

Kurztitel

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Kundmachungsorgan

BGBI. Nr. 189/1955 zuletzt geändert durch BGBI. I Nr. 105/2004

Typ

BG

§/Artikel/Anlage

§ 609

Inkrafttretensdatum

31.12.2003

Außerkrafttretensdatum

30.06.2004

Abkürzung

ASVG

Index

66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Text**Schlussbestimmungen zu Art. 1 Teil 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 (61. Novelle)**

§ 609. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2004 die §§ 7 Z 3 lit. b und 4 lit. d, 8 Abs. 1 Z 3 lit. g, 31 Abs. 3 Z 12 und Abs. 5 Z 10 und Z 13a sowie Abs. 8, 57a, 136 Abs. 3, 151 Abs. 5, 162 Abs. 3, 338 Abs. 2a, 342 Abs. 1 Z 6, 347 Abs. 5, 350 Abs. 1 Z 3 und Abs. 3, Überschrift des Abschnittes V im Sechsten Teil, §§ 351c samt Überschrift, 351d, 351e, 351f samt Überschrift, 351g, 351h Abs. 1, 2 und 3, 351i Abs. 1 Z 1 lit. a und Z 2, Abs. 3, 4 und 5, 351j Abs. 7, 472 Abs. 1 in der Fassung der Z 80 sowie der 6. Unterabschnitt des Abschnittes I des Zehnten Teiles samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003;
2. mit 1. Jänner 2005 die §§ 5 Abs. 1 Z 3 lit. b, 15 Abs. 3 Z 3, 23 Abs. 1 Z 3 und Abs. 4, 24 Abs. 1 Z 3, 25 Abs. 1 Z 1 lit. c, Z 2 lit. b und Z 3, 26 Abs. 1 Z 3 lit. b und Z 4, 28 Z 3, 29, 31 Abs. 5a, 42a, 53b Abs. 1, 71 Überschrift, Abs. 1, 2 und 3, 73 Abs. 2 und 4, 84 Abs. 3 Z 2 lit. b, Abs. 4 und 5 Z 2 lit. b, 231 Z 1, 232 Abs. 3, 319a Abs. 1 und 6, 343 Abs. 1, 343b Abs. 1, 421 Abs. 1a, 426 Abs. 1 Z 2, 427 Abs. 1 Z 3, 4 (neu) und 5 (neu), 428 Z 3, 4 (neu) und 5 (neu), 429 Z 3, 4 (neu) und 5 (neu), 441a Abs. 1, 444 Abs. 3, 447a Abs. 1 und 3, 448 Abs. 3, 449 Abs. 2 bis 5, 460 Abs. 4, Überschrift des Abschnittes II des neunten Teiles, 473 Abs. 1, 2 und 3, 474 Abs. 1, 2 und 3 (neu), 475, 476, 477 sowie 580 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2003 § 445 Z 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003;

4. rückwirkend mit 1. Oktober 2002 § 53b Abs. 2 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003;

5. rückwirkend mit 1. Jänner 2002 § 365 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003.

(2) Es treten außer Kraft

1. mit Ablauf des 31. Dezember 2004 die §§ 23 Abs. 1 Z 4, 25 Abs. 1 Z 2 lit. c, 26 Abs. 1 Z 5, 84 Abs. 3 Z 2 lit. c und Abs. 5 Z 2 lit. c;

2. mit Ablauf des 31. Dezember 2003 §§ 343 Abs. 5, 421 Abs. 1c, 427 Abs. 1 Z 4 und 5, 428 Z 4 und 5 sowie 429 Z 4 und 5.

(3) Behandlungsbeiträge nach § 135a in den Fassungen der Bundesgesetze BGBl. I Nr. 155/2002, 140/2002, 67/2001, 35/2001 und 5/2001 (Behandlungsbeitrag-Ambulanz) sind für Zeiten, die vor dem 1. April 2003 liegen, nicht mehr einzuheben.

