

Kurztitel

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Kundmachungsorgan

BGBI. Nr. 189/1955 zuletzt geändert durch BGBI. I Nr. 144/2015

Typ

BG

§/Artikel/Anlage

§ 31

Inkrafttretensdatum

01.01.2016

Außerkrafttretensdatum

31.12.2015

Abkürzung

ASVG

Index

66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Text**3. UNTERABSCHNITT.****Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

§ 31. (1) Die in den §§ 23 bis 25 bezeichneten Versicherungsträger und die Träger der im § 2 Abs. 2 bezeichneten Sondersicherungen werden zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im folgenden kurz Hauptverband genannt) zusammengefaßt.

(2) Dem Hauptverband obliegt

1. die Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung,
2. die zentrale Erbringung von Dienstleistungen für die Sozialversicherungsträger,
3. die Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger,
4. die Erlassung einer Verordnung über den Kostenbeitrag bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung (§ 153) und bei Behandlung in einer Spitalsambulanz (§ 26 KAKuG),
5. die Erstellung eines Rehabilitationsplanes für die Sozialversicherungsträger,

6. die Unterstützung und Mitwirkung beim Vollzug der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der Vereinbarung über die Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere durch die Erstellung trägerübergreifender Statistiken, die Erarbeitung und Überlassung standardisierter Datengrundlagen, die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern der Sozialversicherung (§ 84a Abs. 2 und 3) und den Betrieb einer Pseudonymisierungsstelle (§ 31 Abs. 4 Z 10).

(3) Zu den Aufgaben im Sinne des Abs. 2 Z 1 gehören:

1. die Erstellung eines Leitbildes für die Sozialversicherung unter Bedachtnahme auf die Eigenwirtschaftlichkeit der einzelnen Versicherungsträger und die Gesamtwirtschaftlichkeit bei der Erfüllung der Aufgaben im Rahmen der Sozialen Sicherheit;
2. die ständige Beobachtung der Entwicklung der Sozialversicherung in ihren Beziehungen zur Volkswirtschaft und die Ausarbeitung konkreter Vorschläge bzw. die Durchführung von Maßnahmen zur Erhaltung der dauernden Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung ohne Überlastung der Volkswirtschaft; der Hauptverband hat hiezu ein versicherungsträgerübergreifendes Controlling unter vorausschauender und laufender Berücksichtigung der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung einzurichten;
3. die Erstattung von Gutachten und die Abgabe von Stellungnahmen in wichtigen und grundsätzlichen Fragen der Sozialversicherung;
4. die Forschung auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit;
5. die Vertretung der Sozialversicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten;
6. die Durchführung von Erhebungen, Umfragen, Enqueten und dergleichen in Angelegenheiten der Sozialversicherung, ferner die Veranstaltung von Tagungen (Kongressen) und Fachausstellungen und die Vertretung der Sozialversicherung gegenüber ausländischen Einrichtungen;
7. die Herausgabe der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ und weitere Initiativen auf dem Gebiet der Öffentlichkeitsarbeit unter Bedachtnahme auf die Richtlinien nach Abs. 5 Z 5;
8. die Gewährung von Rechtsschutz durch dazu befugte Personen in Streitfällen, die für die Sozialversicherung von grundsätzlichem Interesse sind;
9. die Erstellung von Richtlinien zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten der Versicherungsträger und des Hauptverbandes und der Abschluß der Kollektivverträge für die Versicherungsträger mit Ausnahme der Festsetzung der Mittel für Dienstordnungs-Pensionen nach § 460b und des Sicherungsbeitrages nach § 460c und § 684 Abs. 3. In diesen Richtlinien bzw. Kollektivverträgen ist ein Zusatzbeitrag zum Sicherungsbeitrag nach § 460c und § 684 Abs. 3 festzusetzen; bei der Festlegung der Höhe dieses Zusatzbeitrages ist Bedacht zu nehmen

a) auf § 13a des Pensionsgesetzes 1965;

b) auf die Beitragssätze für die Dienstordnungs-Pension in den letzten sechs Monaten vor dem Stichtag für die Eigen- oder Hinterbliebenenpension oder für die Eigenpension, von der die Hinterbliebenenpension abgeleitet wird, wenn der jeweilige Stichtag vor dem 1. Jänner 2005 liegt und in diesem Zeitraum Anspruch auf einen monatlichen Bezug bestand, der die damals geltende monatliche Höchstbeitragsgrundlage überschritten hat.

