

## 396 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXI. GP

Nachdruck vom 8. 3. 2001

# Regierungsvorlage

**Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz, das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz und das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz geändert werden**

Der Nationalrat hat beschlossen:

### Artikel 1

#### Änderung des Krankenanstaltengesetzes

Das Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch die Bundesgesetze BGBl. I Nr. 80/2000 und BGBl. I Nr. xxx/2000, wird wie folgt geändert:

#### 1. Titel

#### (Grundsatzbestimmungen)

1. § 2a Abs. 3 lautet:

„(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. a und b auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.“

2. § 2a wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Die Landesgesetzgebung kann für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie weiters die Errichtung von Fachschwerpunkten als bettenführende Organisationseinheit mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot vorsehen. Voraussetzung dafür ist, dass ein wirtschaftlicher Betrieb einer bettenführenden Abteilung mangels Auslastung nicht erwartet werden kann. Die Landesgesetzgebung kann weiters bestimmen, dass im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation, Psychosomatik und Pulmologie, im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie Departments für Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, im Rahmen von Abteilungen für Neurologie Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation, und im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde Departments für Psychosomatik geführt werden können.“

3. Im § 3 wird nach Abs. 2 folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (im Folgenden kurz: Träger der Fonds-Krankenanstalt) in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben. In diesem Fall ist neben den Voraussetzungen des Abs. 2 die Errichtungsbewilligung auch davon abhängig, dass die Errichtung nach

2

396 der Beilagen

dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan entspricht.“

4. In § 3 Abs. 4 erhalten die lit. c und d die Bezeichnung „d“ und „e“, lit. a bis c lauten:

- „a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 und bei Fondskrankenanstalten überdies eine Bewilligung gemäß Abs. 2a erteilt worden ist;
- b) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;
- c) die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;“

5. § 4 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.“

6. § 5b Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.“

7. Im § 7 Abs. 4 erster Satz wird nach dem Wort „Abteilungen“ die Wortfolge „ , Departments oder Fachschwerpunkten“ eingefügt.

8. § 7a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„In Abteilungen von Krankenanstalten, in deren Rahmen Departments gemäß § 3 Abs. 4 geführt werden, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß § 7 Abs. 4 mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt, sondern dem Leiter des Departments zu.“

9. Im § 8 Abs. 1 erhalten die Z 5 bis 7 die Bezeichnungen „6“ bis „8“, nach Z 4 wird folgende Z 5 eingefügt:

- „5. in Fachschwerpunkten kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;“

10. § 10 Abs. 1 Z 1 lautet:

- „1. über die Aufnahme und die Entlassung der Pfleglinge Vormerke zu führen, sowie, im Fall der Ablehnung der Aufnahme und bei der Aufnahme nach § 22 Abs. 1 letzter Satz die jeweils dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;“

11. § 10 Abs. 1 Z 4 lautet:

- „4. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern und Organen von Landesfonds im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfleglingen zu übermitteln;“

12. § 10a Abs. 2 lautet:

„(2) Dabei sind, um eine verbindliche österreichweite Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die folgenden Grundsätze sicherzustellen:

1. Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden.
2. Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der österreichischen Bevölkerung gewährleisten.
3. Die von der Planung umfassten Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten (spitalsambulanter und niedergelassener Bereich sowie selbstständige Ambula-

- torien) und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß minimiert werden.
4. Im Bereich der von der Planung umfassten Krankenanstalten ist die Errichtung und Vorhaltung isolierter Fachabteilungen in dislozierter Lage zu vermeiden. Von dieser Regelung kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden.
  5. Bei der Errichtung und Vorhaltung von Fachabteilungen, Departments und Fachschwerpunkten sind die definierten Mindestbettenzahlen zu berücksichtigen; von diesen kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden; die abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten soll nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztztätigkeit unterlaufen werden.
  6. Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll daher eine Beschränkung der Konsiliararztztätigkeit auf die Intentionen des § 2a (Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorgter Patienten) erfolgen, soweit dies unter Schonung wohlerworbener Rechte möglich ist.
  7. Einrichtungen für Psychiatrie (PSY), Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), Palliativmedizin (PAL) und für Psychosomatik (PSO) sollen dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden; bei der Einrichtung dieser Strukturen sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
  8. In den Fachrichtungen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie, Unfallchirurgie und Pulmologie sowie in der Akutgeriatrie/Remobilisation und Psychosomatik können bei nachgewiesenem Bedarf im Rahmen von übergeordneten Abteilungen einer entsprechenden Fachrichtung Departments mit mindestens drei Fachärzten (davon ein Leiter und ein Stellvertreter) geführt werden; bei der Einrichtung von Departments sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten. Für die Pulmologie ist die Einrichtung von Departments nur im Rahmen von Pilotprojekten und mit entsprechend eingeschränktem Leistungsspektrum zulässig.
  9. In den Fachrichtungen Augenheilkunde, HNO, Orthopädie und Urologie können zur Abdeckung von regionalen Versorgungslücken in Regionen, in denen auf Grund geringer Besiedlungsdichte die Tragfähigkeit für eine Vollabteilung nicht gewährleistet ist und in denen gleichzeitig Erreichbarkeitsdefizite in Bezug auf die nächstgelegene Abteilung der betreffenden Fachrichtung gegeben sind, Fachschwerpunkte mit acht bis maximal vierzehn Betten, mit eingeschränktem Leistungsspektrum und mit mindestens zwei Fachärzten (Leiter und Stellvertreter) geführt werden. Fachschwerpunkte dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden; eine über die Intentionen von § 2a hinausgehende Konsiliararztztätigkeit ist zeitgleich mit der Einrichtung eines Fachschwerpunktes in allen Krankenanstalten der betreffenden Region einzustellen; bei der Einrichtung von Fachschwerpunkten sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
  10. Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten der betreffenden Fachrichtung und unter Beschränkung des medizinischen Leistungsangebotes eingerichtet werden. Dislozierte Tageskliniken dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden. Bei der Einrichtung von Tageskliniken sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
  11. Die Kooperation von Krankenanstalten zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte soll gefördert werden. Kooperationen umfassen Zusammenschlüsse von einzelnen Abteilungen oder ganzen Krankenanstalten.
  12. Insbesondere in ambulanten Leistungsbereichen, die durch hohe Investitions- und Vorhaltekosten gekennzeichnet sind (zB radiologische Institute), soll die Kooperation zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor zur besseren gemeinsamen Ressourcennutzung bei gleichzeitiger Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote gefördert werden. Entsprechende Konzepte sind im Rahmen von Pilotprojekten zu erproben bzw. zu evaluieren.
  13. Für unwirtschaftliche Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit sind in der Planung Konzepte zur Umwidmung in alternative Versorgungsformen zu entwickeln; dabei sollen auch neue Modelle (zB dislozierte Tageskliniken und Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Schnittstellenfunktion) in die Überlegungen einbezogen werden.

14. Für jedes Land sind die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung festzulegen. Die Fächerstrukturen (differenziert nach der abgestuften Leistungserbringung) und die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) sind für jede Krankenanstalt festzulegen. Weiters sind für jedes Land und für jede Krankenanstalt ausgewählte (spitzenmedizinische) Leistungsbereiche und die Vorhaltung von ausgewählten medizinisch-technischen Großgeräten festzulegen.“

13. § 11 Abs. 2 lautet:

„(2) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand (§ 34) oder Zahlungen aus dem Landesfonds erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. In Ländern, in denen auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung Landesfonds (§ 27b) mit eigener Rechtspersönlichkeit bestehen, kann die Landesgesetzgebung vorsehen, dass die wirtschaftliche Aufsicht durch den Landesfonds wahrgenommen wird.“

14. Im § 11 Abs. 4 wird das Zitat „§ 148 Z 7 ASVG“ durch „§ 148 Z 10 ASVG“ ersetzt.

15. § 16 Abs. 1 lit. e lautet:

„e) LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren für alle Pflegelinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;“

16. Im § 17 Abs. 2 wird nach dem Wort „Abteilung“ die Wortfolge „ , sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten“ eingefügt.

17. § 19 Abs. 1 lautet:

„(1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die Unterbringung von Pflegelingen der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), zulässig sind. Zur Rechtsgültigkeit solcher Verträge bedarf es der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.“

18. § 21 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, ein Department, einen Fachschwerpunkt, eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als Konsiliarärzte bestellt werden sollen, sowie die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapothekes betraut werden sollen, sind öffentlich auszuschreiben. Für die Bewerbung ist eine angemessene Frist einzuräumen.“

19. § 22 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Soll die Aufnahme des Pflegelings nur bis zur Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden sind, so dürfen nur solche Pflegelinge aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles das Vorhandensein einer derartigen Organisationseinheit für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird.“

20. § 27 samt Überschrift lautet:

#### **„LKF-Gebühr; Pflege- und Sondergebühr**

§ 27. (1) Mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Kosten der Beförderung des Pflegelings in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt –, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt

Verstorbenen sind in den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pflégling erbracht werden.

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55) dürfen der Berechnung des Schillingwertes je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie der Berechnung der Pflegegebühren nicht zu Grunde gelegt werden.

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

1. ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren eingehoben werden können;
2. ob und welches Entgelt für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme vorgeschrieben werden kann;
3. ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind, sofern diese Leistungen nicht durch den Landesfonds abgegolten werden;
4. in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Kosten für die im Abs. 2 genannten Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten einer erweiterten Heilfürsorge und der Beerdigung eingehoben werden können.

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pfléglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im Übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung eines Entgelts bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.“

21. § 27a lautet:

„§ 27a. (1) Von sozialversicherten Pfléglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze durch den Landesfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflégling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(2) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist von sozialversicherten Pfléglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze durch den Landesfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, durch den Träger der Krankenanstalt ein Beitrag in der Höhe von 20 S pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflégling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Beitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(3) Der Beitrag gemäß Abs. 2 wird von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Sozialversicherungsträger für die Länder (Landesfonds) eingehoben.

(4) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. 282/1988, ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.

(5) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 und zum Beitrag gemäß Abs. 2 ist für jeden Verpflegstag, für den ein Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 eingehoben wird, ein Betrag von 10 S einzuheben.