(4) Anträge auf Rückzahlung von bereits geleisteten Behandlungsbeiträgen-Ambulanz (§ 603 Abs. 2) können längstens bis 30. Juni 2004 wirksam gestellt werden.

(4a) § 108 Abs. 9 erster Satz, zweiter Halbsatz ist auf die §§ 136 Abs. 3 dieses Bundesgesetzes, 92 Abs. 3 GSVG, 86 Abs. 3 BSVG und 64 Abs. 3 B-KUVG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 nicht anzuwenden.

(5) § 343 Abs. 1 ASVG in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung gilt für jenen Teil der Versicherten der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau weiter, die unter § 474 Abs. 2 fallen. Der Hauptverband hat mit der Österreichischen Ärztekammer für die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau einen Gesamtvertrag über die Beziehungen zu den freiberuflich tätigen Ärzten und den Gruppenpraxen so rechtzeitig abzuschließen, dass dieser für alle bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten mit In-Kraft-Treten eines Kostenbeitrages nach § 31 Abs. 5a wirksam wird. Dabei ist von den vertragsabschließenden Parteien auf die finanzielle Leistungsfähigkeit dieses Versicherungsträgers in der Krankenversicherung Bedacht zu nehmen.

(6) Die Amtsdauer der am 31. Dezember 2005 bestehenden Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau verlängert sich bis zum Ablauf des 31. Dezember 2010.

(7) Der auf die Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung jeweils entfallende Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand der einzelnen Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, dem GSVG, dem BSVG, dem B-KUVG und der Verwaltungsaufwand des Hauptverbandes dürfen ab dem Geschäftsjahr 2004 bis zum Geschäftsjahr 2007 die Höhe des jeweiligen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes der einzelnen Versicherungsträger und des Hauptverbandes des Geschäftsjahres 1999 nicht übersteigen.

Dabei sind jeweils außer Acht zu lassen:

1. die Entwicklungs- und Implementierungskosten für Standardprodukte sowie die Verwaltungskostenersätze hierfür,
2. die Entwicklungs- und Implementierungskosten für das ELSY nach den §§ 31a ff,
3. die Vergütung für die Mitwirkung an fremden Aufgaben nach § 82 dieses Bundesgesetzes und nach § 250 Abs. 2 GSVG,
4. die Entwicklungs- und Implementierungskosten für die Einrichtung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse als Kompetenzzentrum nach § 26 Abs. 3 KBGG, soweit diese Kosten nicht nach § 38 Abs. 3 KBGG abgegolten werden,
5. die Kosten für Maßnahmen, die trägerübergreifende Zielvereinbarungen und das Controlling nach dem 6. Unterabschnitt des Abschnittes III des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes betreffen,
6. die Kosten der Auflösung und Umgestaltung von Organisationseinheiten (insbesondere jener der elektronischen Datenverarbeitung), soweit diese auf Grund der Zusammenführung von gemeinsamen Aufgaben oder der Zusammenführung von Versicherungsträgern (zB nach § 538h) bzw. der Schaffung von Einrichtungen im Sinne des § 81 Abs. 2 dieses Bundesgesetzes entstehen;
7. die Aufwendungen des Hauptverbandes und der Versicherungsträger im Zusammenhang mit der Pensionskassenversorgung der Sozialversicherungsbediensteten und
8. die Aufwendungen und Belastungen für Maßnahmen zur Verringerung der Kosten für nicht auf wissenschaftlicher Grundlage oder nicht auf sonst gesichertem Wissen beruhende medizinische

Leistungen (evidence based medicine) bis zu jenem Betrag, der sich aus dem diesbezüglichen Aufwand im Jahre 2003 ergibt. Abs. 8 erster und zweiter Satz gilt entsprechend.