Des Weiteren sind darin besondere Fördermaßnahmen für Frauen im Sinne der §§ 11 bis 11d des Bundes-Gleichbehandlungsgesetzes (B-GIBG), BGBl. Nr. 100/1993, vorzusehen. § 12 Abs. 1 und 2 B-GIBG ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der Hauptverband für sich und jeweils für die Versicherungsträger berichtet. Die Richtlinien dürfen den öffentlichen Interessen vom Gesichtspunkt des Sozialversicherungsrechtes nicht entgegenstehen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger nicht gefährden;

10. die Aufstellung von Vorschriften für die Fachprüfungen der Sozialversicherungsbediensteten;
11. der Abschluß von Gesamtverträgen mit den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte (Zahnärzte), Dentisten, Hebammen und anderer Vertragspartner der Sozialversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen des Sechsten Teiles;
12. die Herausgabe eines Erstattungskodex der Sozialversicherung für die Abgabe von Arzneispezialitäten auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers im niedergelassenen Bereich; in dieses Verzeichnis sind jene für Österreich zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneispezialitäten aufzunehmen, die nach den Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patienten und Patientinnen im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) annehmen lassen. Die Arzneispezialitäten sind nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen

Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ATC-Code) zu ordnen. Sie sind im Erstattungskodex jeweils einem der folgenden Bereiche zuzuordnen:

- a) Roter Bereich (red box): Dieser Bereich beinhaltet zeitlich befristet jene Arzneispezialitäten, die erstmalig am österreichischen Markt lieferbar sind und für deren Aufnahme in den Erstattungskodex ein Antrag nach § 351c Abs. 1 gestellt wurde. Sie unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger nach Maßgabe der Richtlinie nach § 31 Abs. 5 Z 13. Zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit darf einem Sozialversicherungsträger für eine Arzneispezialität dieses Bereiches der ermittelte EU-Durchschnittspreis verrechnet werden.
- b) Gelber Bereich (yellow box): Dieser Bereich beinhaltet jene Arzneispezialitäten, die einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für Patienten und Patientinnen aufweisen und die aus medizinischen oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den grünen Bereich aufgenommen werden. Arzneispezialitäten dieses Bereiches unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger nach Maßgabe der Richtlinie nach § 31 Abs. 5 Z 13. Bezieht sich die Aufnahme von Arzneispezialitäten in diesen Bereich auch auf bestimmte Verwendungen (zB Gruppen von Krankheiten, ärztliche Fachgruppen, Altersstufen von Patient(inn)en, Mengenbegrenzung oder Darreichungsform), kann die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden. Zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit darf einem Sozialversicherungsträger für eine Arzneispezialität dieses Bereiches höchstens der ermittelte EU-Durchschnittspreis verrechnet werden.
- c) Grüner Bereich (green box): Dieser Bereich beinhaltet jene Arzneispezialitäten, deren Abgabe ohne ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger auf Grund ärztlicher Verschreibung medizinisch und gesundheitsökonomisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Aufnahme von Arzneispezialitäten in diesem Bereich kann sich auch auf bestimmte Verwendungen (zB Gruppen von Krankheiten, ärztliche Fachgruppen, Altersstufen von Patient(inn)en oder Darreichungsform) beziehen.
- d) Die Stoffe für magistrale Zubereitungen gelten als Teil des grünen Bereiches, es sei denn, sie werden auf Grund einer Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission ausdrücklich im gelben Bereich angeführt.

Arzneispezialitäten und Stoffe für magistrale Zubereitungen können nur dann als Leistung der Krankenbehandlung auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers abgegeben werden, wenn sie im Erstattungskodex angeführt sind (§ 350). In begründeten Einzelfällen ist die Erstattungsfähigkeit auch dann gegeben, wenn die Arzneispezialität nicht im Erstattungskodex angeführt ist, aber die Behandlung aus zwingenden therapeutische Gründen notwendig ist und damit die Verschreibung in diesen Einzelfällen nicht mit Arzneispezialitäten aus dem Erstattungskodex durchgeführt werden kann. Diese unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes. Die nähere Organisation und das Verfahren zur Herausgabe des Erstattungskodex regelt der Hauptverband in der Verordnung nach § 351g. Er hat dazu als beratendes Gremium eine Heilmittel-Evaluierungs-Kommission einzurichten.