(6) Der Betrag gemäß Abs. 5 wird von den Trägern der Krankenanstalten eingehoben und zur Entschädigung nach Schäden, die durch die Behandlung in Fondskrankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist, zur Verfügung gestellt.“

22. Nach § 27a wird folgender § 27b samt Überschrift eingefügt:

**„Landesfonds**

**§ 27b.** (1) Die an sozialversicherten Pfléglingen in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen sind mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren gemäß § 27 Abs. 4 über Landesfonds abzurechnen. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass auch Leistungen, die für nicht sozialversicherte Pfléglinge in Fondskrankenanstalten erbracht werden, über den Landesfonds abgerechnet werden.

(2) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen Personen erbracht werden, sind über die Landesfonds leistungsorientiert durch nach den folgenden Grundsätzen zu ermittelnde LKF-Gebührenersätze abzurechnen:

1. Auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung werden im LKF-Kernbereich die LKF-Punkte für den einzelnen Pflégling ermittelt.
2. Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus dem Landesfonds an die Träger der Krankenanstalten kann auf die landesspezifischen Erfordernisse insofern Bedacht nehmen, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppe im LKF-Steuerungsbereich nach Maßgabe der nachfolgenden Kriterien je Land unterschiedlich sein kann.
3. In der Gestaltung des LKF-Steuerungsbereiches sind nur folgende Qualitätskriterien möglich:
  - a) Krankenanstalten-Typ
  - b) Personalfaktor
  - c) Apparative Ausstattung
  - d) Bausubstanz
  - e) Auslastung
  - f) Hotelkomponente.
4. Die Höhe der LKF-Gebührenersätze richtet sich nach der Dotation des Landesfonds und nach der Höhe der für den LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel.

(3) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen, in welcher Form ambulante Leistungen an Pfléglingen gemäß Abs. 1 und Leistungen im Nebenkostenstellenbereich durch den Landesfonds abgegolten werden. Dies kann durch die Landesgesetzgebung auch dem Landesfonds übertragen werden. Die Höhe der Abgeltung richtet sich nach der Dotation des Landesfonds und nach der Höhe der für diese Bereiche vorgesehenen Mittel.

(4) Weiters können im Rahmen der Landesfonds Mittel für Ausgleichszahlungen vorgesehen werden.

(5) Die Übereinstimmung mit den Zielen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. .../2000, ist Voraussetzung dafür, dass der Träger der Krankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung erhält.“

23. § 28 lautet:

**„§ 28.** (1) Der Schillingwert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflégling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Schillingwert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Schillingwert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In

diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Schillingwert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat für alle öffentlichen und gemäß § 16 gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die nicht Fondskrankenanstalten sind, sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über die Landesfonds abgerechnet werden, festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden.

(3) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(4) Die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die LKF-Gebühren, die Pflege- und allfälligen Sondergebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

(5) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.“

24. § 29 lautet:

„§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997, BGBl. I Nr. 76/1997, zuletzt geändert durch die Kundmachung BGBl. I Nr. 41/1999 Asyl gewährt wurde, und Asylwerbern, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997 eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben.“

25. § 30 samt Überschrift lautet:

**„Einbringung der LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge**

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pflegling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Entgelten für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, dass für zahlungsfähige Pfleglinge eine Vorauszahlung auf die zu erwartende LKF-Gebühr oder eine Vorauszahlung der Pflege(Sonder)gebühren für jeweils höchstens 30 Tage und der Kostenbeiträge für jeweils höchstens 28 Tage im Vorhinein zu entrichten ist.

(3) In den nach Abs. 1 von der Landesgesetzgebung zu erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, dass auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfleglinge die Vollstreckung im

Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.“

26. § 32 lautet:

„§ 32. Die LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.“

27. § 34 lautet:

„§ 34. (1) Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, dass bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, dass sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken.

(2) Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, dass an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.

(3) Die Landesgesetzgebung kann die Regelungen gemäß Abs. 1 und 2 für Fondskrankenanstalten durch Finanzierungsregelungen über den Landesfonds zur Gänze oder teilweise ersetzen.“

28. § 35 Abs. 2 letzter Satz lautet:

„Die Landesregierung hat in dem Falle einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.“

29. Dem § 42 wird folgender Satz angefügt:

„Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Strukturkommission (§ 59c) bekannt zu geben.“

## 2. Titel

### (Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

1. § 48 lautet:

„§ 48. Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pflégelings geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschriften ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch unbeglichenen LKF-Gebühren oder Pflegegebühren auf den Rechtsträger der Krankenanstalt über.“

2. § 55 Z 3 lautet:

„3. Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse oder die auf Grund der Unterbringung tatsächlich entstandenen Kosten für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.“

3. Nach § 56 wird folgender § 56a samt Überschrift eingefügt:

#### „Strukturfonds

§ 56a. Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.“

4. Die §§ 57 bis 59a lauten:

„§ 57. (1) Der Bund hat dem Strukturfonds gemäß § 56a jährlich die folgenden Mittel für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

1. 1,416 vH des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 9 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2001 genannten Betrages;
2. 430 Millionen Schilling;
3. 1 750 Millionen Schilling.

## 396 der Beilagen

9

(2) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an den Strukturfonds gemäß § 56a jährlich Mittel in der Höhe von 1 150 Millionen Schilling.

(3) Der Strukturfonds leistet an die Länder (Landesfonds) zur Finanzierung der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten jährlich folgende Beiträge:

1. 1,416 vH des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 9 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2001 genannten Betrages;
2. 330 Millionen Schilling;
3. 1 250 Millionen Schilling;
4. 1 750 Millionen Schilling nach Maßgabe des § 59d und nach Abzug der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, der Mittel für die Finanzierung von Planungen und Strukturformen und allfälliger Mittel für die Anstaltspflege österreichischer PatientInnen im Ausland.

§ 58. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2001 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an den Strukturfonds eine Woche vor den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 13 Abs. 1 FAG 2001, BGBl. Nr. ..../2000, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben des Strukturfonds sind auszugleichen.

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils eine Woche vor dem Ende eines jeden Kalenderviertels an den Strukturfonds zu überweisen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und 15. Jänner des Folgejahres an den Strukturfonds zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 25. März, 25. Juni, 25. September und 25. Dezember an den Strukturfonds zu überweisen.

§ 59. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 1 und 2 sind auf die Länder (Landesfonds) nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland .....	2,572
Kärnten .....	6,897
Niederösterreich .....	14,451
Oberösterreich .....	13,692
Salzburg .....	6,429
Steiermark .....	12,884
Tirol .....	7,982
Vorarlberg .....	3,717
Wien .....	31,376

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2001 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an die Länder (Landesfonds) zu den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 13 Abs. 1 FAG 2001, BGBl. Nr. ..../2000, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Länder (Landesfonds) sind auszugleichen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 3 sind auf die Länder nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland .....	2,559
Kärnten .....	6,867
Niederösterreich .....	14,406
Oberösterreich .....	13,677
Salzburg .....	6,443
Steiermark .....	12,869
Tirol .....	8,006

10

396 der Beilagen

Vorarlberg .....	3,708
Wien .....	31,465

(5) Diese Mittel sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(6) Die Mittel des Strukturfonds gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

1. Zunächst sind von den 1 750 Millionen Schilling jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:
  - a) 50 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Oberösterreich
  - b) 60 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Steiermark
  - c) 50 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Tirol.
2. Sodann sind von den verbleibenden 1 590 Millionen Schilling die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 40 Millionen Schilling jährlich, die Mittel für die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen im Ausmaß von 30 Millionen Schilling jährlich, bei einem Mehrbedarf jedoch bis zu höchstens 50 Millionen Schilling jährlich, abzuziehen und vom Strukturfonds einzubehalten und gemäß § 59d und § 59e zu verwenden. Von dem sodann verbleibenden Betrag sind weiters allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 32 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung zu verwenden.
3. Die nach dem Abzug gemäß Z 2 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl, die sich nach dem von der Bundesanstalt Statistik Österreich auf Grund der ordentlichen Volkszählung 1991, mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2003 auf Grund der ordentlichen Volkszählung 2001, festgestellten Ergebnis bestimmt, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Ländern (Landesfonds) nach Maßgabe des § 59c zu überweisen.
4. Im Ausmaß der Landesquoten gemäß Z 3 sind allenfalls in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpfte Mittel zur Förderung des Transplantationswesens und für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit den einzelnen Ländern (Landesfonds) zuzuteilen.

(7) Die Mittel gemäß Abs. 1 Z 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner, wobei die erste Rate am 20. April 2001 fällig ist, an die Länder (Landesfonds) zu überweisen, sofern die Voraussetzungen des § 59c erfüllt sind.

**§ 59a.** Aufgaben des Strukturfonds sind insbesondere

1. Weiterentwicklung des Gesundheitssystems;
2. Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche;
3. Festlegung und Revision des zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes einvernehmlich zwischen Bund und Ländern;
4. Qualitätssicherung einschließlich der Überprüfung der der LKF-Bepunktung zu Grunde liegenden Leistungen;
5. Entwicklung und Implementierung eines verbindlichen flächendeckenden Qualitätssystems einvernehmlich zwischen Bund und Ländern unter Beiziehung der jeweils betroffenen Berufsgruppen;
6. Planung des ambulanten Bereiches einvernehmlich zwischen Bund und Ländern unter Beiziehung der jeweils betroffenen Berufsgruppen;
7. Klärung überregionaler Fragen bei der Umsetzung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes;
8. Einrichtung und Weiterentwicklung eines auch den Ländern (Landesfonds) und der Sozialversicherung zugänglichen Informations- und Analyseinstrumentariums mit den Leistungs-, Kosten-, Personal- und epidemiologischen Daten zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen;
9. Unterstützung des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen;
10. Entscheidung über die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen des Strukturfonds auf Vorschlag der Arbeitsgruppe gemäß § 59f Abs. 8 sowie Entscheidung über den Mehrbedarf an Mitteln im Einvernehmen zwischen Bund und Ländern;

11. Erlassung von Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens;
12. Erlassung von Richtlinien für Strukturqualitätskriterien und für fächerspezifische, abgestufte Leistungsspektren im Einvernehmen zwischen Bund und Ländern;
13. Handhabung des Sanktionsmechanismus.“

5. Nach dem § 59a sind folgende §§ 59b bis 59i einzufügen:

„**§ 59b.** Organe des Bundes und Beauftragte der Strukturkommission können in die Krankengeschichten und in die die Betriebsführung der Krankenanstalten betreffenden Unterlagen Einsicht nehmen sowie Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten durchführen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist und sofern es sich um

1. öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 oder
2. private Krankenanstalten der in § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführt sind,

handelt.

