 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 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 Erhöhungsprozensatz 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 Gesamterhöhungsprozensatz ist das Produkt der Erhöhungsprozensätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozensätze 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 Verwaltungskostensatzes 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%
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,
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 Beitrags-einnahmen 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 §§ 33 Abs. 1, 58 Abs. 6 letzter Satz, 105 Abs. 1, 3 und 4, 416 und 563 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996;
- 1a. rückwirkend mit 1. November 1996 § 44 Abs. 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996;
2. rückwirkend mit 1. August 1996 die §§ 28 Z 3, 131 Abs. 6, 135 Abs. 3 Z 2 und 136 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996;
3. rückwirkend mit 1. Juli 1996 § 58 Abs. 6 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996.

(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. 764/1996 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. 764/1996 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. 764/1996.

(6) Die Ausgaben für die Verpflegskosten gemäß § 149 Abs. 3 in der Fassung des Art. I Z 15 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996 (§ 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. 764/1996) und für die Pflegekostenzuschüsse gemäß § 150 Abs. 2 in der Fassung des Art. I Z 16 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996 (§ 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. 764/1996) 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. 764/1996 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. 600/1996, 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.

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

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. 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 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.“

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 Verwaltungskostenersatzes 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 Pflegekostenzuschüsse die Kostensätze gemäß § 85 Abs. 2 lit. b und c sowie die Pflegekostenzuschüsse 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. 764/1996;
2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 92 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996.

(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. 764/1996 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. 764/1996 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. 764/1996.

(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. 600/1996, 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.“

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

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 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. 764/1996;
2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 86 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996.

(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. 764/1996 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. 764/1996 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. 764/1996.

(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. 600/1996, 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;“

1a. Im § 19 Abs. 1 Z 1 wird der Strichpunkt am Ende der lit. e durch einen Beistrich ersetzt; folgende lit. f wird angefügt:

„f) Vergütungen auf Grund einer Nebentätigkeit nach § 25 des Gehaltsgesetzes 1956 oder einer vergleichbaren landesgesetzlichen Regelung und Vergütungen für andere Tätigkeiten, zu denen der Versicherte durch den Dienstgeber oder dessen Beauftragten herangezogen wurde;“

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.“

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

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 § 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 Sozialversiche-

runge gemäß § 447f Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostensatzes 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 §§ 19 Abs. 1 Z 1 lit. f, 46 Abs. 1, 3 und 4, 58 Abs. 4, 62 Abs. 6 und 181 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996;
2. rückwirkend mit 1. August 1996 § 64 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996;
3. rückwirkend mit 1. Mai 1996 § 7 Abs. 2 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996.

(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. 764/1996 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. 764/1996 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. 764/1996.

(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. 602/1996, 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 zwischenstaatli-

che 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. 764/1996 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.“

#### **Artikel VI**

##### **Änderung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 473/1992**

Das Bundesgesetz BGBl. Nr. 473/1992 wird wie folgt geändert:

*Im Art. I Z 11 wird der Ausdruck „1994“ durch den Ausdruck „1996“ ersetzt.*

#### **Artikel VII**

##### **Änderung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 600/1996**

Das Bundesgesetz BGBl. Nr. 600/1996 wird wie folgt geändert:

*Im Art. I Z 12 wird der Ausdruck „44“ durch den Ausdruck „44a“ ersetzt.*

#### **Artikel VIII**

##### **Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977**

Das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, BGBl. Nr. 609, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 600/1996, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 51 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Die von den Leistungsbeziehern zu entrichtende Gebühr für Krankenscheine (§ 135 Abs. 3 ASVG) und Zahnbehandlungsscheine (§ 153 Abs. 4 ASVG) ist vom auszahlenden Betrag einzubehalten.“

2. Dem § 79 wird folgender Abs. 38 angefügt:

„(38) § 51 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996 tritt mit 1. Jänner 1997 in Kraft.“

## Artikel IX

### Änderung des Sonderunterstützungsgesetzes

Das Sonderunterstützungsgesetz, BGBl. Nr. 642/1973, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 411/1996, wird wie folgt geändert:

1. Dem Art. V Abs. 11 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei ist § 51 Abs. 4 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996 anzuwenden.“

2. Dem Art. V wird folgender Abs. 13 angefügt:

„(13) Abs. 11 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 764/1996 tritt mit 1. Jänner 1997 in Kraft.“

## Artikel X

### Änderung des Arbeitsmarktservicegesetzes

Das Arbeitsmarktservicegesetz, BGBl. Nr. 314/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 411/1996, wird wie folgt geändert:

Nach § 34 wird folgender § 34a samt Überschrift eingefügt:

#### „Besondere Eingliederungsbeihilfe

**§ 34a.** (1) Wenn eine Eingliederung von Beziehern von Notstandshilfe in den Arbeitsmarkt ohne die Gewährung einer Besonderen Eingliederungsbeihilfe an den Arbeitgeber nicht erfolgen kann, so kann das Arbeitsmarktservice hierfür den Leistungsaufwand aus der Arbeitslosenversicherung heranziehen.

(2) Das Arbeitsmarktservice bestimmt die Gewährung der Besonderen Eingliederungsbeihilfe durch Richtlinien, wobei insbesondere als Voraussetzungen gegeben sein müssen:

1. die Beschäftigungsaufnahme wäre ohne die Besondere Eingliederungsbeihilfe nicht zustande gekommen;
2. der Arbeitgeber muß die arbeits- und sozialrechtlichen Bestimmungen einhalten;
3. seitens des Arbeitslosen darf zum Arbeitgeber in den letzten zwei Jahren kein Dienstverhältnis bestanden haben;
4. der Arbeitgeber darf hinsichtlich dieses oder eines vergleichbaren Arbeitsplatzes innerhalb von drei Monaten vor oder drei Monaten nach der Einstellung nicht eine andere Arbeitskraft kündigen (Substitution) und muß hiezu alle erforderlichen Auskünfte erteilen;
5. die Besondere Eingliederungsbeihilfe wird maximal in der Höhe der zuletzt bezogenen Leistung aus der Arbeitslosenversicherung einschließlich der Kranken- und Pensionsversicherungsbeiträge gewährt;
6. die Besondere Eingliederungsbeihilfe wird für die Dauer des Dienstverhältnisses, maximal zwölf Monate, gewährt.

(3) Die Richtlinie des Arbeitsmarktservice gemäß Abs. 2 bedarf der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.“

2. § 78 wird folgender Abs. 7 angefügt:

„(7) § 34a tritt mit 1. Jänner 1997 in Kraft.“

Klestil

Vranitzky