13. die Definition von Kennzahlen betreffend die Kosten der Verwaltung und der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger sowie die jährliche Durchführung und Auswertung von Vergleichen zwischen diesen Kennzahlen auf der Grundlage der Ergebnisse der Kostenrechnung der einzelnen Versicherungsträger; die Ergebnisse dieser Vergleiche sind dem Verbandsvorstand vorzulegen und zusammen mit dessen Beschluß den Versicherungsträgern und dem Bundesminister für Arbeit und Soziales sowie der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zur Kenntnis zu bringen;
 14. die Definition von Kennzahlen betreffend die einzelnen Leistungspositionen der Krankenversicherung sowie die jährliche Durchführung und Auswertung von Vergleichen zwischen diesen Kennzahlen auf der Grundlage der Ergebnisse der Erfolgsrechnung der einzelnen Krankenversicherungsträger; Z 13 zweiter Halbsatz ist anzuwenden.
- (4) Zu den zentralen Dienstleistungen im Sinne des Abs. 2 Z 2 gehören:
1. die Vergabe von einheitlichen Versicherungsnummern und deren Verknüpfung mit dem entsprechenden bereichsspezifischen Personenkennzeichen (§ 9 des E-Government-Gesetzes, BGBl. I Nr. 10/2004) zur Verwaltung personenbezogener Daten im Rahmen der der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben;
 2. die Besorgung der Statistik der Sozialversicherung sowie der Statistik der Pflegevorsorge im übertragenen Wirkungsbereich sowohl nach den im Einvernehmen mit der Bundesministerin für

Gesundheit und Frauen zu erlassenden Weisungen des Bundesministers für Arbeit und Soziales als auch insoweit, als dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Hauptverbandes notwendig ist; in diesem Zusammenhang Aufbau und Führung einer Statistikdatenbank mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung;

3. a) die Errichtung und Führung einer zentralen Anlage zur Aufbewahrung und Verarbeitung der für die Versicherung bzw. den Leistungsbezug und das Pflegegeld bedeutsamen Daten aller nach den Vorschriften dieses oder eines anderen Bundesgesetzes versicherten Personen sowie Leistungsbezieher einschließlich der Leistungsbezieher nach den Landespflegegeldgesetzen, wobei dann, wenn hievon für das Pflegegeld bedeutsame Daten verwendet werden, dies im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zu geschehen hat;
 - b) auf Grund der in dieser Anlage enthaltenen Daten nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten auf automationsunterstütztem Weg die Erfüllung der ausdrücklich gesetzlich geregelten Pflichten der Versicherungsträger zur Auskunftserteilung;
 4. der Aufbau und die Führung einer Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechtes im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit und Soziales mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung nach Maßgabe des Abs. 10;
 5. a) die Errichtung und der Betrieb eines zentralen Schulungszentrums für die fachliche Aus- und Weiterbildung der Sozialversicherungsbediensteten;
 - b) die Vorsorge für die fachliche Information der Versicherungsvertreter;
 6. die Festlegung (Form und Inhalt) einheitlicher Formulare, Datensatzaufbaue und maschinell lesbarer Datenträger (Magnetbänder, Disketten, Chipkarten usw.) für den gesamten Vollzugsbereich der Sozialversicherung mit Ausnahme der in Abs. 5 Z 12 genannten Formulare sowie die Schaffung der technischen Voraussetzungen für die Kundmachung von Rechtsvorschriften im Internet;
 7. die Erfüllung von Aufgaben nach Maßgabe von Richtlinien gemäß Abs. 5 Z 4, 14 und 21;
 8. die Einrichtung und Führung des Pensionskontos nach Abschnitt 3 des APG;
 9. die Mitwirkung bei der Durchführung der Pensionsversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g ASVG, nach § 3 Abs. 3 GSVG, nach § 4a BSVG und nach Art. II Abschnitt 2a AIVG, für die der Bund, das Arbeitsmarktservice oder ein öffentlicher Fonds Beiträge zu zahlen hat; der Hauptverband kann zur Verwaltungsvereinfachung Vereinbarungen mit dem Arbeitsmarktservice über die Durchführung der Meldungen und die Beitragsabfuhr treffen; diese Vereinbarungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Zustimmung des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit;
 10. die Errichtung und die Führung einer Pseudonymisierungsstelle zur Pseudonymisierung personenbezogener Daten über Diagnosen und Leistungen aus dem stationären und ambulanten Bereich. Soweit der Hauptverband die Pseudonymisierungsstelle für Auftraggeber außerhalb des Kreises der ihm angehörenden Sozialversicherungsträger betreibt, ist er dabei im übertragenen Wirkungsbereich tätig und an die Weisungen des Bundesministers für Gesundheit gebunden.
- (5) Richtlinien im Sinne des Abs. 2 Z 3 sind aufzustellen:
1. zur Erstellung von Dienstpostenplänen der Sozialversicherungsträger unter Berücksichtigung der Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sowie unter Bedachtnahme auf sich durch den Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung ergebende Rationalisierungspotentiale;
 2. über die Gewährung von freiwilligen sozialen Zuwendungen an die Bediensteten der Sozialversicherungsträger (des Hauptverbandes), soweit es sich nicht um Zuwendungen für die im § 49 Abs. 3 Z 17 genannten Zwecke handelt, mit der Maßgabe, daß hierfür beim jeweiligen Versicherungsträger (beim Hauptverband) ein Betrag im Ausmaß eines vom Hauptverband festzusetzenden Hundertsatzes der laufenden Bezüge aller Sozialversicherungsbediensteten im abgelaufenen Geschäftsjahr, höchstens jedoch 2,5 vH dieser laufenden Bezüge, verwendet werden kann;
 3. für die fachliche Aus- und Weiterbildung der Sozialversicherungsbediensteten;
 4. für die Zusammenarbeit der Versicherungsträger untereinander und mit dem Hauptverband auf dem Gebiet der automationsunterstützten Datenverarbeitung mit dem Ziel der Herstellung kompatibler EDV-Strukturen und der gemeinsamen Entwicklung, Beschaffung und Anwendung