**§ 59c.** Bei maßgeblichen Verstößen gegen festgelegte Pläne (zB Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation (zB des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. .../2000) hat der Strukturfonds den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

**§ 59d.** (1) Der Strukturfonds hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) zur Erreichung folgender Ziele einzusetzen:

1. Im Bereich der Organtransplantation ist die Kontinuität im Spenderaufkommen auf hohem Niveau (ca. 30 Organspender pro Millionen Einwohner) sicherzustellen.
2. Im Bereich der Stammzelltransplantation ist dafür zu sorgen, dass die Anzahl der registrierten potenziellen Spender zumindest aufrechterhalten und das Vorgehen sowie die Zusammenarbeit aller daran beteiligten Institutionen für Spender und Patienten so sicher und wirksam wie möglich erfolgen.

(2) Der Strukturfonds hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) an die

1. Leistungserbringer für die Organgewinnung einschließlich der Vorbereitung und Transporte sowie
2. die Leistungserbringer im Rahmen des Stammzellspendewesens, insbesondere für die Registerfunktion und für die HLA-A,B-Typisierung der zu registrierenden potenziellen Stammzellspender

gemäß Abs. 3 bis 5 zu verteilen.

(3) Die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) sind zur Erreichung der in Abs. 1 genannten Ziele gemäß der nachfolgenden Bestimmungen zu verwenden:

1. Im Bereich des Organspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen zu finanzieren:
  - a) Einrichtung „Regionaler Transplantationsreferenten“ mit der zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensiveinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen.
  - b) Zweckgewidmete pauschalierte Kostenersätze an die spenderbetreuenden Krankenanstalten pro gemeldetem und explantiertem Organspender.
  - c) Zweckgewidmete Kostenersätze für den Einsatz von Transplantationskoordinatoren in den Transplantationszentren.
  - d) Finanzierung der Einrichtung mobiler Hirntoddiagnostik-Teams, die bundesweit bedarfsgerecht, flächendeckend – auf Basis einer Rufbereitschaft – vorgehalten werden sollen.
  - e) Abdeckung der Transportkosten, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen.
  - f) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von ÖBIG-Transplant.

Die Strukturkommission kann auf Vorschlag des beim ÖBIG eingerichteten Transplantationsbeirates beschließen, die Mittel auch für andere als die in lit. a) bis f) genannten Maßnahmen einzusetzen.

2. Im Bereich des Stammzellspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen zu finanzieren:

- a) Die HLA-A,B-Typisierung und StammzellspenderInnen-Betreuung. Die Zahl der jährlich zu fördernden HLA-A,B-Typisierungen sowie ihre Aufteilung auf die geeigneten Laboratorien sind jeweils im Voraus von der Strukturkommission auf Vorschlag der Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz zur Weiterentwicklung des österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens festzulegen;
  - b) die Suche von Stammzellspendern (Registerfunktion).
3. Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis 30. April des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 1991, mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2003 entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Länder (Landesfonds) zu überweisen.
- (4) In der Strukturkommission werden einvernehmlich zwischen Bund und Ländern Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens erlassen.
- (5) Der jährlich erfolgte Mitteleinsatz ist in einer Jahresabrechnung zu dokumentieren und hinsichtlich der Effizienz zu evaluieren. Für den Fall, dass sich der Mitteleinsatz für Teilbereiche als nicht zielführend erweist, können die Mittel auf Expertenvorschlag (Transplantationsbeirat des ÖBIG bzw. Kommission gemäß § 8 BMG für die Weiterentwicklung des österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens) für das Folgejahr in der Strukturkommission einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien umgewidmet werden.
- § 59e.** Über den Einsatz der für die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen gemäß § 59 Abs. 6 Z 2 einzubehaltenden Mittel sowie einen Mehrbedarf entscheidet die Strukturkommission.
- § 59f.** (1) Organ des Strukturfonds ist die Strukturkommission. Die Strukturkommission ist beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen einzurichten. Die Führung der Geschäfte der Strukturkommission obliegt dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- (2) Die Strukturkommission besteht aus 27 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind:
1. 7 Mitglieder bestellt die Bundesregierung;
  2. je ein Mitglied bestellt jede Landesregierung aus dem Kreis der Mitglieder der jeweiligen Landeskommision;
  3. 6 Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
  4. je ein Mitglied bestellen die Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden;
  5. ein Mitglied bestellt die Österreichische Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat;
  6. ein gemeinsames Mitglied bestellen die Patientenanwaltschaften;
  7. ein Mitglied bestellt die Österreichische Ärztekammer;
  8. für jedes der so bestellten Mitglieder der Strukturkommission kann ein ständiges, stimmberechtigtes Ersatzmitglied bestellt werden. Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Vertretung durch Vollmacht möglich.
- (3) Mitglied der Strukturkommission kann nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist.
- (4) Ist die Bestellung von Mitgliedern der Strukturkommission erforderlich, so hat das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Stellen schriftlich dazu aufzufordern. Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Strukturkommission Berechtigten von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, so bleiben die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit der Strukturkommission außer Betracht.
- (5) Den Vorsitz in der Strukturkommission hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister oder, sofern diese Agenden durch den Bundesminister einem Staatssekretär zur selbstständigen Besorgung übertragen worden sind, dieser zu führen. Ist der zuständige Bundesminister, oder im Falle der Übertragung der mit der selbstständigen Besorgung beauftragte Staatssekretär verhindert, den Vorsitz zu führen, kann ihn der für die Geschäftsführung der Strukturkommission zuständige leitende Beamte vertreten.
- (6) Die Strukturkommission hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.
- (7) Die Beschlüsse der Strukturkommission werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen gefasst, wobei die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder je drei Stimmen haben.

(8) Im Rahmen der Strukturkommission ist von Bund und Ländern eine Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen einzurichten, die sich mit strukturellen Veränderungen im österreichischen Gesundheitswesen und deren Auswirkungen zu befassen hat.

**§ 59g.** Der Strukturfonds hat gegenüber jenen Stellen, die zur Bestellung von Mitgliedern der Strukturkommission berechtigt sind, jährlich Bericht über seine Tätigkeit zu erstatten.

**§ 59h.** Die Gebarung des Strukturfonds unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof.

**§ 59i.** (1) Der Strukturfonds ist von allen Abgaben befreit.

(2) Die vom Strukturfonds in unmittelbarer Erfüllung seiner Aufgaben ausgestellten Schriften und die von ihm abgeschlossenen Rechtsgeschäfte sind von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.

(3) Die finanziellen Leistungen des Strukturfonds an die Landesfonds und die Mittel für Transplantationen unterliegen weder der Umsatzsteuer noch den Steuern vom Einkommen und Vermögen.“

6. § 64 lautet:

„§ 64. Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Bundesgesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit. Die von den Pflinglingen zu entrichtenden Kostenbeiträge (§ 27a) sind kein Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1994. Die Landesfonds sind von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben befreit.“

7. § 67 Abs. 2 lautet:

„(2) Mit der Vollziehung

1. der §§ 43 und 44 ist, soweit damit Angelegenheiten der Universitätskliniken geregelt werden, der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur, soweit damit Angelegenheiten der Bundes-Hebammenakademien geregelt werden, der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen,
2. des § 46 ist der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
3. der §§ 48 und 50 ist der Bundesminister für Justiz,
4. der §§ 55 bis 59h ist der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
5. der §§ 59i und 64 ist der Bundesminister für Finanzen und
6. ist im Übrigen hinsichtlich des zweiten Teiles der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen

betraut.“

### 3. Titel

#### (Grundsatzbestimmungen)

1. § 3 Abs. 2 lit. a lautet:

„a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot sowohl nach dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan als auch im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei der Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;“

2. In § 3 Abs. 4 erhalten die lit. c und d die Bezeichnung „d“ und „e“, lit. a bis c lauten:

- „a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 erteilt worden ist;
- b) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;
- c) die vorgesehenen Mindeststandards erfüllt sind;“

14

396 der Beilagen

3. § 4 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Dies ist insbesondere nur dann zu erteilen, wenn das Vorhaben dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan entspricht und die vorgesehenen Standards erfüllt sind.“

4. § 10 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pflinglingen zu übermitteln;“

5. § 11 Abs. 2 lautet:

„(2) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand (§ 34) oder Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 7 und 59) erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.“

6. § 11 Abs. 4 lautet:

„(4) Der Abschluss von Verträgen nach § 148 Z 7 ASVG bedarf, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht das Land ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.“

7. § 16 Abs. 1 lit. e lautet:

„e) das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt (Pfleugegebühren) für alle Pflinglinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt ist;“

8. § 27 samt Überschrift lautet:

#### **„Pflege- und Sondergebühren**

§ 27. (1) Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Kosten der Beförderung des Pflinglings in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt –, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den Pflegegebühren nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pflinglings erbracht werden.

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55) dürfen der Berechnung der Pflegegebühren nicht zu Grunde gelegt werden.

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

- a) ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den Pflegegebühren eingehoben werden können;
- b) ob und welches Entgelt für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme vorgeschrieben werden kann;
- c) ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind;
- d) in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Kosten für die im Abs. 2 genannten Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten einer erweiterten Heilfürsorge und der Beerdigung eingehoben werden können.

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pflinglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im Übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung von Pflegegebühren bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.“

9. § 27a lautet:

„§ 27a. (1) Von Pfléglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflégling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(2) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist von sozialversicherten Pfléglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze durch den Landesfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, durch den Träger der Krankenanstalt ein Beitrag in der Höhe von 20 S pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflégling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Beitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(3) Der Beitrag gemäß Abs. 2 wird von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Sozialversicherungsträger für die Länder (Landesfonds) eingehoben.