(8) Abweichend von den Bestimmungen des Abs. 7 darf sich der Verwaltungsaufwand beim Hauptverband und der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand bei jenen Versicherungsträgern, die ihren diesbezüglichen Aufwand bis zum Jahr 2003 im Sinne des § 588 Abs. 14 zurückgeführt haben, im Jahr 2004 bis zu jenem Betrag erhöhen, der sich aus dem jeweiligen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand des Jahres 1999 zuzüglich der Inflationsrate des Jahres 2003 ergibt. Der Verwaltungsaufwand beim Hauptverband und der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand bei jenen Krankenversicherungsträgern, bei denen der Verwaltungsrat die Einhaltung der Zielvereinbarungen nach § 447c Abs. 1 Z 2 festgestellt hat, darf sich ab dem Geschäftsjahr 2005 im jeweiligen Jahr bis zu jenem Betrag erhöhen, der sich aus dem jeweiligen erhöhten Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand des Jahres 1999 zuzüglich der Inflationsrate des jeweils vorangegangenen Jahres ergibt. Dies gilt für die Unfall- und Pensionsversicherungsträger mit der Maßgabe, dass die Einhaltung der Zielvereinbarungen nach § 32a von der Geschäftsführung des Hauptverbandes festzustellen ist.

(9) Falls eine Rahmenvereinbarung über die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie niedergelassene Ärzte bis zum 31. März 2004 nicht zu Stande kommt, ist die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen ermächtigt, die Grundsätze der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung, insbesondere die Umsetzung der Einholung der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung, sowie der nachfolgenden Kontrolle und die Grundsätze der Dokumentation nach § 350 Abs. 3, durch Verordnung zu regeln. Eine nach In-Kraft-Treten der Verordnung abgeschlossene Rahmenvereinbarung und deren Übernahme in die Gesamtverträge kann erst nach Außer-Kraft-Treten der Verordnung in Geltung treten. Für die Umsetzung der Einholung der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung sowie der nachfolgenden Kontrolle nach § 350 Abs. 3 hat der Hauptverband gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern bis längstens 31. Dezember 2004 die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Bis dahin sind die derzeit geltenden Bestimmungen über die chef- und kontrollärztliche Bewilligung anzuwenden.

(10) Die Verfahrensordnung nach § 351g ist der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen vom Hauptverband bis zum 31. März 2004 zur Genehmigung vorzulegen und spätestens mit 1. Juli 2004 in Kraft zu setzen. Die Verfahrensordnung nach § 351g in der jeweils geltenden Fassung ist bis zum In-Kraft-Treten der Verfahrensordnung nach § 351g in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2003 anzuwenden.

(11) Die Preiskommission (§ 351c Abs. 6) hat ihre Vorgehensweise zur Ermittlung des EU-Durchschnittspreises bis zum 1. Jänner 2004 festzulegen.

(12) Das bisherige Heilmittelverzeichnis wird schrittweise ab 1. Jänner 2004 durch den Erstattungskodex ersetzt. Die bisherigen Indikationsgruppen werden auf der Basis des Klassifikationssystems der WHO (ATC-Code) bis längstens 31. Dezember 2004 neu geordnet. In der Übergangszeit bis dahin gilt das Heilmittelverzeichnis in der jeweils geltenden Fassung.

(13) Arzneispezialitäten, die im Jahr 2004 im Heilmittelverzeichnis in der jeweils geltenden Fassung angeführt sind, sind spätestens ab dem Jahr 2005 im grünen Bereich des Erstattungskodex. Stoffe für magistrale Zubereitungen, die im Jahr 2004 im Heilmittelverzeichnis in der jeweils geltenden Fassung angeführt sind, sind spätestens ab dem Jahr 2005 im gelben Bereich des Erstattungskodex. Arzneispezialitäten, die im Jahr 2004 in der Heilmittel-Sonderliste des Heilmittelverzeichnisses in der jeweils geltenden Fassung angeführt sind, sind spätestens ab dem Jahr 2005 im gelben Bereich des Erstattungskodex. Auf Verlangen des Hauptverbandes ist das vertriebsberechtigte Unternehmen verpflichtet, diesem mitzuteilen, wann für die im Heilmittelverzeichnis angeführten Arzneispezialitäten der Patentschutz in Österreich der in der jeweiligen Arzneispezialität enthaltenen Wirkstoffe endet.