- der Software unter Beachtung der Grundsätze der Gesamtwirtschaftlichkeit und der Zweckmäßigkeit;
5. für die Koordinierung der Öffentlichkeitsarbeit der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes;
 6. über die Vergabe von Leistungen durch die Sozialversicherungsträger und den Hauptverband;
 7. zur Erhebung und Verarbeitung der für die Versicherung bzw. den Leistungsbezug und das Pflegegeld bedeutsamen Daten aller nach den Vorschriften dieses oder eines anderen Bundesgesetzes versicherten Personen und Leistungsbezieher;
 8. über die einheitliche Verwendung der Beitragsgruppen, der Symbole und die den einzelnen Beitragsgruppen zugehörigen Versichertenkategorien;
 9. über die Beurteilung der Voraussetzungen für eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage für Selbstversicherte in der Krankenversicherung (§ 76 Abs. 2 und 3) und über Form und Inhalt diesbezüglicher Anträge;
 10. über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2. Die Richtlinien sind vom Hauptverband im übertragenen Wirkungsbereich zu erlassen; bei der Erlassung unterliegt der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit. In diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner (§§ 338 ff) verbindlich sind, sind jene Behandlungsmethoden anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (zB für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger anzuwenden sind. Durch diese Richtlinien darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden;
 11. über die Verrechnung der Kostenersätze zwischen den Krankenversicherungsträgern nach § 129 Abs. 2;
 12. über die Durchführung, Dokumentation und Qualitätssicherung von Kontrollen im Vertragspartnerbereich nach § 32a;
 13. über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen; in diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner/innen (§§ 338 ff) verbindlich sind, soll insbesondere auch unter Bedachtnahme auf die Art und Dauer der Erkrankung bestimmt werden, inwieweit Arzneispezialitäten für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können; für Arzneispezialitäten im gelben Bereich des Erstattungskodex, die an Stelle der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einer nachfolgenden Kontrolle unterliegen, ist in diesen Richtlinien eine einheitliche Dokumentation unter Beachtung einer Rahmenvereinbarung oder Verordnung nach § 609 Abs. 9 festzulegen; durch die Richtlinien darf der Heilzweck nicht gefährdet werden; die Richtlinien sind vom Hauptverband im übertragenen Wirkungsbereich zu erlassen; bei der Erlassung unterliegt der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit;
- (Anm.: Z 13a aufgehoben durch BGBl. I Nr. 156/2004)*
14. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Hauptverband auf dem Gebiet der maschinellen (automationsunterstützten) Heilmittelabrechnung einschließlich Retaxierung und bei der Auswertung der Ergebnisse dieser Abrechnung mit dem Ziel der Vereinfachung des Abrechnungsvorganges und der Verbesserung der Überprüfungsmöglichkeiten;
 15. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Hauptverband im Bereich des Vertragspartnerrechtes, der Leistungserbringung und Leistungsverrechnung sowie mit den Abgabenbehörden bei der Sozialversicherungsprüfung nach § 41a;
 16. für die Befreiung von der Rezeptgebühr (Herabsetzung der Rezeptgebühr) sowie für die Befreiung vom Service-Entgelt bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten; in diesen Richtlinien ist der für die Befreiung (Herabsetzung) in Betracht kommende Personenkreis nach allgemeinen Gruppenmerkmalen zu umschreiben; darüber hinaus ist eine Befreiungs-(Herabsetzungs-)Möglichkeit im Einzelfall in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des (der) Versicherten sowie der Art und Dauer der Erkrankung vorzusehen; weiters ist nach Einbindung der Österreichischen Apothekerkammer und der Österreichischen Ärztekammer eine Obergrenze für die Entrichtung von Rezeptgebühren vorzusehen; diese ist ohne Berücksichtigung der Sonderzahlungen mit zwei Prozent am jährlichen Nettoeinkommen der versicherten Person für diese und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen zu bemessen und über ein vom Hauptverband einzurichtendes Rezeptgebührenkonto zu verwalten;