(4) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.“

10. § 28 lautet:

„§ 28. (1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(3) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die Pflege(Sonder)gebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

(4) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten. Ansonsten werden das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren – unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe – und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 6, ausschließlich durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung.

(5) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Träger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband andererseits aus einem gemäß Abs. 4 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet eine Schiedskommission. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitparteien gestellt werden.

(6) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Hauptverband nicht zu Stande kommt, entscheidet eine Schiedskommission auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß Abs. 4 zu regelnden Angelegenheiten. Das Gleiche gilt für den Fall, dass der Träger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluss eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zu Stande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Träger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband gestellt werden.

(7) Wenn ein Antrag nach Abs. 6 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(8) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze nach Abs. 6 ist insbesondere auf die durch den Betrieb der Anstalt entstehenden Kosten, soweit sie bei der Ermittlung der Pflegegebühren zu Grunde gelegt werden dürfen, sowie auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Trägers der Krankenanstalt und der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen.“

*11. § 29 lautet:*

„§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997, BGBl. I Nr. 76/1997, zuletzt geändert durch die Kundmachung BGBl. I Nr. 41/1999 Asyl gewährt wurde, und Asylwerbern, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997 eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde.
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind, und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben.“

*12. § 30 samt Überschrift lautet:*

#### **„Einbringung der Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge**

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pflegling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Pflege(Sonder)gebühren für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, dass für zahlungsfähige Pfleglinge die Pflege(Sonder)gebühren für jeweils 30 Tage und die Kostenbeiträge für jeweils 28 Tage im Vorhinein zu entrichten sind.

(3) In den nach Abs. 1 von der Landesgesetzgebung zu erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, dass auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfleglinge die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.“

13. § 32 lautet:

„§ 32. Die Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.“

14. § 34 lautet:

„§ 34. Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, dass bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang, vermindert um die Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 57 und 58), in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hiebei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, dass sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken. Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, dass an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.“

15. § 35 Abs. 2 letzter Satz lautet:

„Die Landesregierung hat in dem Falle, dass die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.“

#### 4. Titel

##### (Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

1. § 48 lautet:

„§ 48. Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pflégling's geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschriften ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch unbeglichenen Pflegegebühren auf den Rechtsträger der betreffenden Krankenanstalt über.“

2. § 55 Z 3 lautet:

„3. die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.“

3. §§ 57 bis 59a samt Überschrift lauten:

##### „Zweckzuschüsse des Bundes

§ 57. Zu dem sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebenden Betriebsabgang öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 bezeichneten Art, mit Ausnahme der öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie, leistet der Bund einen Zweckzuschuss, dessen Höhe pro Verpflegstag 10 vH der für die betreffende Krankenanstalt amtlich festgesetzten Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse, höchstens jedoch 18.75 vH des gesamten Betriebsabganges beträgt.

§ 58. Anträge der Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten um Gewährung eines Zweckzuschusses gemäß § 57 sind zugleich mit den hierfür erforderlichen Nachweisen über die finanzielle Gebarung der Krankenanstalt, insbesondere über den Gesamtbettenstand, Bettenbelag, amtlich festgesetzte Pflegegebühren, Einnahmen, Ausgaben und Betriebsabgang vom Landeshauptmann zu prüfen, allenfalls richtig zu stellen und von diesem dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen bis 30. April eines jeden Kalenderjahres vorzulegen.

§ 59. (1) Auf Antrag des Rechtsträgers einer privaten Krankenanstalt der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 dieses Bundesgesetzes als gemeinnützig geführte Krankenanstalt zu betrachten ist, leistet das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz einen Beitrag im Sinne des § 57, dessen Höhe pro Verpflegstag bis zu 5 vH der für die Krankenanstalt festgesetzten Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse, höchstens jedoch 10 vH des Betriebsabganges betragen darf.

(2) Auf die Behandlung der im Abs. 1 erwähnten Anträge finden die Bestimmungen des § 58 sinngemäß Anwendung. Einem solchen Antrag muss eine Erklärung der Landesregierung angeschlossen

sein, dass die betreffende private Krankenanstalt als eine im Sinne der Bestimmungen des § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalt zu betrachten ist.

**§ 59a.** Die Gewährung von Zweckzuschüssen nach den §§ 57 bis 59 ist an die Bedingung gebunden, dass die Krankenanstalten ein Buchführungssystem anwenden, das eine Kostenermittlung und eine Kostenstellenrechnung ermöglicht. Eine bundeseinheitliche Form dieses Buchführungssystems ist durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen festzulegen.“

4. § 64 lautet:

„**§ 64.** Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Bundesgesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.“

5. § 67 Abs. 2 lautet:

„(2) Mit der Vollziehung

1. der §§ 43 und 44 ist, soweit damit Angelegenheiten der Universitätskliniken geregelt werden, der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur, soweit damit Angelegenheiten der Bundes-Hebammenakademien geregelt werden, der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen,
2. des § 46 ist der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
3. der §§ 48 und 50 ist der Bundesminister für Justiz,
4. der §§ 55 bis 59a ist der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
5. des § 64 ist der Bundesminister für Finanzen und
6. ist im Übrigen hinsichtlich des zweiten Teiles der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen

betraut.“

## 5. Titel

(1) Das Vermögen des mit der KAG- Novelle 1996, BGBl. Nr. 751/1996, eingerichteten Strukturfonds geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf den mit §§ 56a ff dieses Bundesgesetzes eingerichteten Strukturfonds über. Beschlüsse der mit der KAG- Novelle 1996, BGBl. Nr. 751/1996, eingerichteten Strukturkommission (§ 59g) und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die gemäß § 59f Abs. 1 dieses Bundesgesetzes einzurichtende Strukturkommission nichts Gegenteiliges beschließt.

(2) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum 1. Titel innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2001 in Kraft zu setzen.

(3) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum 3. Titel innerhalb eines Jahres zu erlassen.

(4) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich 1. und 3. Titels steht dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen zu.

(5) Der 2. Titel tritt mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(6) Mit Ablauf des 31. Dezember 2004 treten außer Kraft:

1. Titel Z 3 bis 5, 11, 13 bis 15 und 20 bis 29 und
2. Titel Z 1 bis 7

(7) 3. und 4. Titel treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(8) Mit der Vollziehung des 2. und 4. Titels ist der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen betraut.

## Artikel 2

### Änderung des Dokumentationsgesetzes

Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, wird wie folgt geändert:

### 1. Titel

1. Im § 1 Abs. 1 und 2, § 4, § 7 Abs. 3, § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 3 und § 13 ist die Wortfolge „Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz“ durch die Wortfolge „Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen“ zu ersetzen.

2. Im § 2 Abs. 1, § 7 Abs. 1, § 7 Abs. 2 Z 1 und 2 und § 8 Abs. 1 ist die Wortfolge „Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz“ durch die Wortfolge „Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen“ zu ersetzen.

3. Im § 2 Abs. 2 und § 7 Abs. 1 ist die Wortfolge „die auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden“ durch die Wortfolge „die über Landesfonds abgerechnet werden“ zu ersetzen.

4. § 2 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Weiters kann die Verordnung gemäß § 4 vorsehen, dass diese Berichte auch die Daten gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. a, b, d bis g, i und j sowie Z 2 lit. d für die am Ende eines Berichtszeitraumes in der Krankenanstalt verbleibenden Pfleglinge zu enthalten haben.“

5. § 3 Abs. 1 lautet:

(1) Die Länder (Landesfonds) haben Diagnosen- und Leistungsberichte gemäß § 2 Abs. 3 und 4 der über den Landesfonds abgerechneten Krankenanstalten an das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen für folgende Berichtszeiträume spätestens zu folgenden Terminen zu übermitteln:

1. einen Bericht über das 1. Quartal bis 31. Mai des laufenden Jahres,
2. einen Bericht über das 1. Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres,
3. einen vorläufigen Jahresbericht bis 31. März des Folgejahres und
4. einen endgültigen Jahresbericht bis 30. November des Folgejahres.“

6. § 5 lautet:

„§ 5. (1) Der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen hat die vorgelegten Jahresberichte dem Österreichischen Statistischen Zentralamt in maschinenlesbarer Form zwecks Erstellung einer länderbezogenen Statistik über die Krankenkategorie und deren Veröffentlichung im Gesundheitsstatistischen Jahrbuch zu übermitteln. Die Statistik hat die Krankheitsarten, gegliedert nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, sowie ausgewählte medizinische Einzelleistungen zu enthalten. Zur Sicherstellung der Anonymität sind Einzelfallkategorien durch entsprechend erweiterte Gliederungsbreiten auszuschließen.“

(2) Der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen hat die vorgelegten Berichte dem Strukturfonds, den Ländern, den Landesfonds, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung auf begründetes Verlangen insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.“

7. § 6 samt Überschrift lautet:

### „Hauptstück B

#### Diagnosen- und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich

§ 6. (1) Zur Erarbeitung eines für alle leistungs anbietenden Gesundheitseinrichtungen im ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, niedergelassener Bereich und selbstständige Ambulatorien) praktikablen Dokumentationssystems ist spätestens ab 1. Juli 2001 auf Grundlage von Vereinbarungen mit leistungs anbietenden Gesundheitseinrichtungen eine geeignete Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Form von Modellversuchen zu erproben. Als Grundlage für die Diagnosedokumentation ist der Diagnoseschlüssel ICD-10 bzw. ein mit dem Diagnoseschlüssel ICD-10 kompatibler Codierschlüssel, als Grundlage für die Leistungsdokumentation ein praxisorientierter, leicht administrierbarer Leistungskatalog anzuwenden.

(2) Das für den ambulanten Bereich zu erarbeitende Dokumentationssystem soll Daten für die Entwicklung einer österreichweiten alle Gesundheitsbereiche umfassenden Gesundheitsplanung und geeigneter Abrechnungssysteme liefern.