(14) Alle Arzneispezialitäten, die vor dem In-Kraft-Treten dieses Bundesgesetzes der chef- und kontrollarzpflchtigen Bewilligung bedurften, unterliegen ab Jänner 2004 dem roten Bereich des Erstattungskodex. In der Verfahrensordnung nach § 351g kann für die Überleitung einer Arzneispezialität in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex ein verkürztes Verfahren, insbesondere auch ohne Befassung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission und unter Ausschluss des Rechtszuges an die Unabhängige Heilmittelkommission, vorgesehen werden.

(15) Alle neuen erstattungsfähigen Arzneispezialitäten, die ab 1. Jänner 2004 für Österreich zugelassen und lieferbar sind, sind hinsichtlich der Preisgestaltung so zu behandeln, als ob sie ab diesem Datum im roten Bereich des Erstattungskodex wären, soweit nicht zwischen Hauptverband und dem vertriebsberechtigten Unternehmen vereinbart wird, dass die Arzneispezialität in den grünen Bereich aufgenommen wird.

(16) Die erste Fassung der Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien nach § 351c Abs. 2 ist bis 31. März 2004 im Internet kundzumachen.

(17) Auf die Abgeltung der Bearbeitungskosten für den Erstattungskodex nach § 351g Abs. 4 sind allfällige Kostenersätze aus dem Jahr 2004 anzurechnen.

(18) In allen bundesgesetzlichen Regelungen, in denen das Wort „Heilmittelverzeichnis“ enthalten ist, tritt an dessen Stelle das Wort „Erstattungskodex“, jeweils in der entsprechenden grammatikalischen Form.

(19) Die vertriebsberechtigten Unternehmen haben zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit den Krankenversicherungsträgern beginnend mit dem Jahr 2004 bis einschließlich 2006 jährlich einen nachträglichen Rabatt in Höhe von 2 % ihres jährlichen Arzneimittelumsatzes, den sie auf Rechnung der Krankenversicherungsträger erzielen, zu gewähren. Bei jedem Unternehmen bleibt dabei ein Sockelbetrag von zwei Millionen Euro außer Betracht. Dieser Betrag unterliegt einer jährlichen Valorisierung auf Basis der Steigerungen der Heilmittelaufwendungen der Krankenversicherungsträger. Für das Jahr 2004 beträgt die Summe der Überweisungen pauschal 23 Millionen Euro. Eine erste Akontierung ist mit 1. Juli 2004 fällig, die Abrechnung ist so rasch wie möglich nach Ende des jeweiligen Kalenderjahres vorzunehmen. Eine weitere Akontierung ist mit 10. Jänner 2005 fällig, in weiterer Folge gelten als Fälligkeitstage jeweils der 1. April und der 1. Oktober. Die Abrechnung und Einhebung des Betrages erfolgt durch den Hauptverband, der im Namen und auf Rechnung der Krankenversicherungsträger tätig wird.

(20) Im Jahr 2004 tritt an die Stelle des im § 351c Abs. 10 Z 1 zweiter Satz genannten Prozentsatzes von 25,7 ein Prozentsatz von 20 und im Jahr 2005 von 22,9.

Schlagworte

BGBl. I Nr. 140/2002, BGBl. I Nr. 67/2001, BGBl. I Nr. 35/2001, BGBl. I Nr. 5/2001, Verwaltungsaufwand, Entwicklungskosten, Unfallversicherungsträger, chefärztlicher Dienst, chefärztliche Bewilligung, chefarztpflichtige Bewilligung

Zuletzt aktualisiert am

21.11.2024

Gesetzesnummer

10008147

Dokumentnummer

NOR40055168