- 16a. für die Befreiung vom Zusatzbeitrag (Herabsetzung des Zusatzbeitrages) für Angehörige nach § 51d bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten; in diesen Richtlinien ist der für die Befreiung (Herabsetzung) in Betracht kommende Personenkreis nach allgemeinen Gruppenmerkmalen zu umschreiben; darüber hinaus ist eine Befreiungs-(Herabsetzungs-)Möglichkeit im Einzelfall in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des (der) Versicherten vorzusehen;
- 16b. für Gesundheitsförderung und Prävention mit Bezug zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen oder Verhältnissen sowie Krankheitsrisiken, präventiv beeinflussbaren Krankheiten oder Bedarfen spezifischer Bevölkerungsgruppen nach § 19 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes – G-ZG, BGBl. I Nr. 81/2013;
17. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Jugendlichenuntersuchungen (§ 132a);
18. für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 132b);
19. für die Koordinierung der Aufgaben der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger bei der Gewährung freiwilliger Leistungen, insbesondere für das koordinierte Zusammenwirken bei der Behandlung von Anträgen;
20. für die Vorgangsweise, insbesondere das koordinierte Zusammenwirken, der Träger der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung bei der Behandlung und Beurteilung von Leistungsansprüchen und der Erbringung von Leistungen im Rahmen der Rehabilitation; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den § 307c und auf den Rehabilitationsplan nach Abs. 2 Z 5 Bedacht zu nehmen;
21. für das Zusammenwirken des Hauptverbandes und der Versicherungsträger zur Erreichung einer optimalen Auslastung der Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren), Kur-, Genesungs- und Erholungsheime und ähnlichen Einrichtungen im Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung; bei der Aufstellung dieser Richtlinien ist insbesondere auf den Rehabilitationsplan nach Abs. 2 Z 5 Bedacht zu nehmen;
22. über die Zusammenarbeit der Träger der Kranken- und Unfallversicherung bei der Durchführung der Unfallheilbehandlung im Sinne des § 194;
23. im übertragenen Wirkungsbereich für die einheitliche Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes; bei der Erlassung unterliegt der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz;
24. für die Beurteilung von Vermögensanlagen im Sinne des § 446 Abs. 1 und 2;
25. für die einheitliche Anwendung der Verordnungen der EG und der zwischenstaatlichen Abkommen im Bereich der Sozialen Sicherheit;
26. für die Zusammenarbeit der Versicherungsträger auf Landesebene, soweit davon nicht ein Regelungsbereich betroffen wird, der Gegenstand einer anderen Richtlinie ist oder zu sein hätte;
27. für die Befreiung (Herabsetzung) von Zuzahlungen bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit nach den §§ 154a Abs. 7, 155 Abs. 3, 302 Abs. 4 und 307d Abs. 6; hiebei ist der in Betracht kommende Personenkreis nach allgemeinen Gruppenmerkmalen unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse zu umschreiben;
28. für die Festsetzung von Obergrenzen von Zuschüssen gemäß den §§ 155 Abs. 4 und 307d Abs. 2 Z 3 unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse des (der) Versicherten;
29. über Ausnahmen von der Meldungserstattung mittels Datenfernübertragung (§ 41);
30. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Hauptverband auf dem Gebiet eines automationsunterstützten Cash Managements mit dem Ziel der bestmöglichen Veranlagung der finanziellen Mittel und der größtmöglichen Verringerung der Geldverkehrskosten;
31. für den Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten für die Mitglieder der Verwaltungskörper unter Bedachtnahme auf § 3 Abs. 1 Gebührenstufe 3 der Reisegebührenvorschrift 1955, BGBl. Nr. 133;
32. für die Vorgangsweise, insbesondere das koordinierte Zusammenwirken, der Träger der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung zur Feststellung des Gesundheitszustandes der Leistungswerber hinsichtlich der Versicherungsfälle der geminderten Arbeitsfähigkeit (Erwerbsunfähigkeit);