(3) Soweit zur Beurteilung der Modellversuche und als Grundlage für die in Abs. 2 genannten Entwicklungsarbeiten die Übermittlung von Daten erforderlich ist, können diesbezüglich entsprechende Regelungen im Rahmen der Vereinbarungen mit den an den Modellversuchen teilnehmenden Einrichtungen getroffen werden. Dabei dürfen Datenübermittlungen nur in anonymisierter Form und nur im

notwendigen Ausmaß vorgesehen werden. Im Rahmen dieser Regelungen sind insbesondere der notwendige Datenumfang, der Datensatzaufbau, die zu verwendenden Datenträger und die Form der Datenübermittlung zu konkretisieren.“

8. Nach § 8 wird folgender § 8a eingefügt:

„§ 8a. Der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen hat die vorgelegten Berichte gemäß §§ 7 und 8 dem Strukturfonds, den Ländern, den Landesfonds, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung auf begründetes Verlangen insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.“

9. § 10 lautet:

„§ 10. Die Träger der Krankenanstalten, die den gemäß § 8 auferlegten Verpflichtungen nicht nachkommen, begehen, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und sind mit einer Geldstrafe bis zu 2180 Euro zu bestrafen.“

## 2. Titel

(1) 1. Titel Z 1 bis 8 tritt mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(2) 1. Titel I Z 9 tritt mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

(3) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen betraut.

## Artikel 3

### Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2000 in der Fassung der Kundmachung BGBl. I Nr. 102/2000, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 135a wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Das Nähere über die Fälle, in denen nach den Abs. 2 und 3 kein Behandlungsbeitrag eingehoben werden darf, wird durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen geregelt.“

1a. (Grundsatzbestimmung) Im § 148 Einleitung wird der Ausdruck „Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ durch den Ausdruck „Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ ersetzt.

2. (Grundsatzbestimmung) Im § 148 Z 3 Einleitung wird der Ausdruck „ambulanten“ durch den Ausdruck „spitalsambulanten“ ersetzt.

3. (Grundsatzbestimmung) Im § 148 Z 3 zweiter Satz wird der Ausdruck „Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ durch den Ausdruck „Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ ersetzt.

4. (Grundsatzbestimmung) Im § 148 Z 4 wird der Ausdruck „§ 447f Abs. 6“ durch den Ausdruck „§ 447f Abs. 7“ ersetzt.

5. (Grundsatzbestimmung) Im § 148 wird nach der Z 4 folgende Z 4a eingefügt:

„4a. die Krankenanstaltenträger haben die zur Einhebung des Behandlungsbeitrages (§ 135a) erforderlichen Daten (insbesondere Sozialversicherungsnummer, Vorliegen einer ärztlichen Überweisung, Vorliegen eines medizinischen Notfalls) dem Hauptverband elektronisch zu melden. Die Meldungen sind unverzüglich, spätestens jedoch jeweils zum Ende des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats, für alle in diesem Kalendervierteljahr ambulant behandelten Versicherten zu erstatten.“

6. (Grundsatzbestimmung) Im § 148 Z 5 lit. d erster Halbsatz wird nach dem Ausdruck „Unterlagen“ der Ausdruck „auf elektronischem Weg“ eingefügt.

7. (Grundsatzbestimmung) Im § 148 Z 6 wird der Ausdruck „spätestens ab 1. Jänner 1998“ durch den Ausdruck „für den stationären und ambulanten Bereich“ ersetzt.

8. (Grundsatzbestimmung) Im § 148 Z 9 zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „§ 447f Abs. 6“ durch den Ausdruck „§ 447f Abs. 7“ ersetzt.

9. Im § 149 Abs. 5 wird der Ausdruck „§ 447f Abs. 6“ durch den Ausdruck „§ 447f Abs. 7“ ersetzt.

10. Dem § 149 wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(6) § 148 Z 4a ist anzuwenden.“

11. Im § 150 Abs. 3 wird der Ausdruck „§ 447f Abs. 6“ durch den Ausdruck „§ 447f Abs. 7“ ersetzt.

12. Im § 322a Abs. 1 wird der Ausdruck „Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ durch den Ausdruck „Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ ersetzt.

13. § 322a Abs. 2 letzter Satz lautet:

„Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2004 hat unter Berücksichtigung der jeweils für diese Jahre geltenden Bestimmungen des § 447f Abs. 1 zu erfolgen.“

14. Im § 322a Abs. 4 zweiter Satz wird der Ausdruck „2000“ durch den Ausdruck „2004“ ersetzt.

15. § 447a Abs. 2 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2000 wird aufgehoben.

16. § 447f samt Überschrift lautet:

**„Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung;  
Ausgleichsfonds**

**§ 447f.** (1) Die Träger der Sozialversicherung leisten an die Länder (Landesfonds) für die Jahre 2001 bis 2004 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 148 Z 3. Der Pauschalbeitrag für das Jahr 2001 errechnet sich aus dem endgültigen Pauschalbeitrag des Jahres 2000 auf Grund des § 447f Abs. 1 in der am 31. Dezember 2000 geltenden Fassung, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2001 gegenüber dem Jahr 2000 gestiegen sind. Die Pauschalbeiträge für die Jahre 2002, 2003 und 2004 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. Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige und aus den Krankenversicherungsbeiträgen von Zusatzpensionsleistungen sowie Einnahmen aus dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz sind bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 2001 bis 2004 nicht zu berücksichtigen.

(2) Für das Jahr 2001 ist der Pauschalbeitrag nach Abs. 1 vorläufig in der Höhe von 41 200 Millionen Schilling zu überweisen. Der vorläufige Pauschalbeitrag für das Jahr 2002 ist bis zum 31. Dezember 2001 aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages nach endgültiger Abrechnung für das Jahr 2000 auf Grund des § 447f Abs. 1 in der am 31. Dezember 2000 geltenden Fassung, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen der Jahre 2001 und 2002, zu errechnen. Die vorläufigen Pauschalbeiträge für die Jahre 2003 und 2004 sind bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen der Folgejahre, zu errechnen. Die vorläufigen Prozentsätze sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr.

(3) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die Länder (Landesfonds)

1. 70% des Pauschalbeitrages nach Abs. 1 in zwölf gleich hohen Monatsraten jeweils am Monatszwanzigsten, beginnend mit dem Monat April bis zum Monat März des Folgejahres, und
2. 30% des Pauschalbeitrages nach 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.

(4) Bei der endgültigen Abrechnung des Pauschalbeitrages sind die tatsächlich eingehobenen Beiträge des zusätzlich zum Spitalskostenbeitrag nach § 27a KAG einzuhebenden Betrages im Ausmaß von jeweils 20 S gegenzurechnen.

(5) Die Mittel für die Überweisungen nach Abs. 3 sind unter Berücksichtigung des Abs. 4 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) Die Träger der Krankenversicherung leisten an den Bund (Strukturfonds) für die Jahre 2001 bis 2004 einen Pauschalbeitrag in der Höhe von 1 150 Millionen Schilling. Dieser Pauschalbeitrag ist in vier gleich hohen Quartalsbeträgen jeweils am 25. März, 25. Juni, 25. September und 25. Dezember zu überweisen.

(7) Ausgenommen im ambulanten Bereich hat der (die) Versicherte bei Anstaltspflege eines Angehörigen nach diesem Bundesgesetz und nach dem BSVG und bei Anstaltspflege eines Versicherten nach dem BSVG an das Land (Landesfonds) einen Kostenbeitrag zu leisten. Dieser beträgt für jeden Verpflegungstag 10% der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührenersätze, vervielfacht mit dem Prozentsatz für das Jahr 1997 nach § 28 KAG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995. Diese Beträge sind jährlich anzupassen, wobei die Prozentsätze nach Abs. 1 zweiter und dritter Satz anzuwenden sind. Solange keine endgültigen Prozentsätze vorliegen, sind die vorläufigen Prozentsätze heranzuziehen. Vom Kostenbeitrag ist abzusehen:

1. sobald die Zeiten der Anstaltspflege in einem Kalenderjahr die Dauer von vier Wochen 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 BSVG (Organspenden) sowie nach § 80 Abs. 3 lit. b, d und g BSVG.

(8) Mit den Pauschalbeiträgen der Träger der Sozialversicherung nach Abs. 1 und den Beiträgen der Versicherten nach Abs. 7 an die Länder (Landesfonds) sind alle Leistungen der im § 148 genannten Krankenanstalten insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe des § 148 Z 3 zur Gänze abgegolten.

(9) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe der Abs. 1 bis 6 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 nach § 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 soziale Sicherheit und Generationen vorzulegen.

(10) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 1 unter Berücksichtigung des Abs. 4 werden aufgebracht

1. durch den Behandlungsbeitrag nach § 135a dieses Bundesgesetzes, nach § 91a GSVG, nach § 85a BSVG und nach § 63a B-KUVG;
2. soweit die Behandlungsbeiträge nach Z 1 nicht ausreichen, durch Überweisungen der Sozialversicherungsträger nach folgendem Schlüssel:

Wiener Gebietskrankenkasse .....	17,44201%,
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse .....	11,65468%,
Burgenländische Gebietskrankenkasse .....	1,94019%,
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse .....	15,08098%

## 396 der Beilagen

23

Steiermärkische Gebietskrankenkasse .....	10,25023%,
Kärntner Gebietskrankenkasse .....	5,42866%,
Salzburger Gebietskrankenkasse .....	4,71656%,
Tiroler Gebietskrankenkasse.....	5,63745%,
Vorarlberger Gebietskrankenkasse .....	3,66966%,
Betriebskrankenkasse Austria Tabak.....	0,09170%,
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe .....	0,31496%,
Betriebskrankenkasse Semperit .....	0,17647%,
Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG .....	0,03778%,
Betriebskrankenkasse Alpine Donawitz .....	0,23028%,
Betriebskrankenkasse Zeltweg.....	0,06885%,
Betriebskrankenkasse Kindberg .....	0,05414%,
Betriebskrankenkasse Kapfenberg.....	0,20124%,
Betriebskrankenkasse Pengg.....	0,03432%,
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Krankenversicherung) .....	1,06642%,
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Krankenversicherung) .....	4,10008%,
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung) .....	7,70689%,
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung) .....	5,22166%,
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung) .....	4,58485%,
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (als Träger der Unfallversicherung).....	0,01253%,
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Unfallversicherung).....	0,00686%,
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt .....	0,00275%,
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Unfallversicherung).....	0,16929%,
Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten .....	0,02451%,
Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter .....	0,06640%,
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Pensionsversicherung).....	0,00481%,
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Pensionsversicherung).....	0,00279%.

Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine sind durch Beschluss der Verbandskonferenz festzulegen.

- (11) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 2 werden aufgebracht
- durch den Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung (§ 51b dieses Bundesgesetzes, § 27a GSVG, § 24a BSVG, § 20a B-KUVG);
  - soweit die Zusatzbeiträge nach Z 1 nicht ausreichen, durch Überweisungen der Krankenversicherungsträger (§ 31 Abs. 1) nach folgendem Schlüssel:
- |   |            |
|---|------------|
| Wiener Gebietskrankenkasse .....                                | 24,08672%, |
| Niederösterreichische Gebietskrankenkasse .....                 | 11,31833%, |
| Burgenländische Gebietskrankenkasse .....                       | 1,23684%,  |
| Oberösterreichische Gebietskrankenkasse .....                   | 13,28656%, |
| Steiermärkische Gebietskrankenkasse .....                       | 8,18268%,  |
| Kärntner Gebietskrankenkasse .....                              | 3,65138%,  |
| Salzburger Gebietskrankenkasse .....                            | 5,02605%,  |
| Tiroler Gebietskrankenkasse.....                                | 5,24579%,  |
| Vorarlberger Gebietskrankenkasse .....                          | 3,44986%,  |
| Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei ..... | 0,02426%,  |
| Betriebskrankenkasse Austria Tabak .....                        | 0,08358%,  |
| Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe .....          | 0,37166%,  |
| Betriebskrankenkasse Semperit .....                             | 0,14598%,  |
| Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG .....                    | 0,05913%,  |

Betriebskrankenkasse Alpine Donawitz .....	0,17237%,
Betriebskrankenkasse Zeltweg.....	0,08233%,
Betriebskrankenkasse Kindberg .....	0,03685%,
Betriebskrankenkasse Kapfenberg.....	0,17054%,
Betriebskrankenkasse Pengg.....	0,01918%,
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (als Träger der Krankenversicherung) .....	0,74147%,
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung A (als Träger der Krankenversicherung) .....	0,41862%,
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung B (als Träger der Krankenversicherung) .....	2,29409%,
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung) .....	10,57257%,
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung) .....	7,44147%,
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung) .....	1,88169%.

Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 2001, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger von diesem Geschäftsjahr zum Geschäftsjahr 1999, in weiterer Folge vom laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen Geschäftsjahr vom Hauptverband neu festzusetzen. Hiebei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte, für Arbeitslose und der Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der Bauern heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 6 werden aufgebracht

1. durch die Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige und aus den Krankenversicherungsbeiträgen von Zusatzpensionsleistungen;
2. soweit die Beitragseinnahmen nach Z 1 nicht ausreichen, durch Überweisungen der Krankenversicherungsträger nach einem Schlüssel, der sich aus den Gesamtüberweisungen nach Abs. 3 Z 1 und 2 anteilmäßig für jeden einzelnen Krankenversicherungsträger errechnet. Die Prozentsätze des Schlüssels sind auf fünf Dezimalstellen zu runden. Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine sind durch Beschluss der Verbandskonferenz festzulegen, wobei für die Jahre 2001 und 2002 die endgültigen Gesamtbeiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1999 bzw. 2000 zu Grunde zu legen sind.

Übersteigen die Beitragseinnahmen nach Z 1 die für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 6 aufzubringenden Mittel, so ist der Differenzbetrag an die Krankenversicherungsträger unter Anwendung des Schlüssels nach Z 2 rückzuerstatten.

(13) 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 den Überweisungsterminen nach den Abs. 3 und 6 bereits eingetroffen sind.“

17. Im § 567 Abs. 2 entfällt der Ausdruck „und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft“.

18. § 567 Abs. 3 wird aufgehoben.

19. Nach § 589 wird folgender § 590 samt Überschrift angefügt:

**„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx**

**§ 590.** (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2001 die §§ 148, 149 Abs. 5 und 6, 150 Abs. 3, 322a Abs. 1, 2 und 4 sowie 447f samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;
2. rückwirkend mit 1. Oktober 2000 § 567 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;

(2) § 447a Abs. 2 Z 2 tritt mit 1. Jänner 2001 außer Kraft.

(3) § 567 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(4) Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz ist für das Jahr 2001 erst für Behandlungsfälle ab dem 1. März 2001 einzuheben. Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu § 148 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. März 2001 in Kraft zu setzen.

(5) Mit Ablauf des 31. Dezember 2004 treten die in § 567 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung – mit Ausnahme der lit. d des § 148 Z 3 sowie der §§ 322a und 447f – wieder in Kraft.“

#### Artikel 4

##### Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2000 in der Fassung der Kundmachung BGBl. I Nr. 102/2000, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 91a wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Das Nähere über die Fälle, in denen nach den Abs. 2 und 3 kein Behandlungsbeitrag eingehoben werden darf, wird durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen geregelt.“

1a. Im § 98 Abs. 1 letzter Satz wird der Ausdruck „§ 149 Abs. 3 und 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“ durch den Ausdruck „§ 149 Abs. 3, 4 und 6 ASVG“ ersetzt.

2. Im § 182a wird der Ausdruck „Bestimmungen des § 28 des Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ ersetzt.

3. Im § 269 Abs. 2 entfällt der Ausdruck „und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft“.

4. § 269 Abs. 3 wird aufgehoben.

5. Nach § 287 wird folgender § 288 samt Überschrift angefügt:

##### „Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx

§ 288. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2001 die §§ 98 Abs. 1 und 182a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000;
2. rückwirkend mit 1. Oktober 2000 § 269 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000.

(2) § 269 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2004 treten § 182a und die in § 269 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung – mit Ausnahme des § 182a – wieder in Kraft.

(4) Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz nach § 91a ist für das Jahr 2001 erst für Behandlungsfälle ab dem 1. März 2001 einzuheben.“

#### Artikel 5

##### Änderung des Bauern- Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2000 in der Fassung der Kundmachung BGBl. I Nr. 102/2000, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 85a wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Das Nähere über die Fälle, in denen nach den Abs. 2 und 3 kein Behandlungsbeitrag eingehoben werden darf, wird durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen geregelt.“

26

396 der Beilagen

1a. Im § 92 Abs. 1 letzter Satz wird der Ausdruck „§ 149 Abs. 3 bis 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“ durch den Ausdruck „§ 149 Abs. 3 bis 6 ASVG“ ersetzt.

2. Im § 170a wird der Ausdruck „Bestimmungen des § 28 des Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ ersetzt.

3. Im § 258 Abs. 2 entfällt der Ausdruck „und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft“.

4. § 258 Abs. 3 wird aufgehoben.

5. Nach § 276 wird folgender § 277 samt Überschrift angefügt:

**„Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx**

**§ 277.** (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2001 die §§ 92 Abs. 1 und 170a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000;
2. rückwirkend mit 1. Oktober 2000 § 258 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000.

(2) § 258 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2004 treten § 170a und die in § 258 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung – mit Ausnahme des § 170a – wieder in Kraft.

(4) Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz nach § 85a ist für das Jahr 2001 erst für Behandlungsfälle ab dem 1. März 2001 einzuheben.“

**Artikel 6**

**Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes**

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2000 in der Fassung der Kundmachung BGBl. I Nr. 102/2000, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 63a wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Das Nähere über die Fälle, in denen nach den Abs. 2 und 3 kein Behandlungsbeitrag eingehoben werden darf, wird durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen geregelt.“

1a. Im § 68 Abs. 3 wird der Ausdruck „§ 149 Abs. 3 und 4“ durch den Ausdruck „§ 149 Abs. 3, 4 und 6“ ersetzt.

2. Im § 118a wird der Ausdruck „Bestimmungen des § 28 des Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ ersetzt.

3. Im § 184 Abs. 2 entfällt der Ausdruck „und mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft“.

4. § 184 Abs. 3 wird aufgehoben.

5. Nach § 197 wird folgender § 198 samt Überschrift angefügt:

**„Schlussbestimmungen zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx**

**§ 198.** (1) Die §§ 68 Abs. 3 und 118a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(2) § 184 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx tritt rückwirkend mit 1. Oktober 2000 in Kraft.

(3) § 184 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(4) Mit Ablauf des 31. Dezember 2004 treten § 118a und die in § 184 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung – mit Ausnahme der lit. c des § 68 Z 3 und des § 118a – wieder in Kraft.

(5) Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz nach § 63a ist für das Jahr 2001 erst für Behandlungsfälle ab dem 1. März 2001 einzuheben.“

**Artikel 7****Änderung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes**

Das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, BGBl. Nr. 154/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 93/2000, wird wie folgt geändert:

1. *Im § 7a Abs. 1 wird der Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ durch den Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004“ ersetzt.*

2. *Im § 7a Abs. 4 werden der Ausdruck „Art. 8 Abs. 1 Z 4“ durch den Ausdruck „Art. 12 Abs. 4 Z 4“, der Ausdruck „60 Millionen Schilling“ durch den Ausdruck „67 641 000 Schilling“, der Ausdruck „1998 bis 2000“ durch den Ausdruck „2002 bis 2004“ und der Ausdruck „Art. 9 Abs. 5 und 6“ durch den Ausdruck „Art. 13 Abs. 2 und 3“ ersetzt.*

3. *§ 9b zweiter Satz entfällt.*

4. *Nach § 9c wird folgender § 9d eingefügt:*

„**§ 9d.** (1) § 7a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx tritt mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(2) § 9b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx tritt mit 31. Dezember 2000 in Kraft.“

28

396 der Beilagen

### Vorblatt

#### Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenanstaltengesetzes):

##### Probleme:

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 tritt mit 31. Dezember 2000 außer Kraft. Bei keiner Einigung zwischen Bund und Ländern würde die Rechtslage zum 31. Dezember 1977 am 1. Jänner 2001 in Kraft treten.

Bund und Länder kamen überein, die 1997 eingeleitete Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung weiterzuführen. Die Details der Einigung sind in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung geregelt.