(Ann.: Z 33 aufgehoben durch BGBl. I Nr. 171/2004)

34. zur einheitlichen Vollzugspraxis der Versicherungsträger bzw. bestimmter Gruppen von Versicherungsträgern im Bereich des Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens sowie des Service-Entgelts samt Rückerstattung (§ 31c Abs. 3 bis 5) nach Anhörung der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretungen; diese Richtlinien sind mindestens ein Mal jährlich neu zu beschließen;
35. zur einheitlichen Vollzugspraxis der Versicherungsträger im Bereich der Bekämpfung von Lohn- und Sozialdumping nach den §§ 7d ff des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetzes, BGBl. Nr. 459/1993;
36. für die Grundsätze der Erstellung von Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 307g Abs. 3);
37. für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Arbeitsmarktservice bei der Durchführung der medizinischen und beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

(5a) Der Hauptverband hat für die Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz jährlich eine Verordnung zu erlassen, in der festgestellt wird, ob und in welcher Höhe ein Kostenbeitrag bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung (§ 153) und bei Behandlung in einer Spitalsambulanz (§ 26 KAKuG) im nächstfolgenden Kalenderjahr zu entrichten ist. Dies gilt nicht für die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau nach den §§ 472 Abs. 1 und 474 Abs. 1 versicherten Personen. Er hat hiebei insbesondere auf die im Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger vorhandenen Mittel sowie auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten Bedacht zu nehmen. Der Kostenbeitrag ist für die genannten Versicherungsträger einheitlich unter Zugrundelegung der von ihnen im Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres erbrachten tariflichen Leistungen festzusetzen. Diese Verordnung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Trägerkonferenz und der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen.

(6) Die vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien und im Rahmen seines gesetzlichen Wirkungskreises gefassten Beschlüsse sind für die im Hauptverband zusammengefassten Versicherungsträger verbindlich.

(7) Der Zustimmung des Hauptverbandes bedürfen Beschlüsse der Verwaltungskörper der Versicherungsträger

1. über die Erwerbung, Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden, die Zwecken der Verwaltung, der Krankenbehandlung, der Anstaltspflege, der Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen, der Erbringung von Zahnbehandlung oder Zahnersatz, der Unfallheilbehandlung, der Rehabilitation, der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, der Krankheitsverhütung oder der Gesundheitsvorsorge dienen sollen, und über die Erwerbung, Errichtung oder Erweiterung von derartigen Zwecken dienenden Einrichtungen in fremden Gebäuden; das gleiche gilt für Umbauten von Gebäuden, wenn damit eine Änderung des Verwendungszweckes verbunden ist; nach Abschluß des Bauvorhabens ist dem Hauptverband eine von den zuständigen Verwaltungskörpern des Versicherungsträgers gebilligte Schlußabrechnung vorzulegen;
2. über die Erstellung von Dienstpostenplänen (§ 460 Abs. 1), soweit sich diese auf folgende Gehaltsgruppen der Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs (DO. A) erstrecken:
 - Gehaltsgruppe F – Höherer Dienst,
 - Gehaltsgruppe G – Leitender Dienst.

In den Fällen der Z 1 hat der Hauptverband vor Erteilung der Zustimmung eine Bedarfsprüfung, die sich auf den Bereich der gesamten Sozialversicherung zu erstrecken hat, vorzunehmen; die Zustimmung ist nur dann zu erteilen, wenn ein Bedarf gegeben ist.

(8) Die Richtlinien nach Abs. 3 Z 9 und nach Abs. 5, die Vorschriften nach Abs. 3 Z 10 und der Erstattungskodex nach Abs. 3 Z 12 sind im Internet zu verlautbaren. Die Richtlinien gemäß § 31 Abs. 3 Z 9 können entsprechend den Abschlüssen der Kollektivverträge für die Versicherungsträger auch rückwirkend geändert werden.

(9) Die nach den Sozialversicherungsgesetzen im Internet zu verlautbarenden Rechtsvorschriften und deren Änderungen müssen

1. jederzeit ohne Identitätsnachweis und sondergebührenfrei zugänglich sein;
2. ab 1. Jänner 2002 in ihrer verlautbarten Form vollständig und auf Dauer ermittelt werden können.

Die aus der Verlautbarung im Internet zusätzlich entstehenden Kosten sind von jenen Stellen zu tragen, die diese Verlautbarung vorzunehmen haben.

(9a) Soweit der Verlautbarung nach Abs. 9 ihrem Inhalt nach rechtsverbindliche Kraft zukommt, beginnt diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlautbarung zur Abfrage. Tag und Uhrzeit der Freigabe sind bei jeder Verlautbarung anzugeben. Schreibfehler in Verlautbarungen im Internet, ferner Verstöße gegen die innere Einrichtung der Verlautbarung (Nummerierungen, technische Verweisungen, Angabe des Freigabetages usw.), werden durch Kundmachung des Hauptverbandes berichtigt. Die technische Einrichtung der Verlautbarung im Internet gehört zu den Aufgaben des Hauptverbandes nach Abs. 4 Z 6.

(10) Die in Abs. 4 Z 4 bezeichnete Dokumentation ist unter besonderer Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsvorschriften (Gesetze, Satzungen, Krankenordnungen, Geschäftsordnungen, Richtlinien und dergleichen) und ihrer Änderungen, der hiezu ergangenen Rechtsprechung und wissenschaftlichen Bearbeitung sowie von Angelegenheiten grundsätzlicher Bedeutung aus dem administrativen Bereich in einer Weise aufzubauen und zu führen, daß sie im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der Sozialversicherungsträger, des Hauptverbandes sowie für Zwecke der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes verwendbar ist. Der Zugriff zur Dokumentation ist auch den Gerichten, Universitäten und Stellen der Gebietskörperschaften, sofern die von letzteren betriebenen Rechtsdokumentationen auch der Sozialversicherung kostenlos zugänglich gemacht werden, zu ermöglichen. Die Dokumentation ist nach Maßgabe der technischen und organisatorischen Möglichkeiten gegen Ersatz der dadurch zusätzlich entstehenden Kosten den gesetzlichen beruflichen Vertretungen und anderen Stellen und Personen zugänglich zu machen; dieser Kostenersatz kann, wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, in einer nach dem durchschnittlichen Ausmaß der Inanspruchnahme bemessenen Pauschalabgeltung festgesetzt werden. Der durch den Aufbau und den Betrieb der Dokumentation entstehende Aufwand ist, soweit er nicht durch die Kostenersätze der abfragenden Stellen gedeckt wird und soweit er nicht ausschließlich Interessen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales dient und daher von diesem im Rahmen der Kostenersätze zu ersetzen ist, vom Hauptverband und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales je zur Hälfte zu tragen. Über den Aufbau und die Führung der Dokumentation (oder eines ihrer Teile) können mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales auch Vereinbarungen mit anderen Personen abgeschlossen werden, soweit dadurch Kosten eingespart werden können. In solchen Vereinbarungen ist vorzusehen, daß

1. die für die Dokumentation gespeicherten Daten nach Auflösung der Vereinbarung für die Dokumentation erhalten bleiben und
2. die Entscheidungsbefugnis über den Inhalt der Dokumentation und dessen Speicherungsorganisation durch sie nicht verändert wird.

(11) Die Versicherungsträger dürfen bei ihren Datenanwendungen andere Versicherungsträger, den Hauptverband und die Abgabenbehörden des Bundes als Dienstleister im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, in Anspruch nehmen. Auch der Hauptverband darf Versicherungsträger als Dienstleister in Anspruch nehmen. Der Hauptverband ist in jenen Fällen, in denen er auf Grund gesetzlicher Bestimmungen für die Versicherungsträger tätig wird, jedenfalls Dienstleister nach § 4 Z 5 des Datenschutzgesetzes 2000 in Verbindung mit den §§ 10 und 11 des Datenschutzgesetzes 2000. Der Hauptverband und die Versicherungsträger haften nicht für Nachteile, die bei der Erfüllung ihrer Auskunftspflichten im Sinne des Abs. 4 Z 3 lit. b auf Grund von Unvollständigkeiten oder Unrichtigkeiten der in ihren Anlagen enthaltenen Daten entstehen.