##### Ziele:

Mit der vorliegenden Novelle ist das Krankenanstaltengesetz an die neue Vereinbarung anzupassen.

##### Inhalt:

Die Transformation der neuen Vereinbarung umfasst im Krankenanstaltengesetz die folgenden Punkte:

- Sicherstellung einer verbindlichen österreichweiten Krankenanstaltenplanung einschließlich einer Großgeräteplanung, Definition der Grundsätze und der Ziele sowie Verpflichtung der Länder zur Erlassung von Landeskrankenanstaltenplänen, die sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) befinden, durch Verordnung;
- Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan als weitere Voraussetzung für die Erteilung einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung, für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes und die Zulässigkeit von Angliederungsverträgen für Krankenanstalten, die auf Grund der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG finanziert werden bzw. finanziert werden sollen;
- Definition der neuen Organisationseinheiten „Departments“ und „Fachschwerpunkte“;
- Regelung der Facharztanwesenheit und der Rufbereitschaft für Fachschwerpunkte;
- Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung;
- Einrichtung von Landesfonds;
- Verpflichtung der Krankenanstalten, auch Organen von Landesfonds die Einsichtnahme in Krankengeschichten zu ermöglichen;
- Schaffung der Möglichkeit, dass die wirtschaftliche Aufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, auch von den Landesfonds wahrgenommen werden kann;
- Schaffung der Möglichkeit, die Deckung des Betriebsabganges über die Landesfonds durchzuführen;
- Einrichtung des Strukturfonds;
- Neuregelung der Zweckzuschüsse des Bundes;

##### Alternative:

Keine, weil die zur Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen mit 1. Jänner 2001 in Kraft zu setzen und alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, mit 1. Jänner 2001 für die Laufzeit dieser Vereinbarung außer Kraft zu setzen sind. Dazu gehört die Anpassung des Bundeskrankenanstaltengesetzes.

##### Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

##### Finanzielle Auswirkungen:

Auf Grund der Vereinbarung hat der Bund im Vergleich zu den für die Krankenanstaltenfinanzierung auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 zur Verfügung gestellten Mitteln um 1 150 Millionen Schilling weniger zu leisten.

Den Ländern, Städten und Gemeinden entsteht kein finanzieller Mehraufwand. Durch die Einführung von Departments und Fachschwerpunkten wird den Ländern, Städten und Gemeinden ermöglicht, Strukturveränderungen in den Krankenanstalten vorzunehmen und dadurch allenfalls Kosteneinsparungen zu erzielen.

**EU-Konformität:**

Ist gegeben.

**Zu Artikel 2 (Änderung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen):****Probleme:**

Im Herbst 2000 einigten sich der Bund und die Länder über die Grundsätze der Weiterführung der im Jahr 1997 begonnenen Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab dem Jahre 2001 und kamen in weiterer Folge überein, die Details dieser Einigung in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung zu regeln.

Wesentliche Vorarbeiten für diese Reform (insbesondere die Ausarbeitung des Entwurfes des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes sowie des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) konnten nur auf der Grundlage der vorhandenen Daten des österreichischen Gesundheits- und Krankenanstaltenwesens geleistet werden.

Für die Beobachtung, Analyse und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zur Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche werden auch in Zukunft zweckentsprechende Daten unverzichtbar sein.

Der Bund und die Länder haben sich daher in der eingangs genannten Vereinbarung darauf geeinigt, die bestehende Dokumentation im Bereich der Krankenanstalten sicherzustellen und weiterzuentwickeln sowie eine geeignete Dokumentation für den ambulanten Bereich (spitalsambulanter und niedergelassener Bereich sowie selbstständige Ambulatorien) zu entwickeln.

Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen ist entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung zu ändern.

**Ziele:**

Anpassung der Dokumentation im Bereich der Krankenanstalten an die ständig wachsenden Anforderungen und Entwicklung einer geeigneten Dokumentation für den ambulanten Bereich.

**Inhalt:**

- Anpassung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich;
- Weitergabe von Daten an den Strukturfonds, die Länder, die Landesfonds, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Träger der Sozialversicherung, soweit zur Erfüllung deren gesetzlichen Aufgaben erforderlich;
- Vorsehen eines endgültigen Jahresberichts im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation.

**Alternative:**

Keine, weil die zur Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen mit 1. Jänner 2001 in Kraft zu setzen sind. Dazu gehört als bundesgesetzliche Regelung jedenfalls die Novellierung dieses Bundesgesetzes.

**Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:**

Keine.

**Finanzielle Auswirkungen:**

Die vorliegende Novelle verursacht dem Bund grundsätzlich keine Mehrkosten im Vergleich zur Rechtslage auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, da es sich um eine Sicherstellung der bereits bisher vorhandenen Dokumentation handelt.

Die Erfassung zusätzlicher Daten im spitalsambulanten Bereich kann zu derzeit nicht abschätzbaren Mehrkosten beim Bund, bei den Ländern, Städten und Gemeinden führen. Aus diesem Grund ist eine Erfassung von Daten zunächst nur freiwillig im Rahmen von Modellversuchen auf Grund von Vereinbarungen vorgesehen.

30

396 der Beilagen

**EU-Konformität:**

Ist gegeben.

**Zu Artikel 3 bis 7:**

**(Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes und des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes)**

**Probleme:**

Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004.

**Lösung:**

Vornahme notwendiger Anpassungen an die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung.

**Alternativen:**

Beibehaltung des gegenwärtigen Rechtszustandes.

**Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:**

Keine.

**Finanzielle Auswirkungen:**

Auf die finanziellen Bewertungen im Rahmen der Erläuterungen wird verwiesen.

**EU-Konformität:**

Gegeben.

32

396 der Beilagen

**Erläuterungen****Allgemeiner Teil****Zu Art. 1:**

Mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wurde die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und ein Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) verpflichtend eingeführt. Weiters wurde beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen ein Strukturfonds zur Beobachtung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens, des ÖKAP/GGP und der LKF eingerichtet.

Die zitierte Vereinbarung tritt mit 31. Dezember 2000 außer Kraft. Der Bund und die Länder einigten sich auf eine Weiterführung der 1997 begonnenen Reform im Gesundheitswesen. In weiterer Folge kamen der Bund und die Länder überein, die Details über die Weiterführung der Reform in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung zu regeln.

Bestandteil dieser neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ist ein weiterentwickelter ÖKAP/GGP einschließlich einer Leistungsangebotsplanung für bestimmte Fachbereiche.

Auf Grund der KAG- Novelle 1996 treten alle jene Bestimmungen, die die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 umsetzen, mit 31. Dezember 2000 außer Kraft.

Mit der vorliegenden Novelle sind zum einen diese Bestimmungen wieder in Kraft zu setzen und zum anderen ist das Krankenanstaltengesetz in folgenden Punkten an die neue Vereinbarung anzupassen:

1. Regelung von Departments und Fachschwerpunkten als neue Organisationseinheiten neben den Abteilungen. Weiterführung einer verbindlichen österreichweiten Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung, Anpassung der Grundsätze und der Ziele an die weiterentwickelte Planung sowie Erlassung der Landeskrankenanstaltenpläne, die sich im Rahmen des ÖKAP/GGP befinden (§ 10a);
2. Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan als weitere Voraussetzung für die Erteilung einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung für Krankenanstalten, die auf Grund der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG finanziert werden bzw. finanziert werden sollen (§ 3 Abs. 2a sowie § 3 Abs. 4 lit. a und b);
3. Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan als Voraussetzung für die Zulässigkeit von Angliederungsverträgen (§ 19 Abs. 1);
4. Regelung der Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung (§ 12).
5. Definition der Tages- und Nachtambulanz sowie des halbstationären Bereiches (§ 6 Abs. 1 lit. b) und Regelung von Departments und Fachschwerpunkten (§ 2a Abs. 3 und 4);
6. Regelung der Facharztanwesenheit und der Rufbereitschaft auch für Fachschwerpunkte (§ 8 Abs. 1 Z 5);
7. Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (§§ 27, 27b und 28):  
Eine zentrale Zielsetzung der Neustrukturierung der Krankenanstaltenfinanzierung besteht in einer Erhöhung der Kosten- und Leistungstransparenz in den Krankenanstalten, die Mittel von der öffentlichen Hand erhalten. Durch die vereinbarte Weiterentwicklung bundeseinheitlicher Krankenanstalteninformationssysteme wurden die wesentlichen Voraussetzungen dafür verwirklicht.

Vom Finanzierungssystem wird weiterhin – bei gleichzeitiger Umsetzung struktureller Maßnahmen – die Optimierung des Ressourceneinsatzes im Gesundheitsbereich und damit eine Beibehaltung gedämpfter Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich erwartet. Dies soll durch eine nur den medizinischen Erfordernissen entsprechende kürzere Verweildauer im Krankenhaus, durch vermehrte Leistungserbringung im ambulanten Bereich (spitalsambulanter und niedergelassener Bereich sowie im Bereich selbstständiger Ambulatorien) sowie im rehabilitativen Nachsorgebereich und durch eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen erreicht werden. Darüber hinaus soll es dem Krankenhausmanagement durch die im System geschaffene höhere Kosten- und Leistungstransparenz ermöglicht werden, seine Betriebsführung nach betriebswirtschaftlichen Aspekten auszurichten und Entscheidungen auf fundierten

Datengrundlagen zu treffen. Wesentlich ist jedoch die Aufrechterhaltung der Qualität der Behandlung und die Sicherstellung einer Behandlung nach modernen Methoden.

8. Einrichtung von Landesfonds (§ 27b):

Zur Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung kamen die Vertragsparteien der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung überein, die Landesfonds weiterzuführen.

9. Verpflichtung der Krankenanstalten, auch Organen von Landesfonds die Einsichtnahme in Krankengeschichten zu ermöglichen (§ 10 Abs. 1 Z 4);

10. Schaffung der Möglichkeit, dass die wirtschaftliche Aufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, von den Landesfonds wahrgenommen werden kann (§ 11 Abs. 2);

11. Schaffung der Möglichkeit, die Deckung des Betriebsabganges über die Landesfonds durchzuführen (§ 34 Abs. 3);

12. Einrichtung des Strukturfonds (§§ 56a bis 59i);

Der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und die Strukturkommission als Organ des Strukturfonds haben zentrale Aufgaben im Rahmen der umfassenden Reform des Gesundheitswesens zu erfüllen.