(12) Der Hauptverband ist verpflichtet, eine Datenschutzverordnung für alle Sozialversicherungsträger zu erlassen und im Internet zu veröffentlichen.

(13) Der Hauptverband ist verpflichtet, jedes dritte Kalenderjahr, beginnend mit dem Kalenderjahr 2013, jeweils bis zum 30. November, dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht vorzulegen über

1. das Ausmaß der im abgelaufenen Kalenderjahr erworbenen Versicherungszeiten nach den §§ 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g und 225 Abs. 1 Z 8 dieses Bundesgesetzes, nach § 3 Abs. 3 GSVG und nach § 4a BSVG samt den zugrunde liegenden Beitragsleistungen,
2. das Ausmaß der Aufwendungen der Pensionsversicherungsträger für die Anrechnung der Versicherungszeiten nach Z 1 und der entsprechenden Ersatzzeiten bei Pensionsneuzuerkennungen im abgelaufenen Kalenderjahr und
3. die beitrags- und leistungsrechtlichen Auswirkungen der Wanderversicherung nach § 251a dieses Bundesgesetzes, nach § 129 GSVG und nach § 120 BSVG.

(14) Der Hauptverband ist verpflichtet, für Dienstgeber, die durchschnittlich mindestens 25 vollversicherte (freie) DienstnehmerInnen, ausgenommen RehabilitationsgeldbezieherInnen und Lehrlinge, beschäftigten, einmal jährlich den Anteil älterer Personen (55 Lebensjahre und älter) an allen vollversicherten Beschäftigten festzustellen, und zwar

1. für alle diese Dienstgeber insgesamt (Gesamtquote),
2. für die einzelnen Abteilungen, denen diese Dienstgeber jeweils angehören, nach der Systematik der Wirtschaftstätigkeiten ÖNACE (Branchenquote) und
3. für jeden einzelnen dieser Dienstgeber gesondert (Dienstgeberquote).

Der Anteil ist aus dem Durchschnitt der Beschäftigtenstände, ausgenommen RehabilitationsgeldbezieherInnen und Lehrlinge, vom 1. Juli des Vorjahres bis zum 30. Juni des Jahres der Feststellung zu ermitteln. Monate, in denen bei einem Dienstgeber keine vollversicherten (freien) DienstnehmerInnen beschäftigt waren, sind für die Quoten nach Z 1 bis 3 nicht zu berücksichtigen.

(15) Der Hauptverband hat einmal jährlich jeweils bis zum 30. September auf elektronischem Weg zu informieren:

1. die betroffenen Dienstgeber über die zuletzt ermittelte Gesamtquote nach Abs. 14 Z 1, über die zuletzt ermittelte, sie betreffende Branchen- und Dienstgeberquote nach Abs. 14 Z 2 und 3 sowie darüber, ob die Dienstgeberquote die jeweilige Branchenquote unter- oder überschreitet; über Letzteres ist auf Verlangen mit Bescheid abzusprechen;
2. die in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretungen der DienstnehmerInnen und der Dienstgeber über alle nach Abs. 14 Z 1 bis 3 zuletzt ermittelten Quoten, wobei die bundesweit eingerichteten gesetzlichen Interessenvertretungen die ihr zugehörigen Landeseinrichtungen zu informieren haben.

Der Hauptverband hat die nach Z 1 betroffenen Dienstgeber mit der Information im Jahr 2017 auf die Rechtsfolgen nach § 1a Abs. 5 AMPFG und nach § 41 Abs. 5a FLAG hinzuweisen. Die in Betracht kommende gesetzliche Interessenvertretung der Dienstgeber hat alle in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Dienstgeber, die die Branchenquote nach Abs. 14 Z 2 unterschreiten, über die Erhöhung der Dienstgeberquote zu beraten.

(16) Die Aufgaben nach den Abs. 14 und 15 Z 1 und 2 hat der Hauptverband im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zu vollziehen. Die Beratungen nach Abs. 15 letzter Satz erfolgen im eigenen Wirkungsbereich der jeweils in Betracht kommenden Interessenvertretung der Dienstgeber. Diese hat über ihre Beratungstätigkeit je Kalenderjahr bis zum 31. März des jeweiligen Folgejahres dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zu berichten. Dieser Bericht hat auch eine Analyse der Ursachen zu enthalten und ist im Internet zu veröffentlichen.

Schlagworte

BGBI. Nr. 133/1955

Zuletzt aktualisiert am

31.05.2024

Gesetzesnummer

10008147

Dokumentnummer

NOR40176634