Die Strukturkommission soll die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung steuern. Sie soll die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche vorantreiben und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen forcieren. Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus Rationalisierungspotenziale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren.

13. Neuregelung der Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 57 und 58).

Die bisher vom Bund an die Länder (Landesfonds) geleisteten Zweckzuschüsse zur Finanzierung von Krankenanstalten sind nunmehr in den Strukturfonds einzubringen. Dieser hat diese Mittel sodann entsprechend der bisherigen Verteilungsschlüssel an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

Im Einklang mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung bestimmt die vorliegende Novelle, dass ihr unmittelbar anwendbares Bundesrecht mit 1. Jänner 2001 in Kraft tritt. Weiters hat die Landesgesetzgebung die Ausführungsbestimmungen zu den Grundsatzbestimmungen ebenfalls mit 1. Jänner 2001 in Kraft zu setzen.

Vorgesehen ist weiters, dass am 1. Jänner 2005 die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften, soweit sie durch diese Novelle geändert wurden, wieder in Kraft treten und diese Novelle außer Kraft tritt.

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung räumt dem Bund und den Ländern die Möglichkeit ein, sich in rechtzeitig aufzunehmenden Verhandlungen über eine Neuregelung zu einigen und die entsprechenden bundes- und landesgesetzlichen Bestimmungen am 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen.

#### **Zu Art. 2:**

In Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wurde ua. das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen in Kraft gesetzt. Dieses Bundesgesetz umfasst die bis zum Jahr 1997 auf verschiedene Gesetze, Verordnungen bzw. Richtlinien verstreuten Rechtsgrundlagen für die Dokumentation im Krankenanstaltenwesen.

Auf Grund der zwischen Bund und Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ist das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen anzupassen.

Die wesentlichen Punkte dieser Novelle des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen sind:

Im ambulanten Bereich (spitalsambulanter und niedergelassener Bereich sowie selbstständige Ambulatorien) ist zur Erarbeitung eines praktikablen Dokumentationssystems spätestens ab 1. Juli 2001 auf Grundlage von Vereinbarungen mit leistungs anbietenden Gesundheitseinrichtungen eine geeignete Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Form von Modellversuchen zu erproben. Das zu

34

396 der Beilagen

entwickelnde Dokumentationssystem soll Daten für die Entwicklung einer österreichweiten alle Gesundheitsbereiche umfassenden Gesundheitsplanung und geeigneter Abrechnungssysteme liefern.

Weiters wird die Weitergabe von Daten an den Strukturfonds, die Länder, die Landesfonds, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Träger der Sozialversicherung, soweit dies zur Erfüllung deren gesetzlicher Aufgaben erforderlich ist, ermöglicht.

Im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation wird ein endgültiger Jahresbericht, der bis 30. November des Folgejahres an das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen zu übermitteln ist, vorgesehen.

#### **Zu den Art. 3 bis 7**

Durch die vorgeschlagenen Änderungen soll das Sozialversicherungsrecht an die (neue) Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung angepasst werden.

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützen sich die Art. 3 bis 7 auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“).

### **Besonderer Teil**

#### **Zu Art. 1:**

##### **Zum 1. Titel Z 1 (§ 2a Abs. 3):**

Anpassung an die neue stationäre Versorgungsform der Fachschwerpunkte und ausdrückliche Berücksichtigung der Möglichkeit, Abteilungen in Departments zu gliedern.

##### **Zum 1. Titel Z 2 (§ 2a Abs. 4):**

Im Rahmen der ÖKAP/GGP-Revision 2001 wurde als neue Organisationsform im stationären Bereich die Einrichtung von Fachschwerpunkten für bestimmte Fachrichtungen vereinbart. Grund dafür war, dass in Regionen, in denen wegen geringer Besiedlungsdichte die Tragfähigkeit für eine Abteilung nicht gegeben ist, aus Gründen der Erreichbarkeit in Bezug auf die nächstgelegene Abteilung jedoch ein Bedarf gegeben ist. Fachschwerpunkte sollen als bettenführende Strukturen mit acht bis vierzehn Betten unter Beschränkung des Leistungsangebotes geführt werden. Weiters wurde vereinbart, dass derartige Einrichtungen zunächst im Rahmen von Pilotprojekten vor einer allfälligen Einführung in die Regelversorgung erprobt werden sollen. Schließlich sind Strukturqualitätskriterien für den Betrieb von Fachschwerpunkten verbindlich zu vereinbaren, die auch in den Landeskrankenanstaltenplänen festgeschrieben werden sollen und deren Erfüllung Voraussetzung für die Genehmigung von Fachschwerpunkten sein soll (vgl. § 3 Abs. 4 lit. c). Dabei ist davon auszugehen, dass eine derartige Errichtung als wesentliche Änderung im Sinne des § 4 zu werten ist. Weiters wird die in der ÖKAP/GGP-Revision vereinbarte Möglichkeit der Führung von Departments bestimmter Fachrichtungen im Rahmen bestimmter Abteilungen ausdrücklich berücksichtigt. Diese explizite Regelung für bestimmte sonderfachfremde Departments im Rahmen von bestimmten Abteilungen hindert nicht, darüber hinaus im Rahmen von sonstigen Abteilungen eine Gliederung in Departments desselben Sonderfaches vorzunehmen.

##### **Zum 1. Titel Z 3 (§ 3 Abs. 2a):**

Der § 3 Abs. 2 des KAG enthält eine demonstrative Aufzählung von Voraussetzungen für die Erteilung einer Bewilligung für die Errichtung einer Krankenanstalt.

Die vorliegende Novelle basiert auf der Intention, eine verbindliche österreichweite Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung sicherzustellen.

Daher stellt die Übereinstimmung mit dem sich im Rahmen des ÖKAP/GGP befindenden jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan eine weitere Voraussetzung für die Erteilung einer Errichtungsbewilligung für Krankenanstalten, die Mittel von der öffentlichen Hand auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (Fondskrankenanstalten) erhalten bzw. erhalten sollen, dar.

##### **Zum 1. Titel Z 4 (§ 3 Abs. 4 lit. a, b und c):**

Im Einklang mit der neuen Bestimmung des § 3 Abs. 2a darf einer Fondskrankenanstalt auch die Betriebsbewilligung nur in Übereinstimmung mit den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erteilt werden. Weiters sollen die für Departments, Fachschwerpunkte und Tageskliniken vorgesehenen Strukturqualitätskriterien Voraussetzung für die Bewilligung derartiger Einrichtungen sein.

**Zum 1. Titel Z 5 (§ 4 Abs. 1):**

Die Übereinstimmung mit den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes und mit den vorgesehenen Strukturqualitätskriterien stellt auch eine zentrale Voraussetzung für die Bewilligung von wesentlichen Veränderungen einer Krankenanstalt dar.

**Zum 1. Titel Z 6 (§ 5b Abs. 1):**

§ 5b Abs. 1 sieht bereits in der geltenden Fassung vor, dass die Träger von Krankenanstalten bei der Organisation von Massnahmen der Qualitätssicherung auch ausreichend überregionale Belange zu wahren haben. Bei der Führung von Fachschwerpunkten als stationäre Struktur unterhalb der Ebene einer Vollabteilung ist es unter Bedachtnahme auf diesen Gesichtspunkt aus Gründen der Qualitätssicherung erforderlich, Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Einbindung einer entsprechenden Vollabteilung vorzunehmen.

**Zum 1. Titel Z 7 (§ 7 Abs. 4):**

Im Rahmen der Bestimmung über die Leitung von Organisationseinheiten von Krankenanstalten sind die neuen stationären Versorgungsformen der Fachschwerpunkte und die Möglichkeit, innerhalb von Abteilungen Departments einzurichten, zu berücksichtigen.

**Zum 1. Titel Z 8 (§ 7a Abs. 1):**

Im Hinblick auf die Sonderfachbeschränkung des § 31 Ärztegesetz 1998 ist es bei der Führung von sonderfachfremden Departments in bestimmten Abteilungen (siehe § 3 Abs. 4) erforderlich, dass die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß § 7 Abs. 4 mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt, sondern dem Leiter des Departments zukommt.

**Zum 1. Titel Z 9 (§ 8 Abs. 1 Z 5):**

Fachschwerpunkte sind als stationäre Versorgungsformen mit fixen Betriebszeiten ausgestaltet. Außerhalb der fixen Betriebszeiten ist eine Rufbereitschaft vorgesehen, daher war § 8 Abs. 1 entsprechend zu ergänzen.

Eine explizite Regelung für Departments gemäß § 3 Abs. 4 ist hingegen nicht erforderlich, da die Formulierung des § 8 Abs. 1 Z 3 für die Organisation des ärztlichen Dienstes in Schwerpunktkrankenanstalten neben Abteilungen auch sonstige Organisationseinheiten erwähnt und darunter auch Departments zu subsumieren sind. Die Z 4 des § 8 Abs. 1 deckt auf Grund ihrer Formulierung gleichfalls die Organisation des ärztlichen Dienstes in Departments von Standardkrankenanstalten ab.

Eine Änderung des § 31 Abs. 3 Z 3 Ärztegesetz 1998 ist nicht erforderlich. Außerhalb der Betriebszeiten von Fachschwerpunkten ist neben der Rufbereitschaft der in Betracht kommenden Fachärzte die sofortige notfallmedizinische Versorgung ohne Sonderfachverletzung durch die Anwesenheit der in § 31 Abs. 3 Z 3 genannten Fachärzte auf Grund der Organisationsvorschriften für den ärztlichen Dienst in Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten gewährleistet.

**Zum 1. Titel Z 10 (§ 10 Abs. 1 Z 1):**

Siehe Erläuterungen zu § 22 Abs. 1.

**Zum 1. Titel Z 11 (§ 10 Abs. 1 Z 4):**

Zusätzlich zu den gesetzlich begründeten bisherigen Informationsverpflichtungen der Krankenanstalten über den Gesundheitszustand der Patienten sollen durch die vorliegende Novelle die Krankenanstalten verpflichtet werden, auch Organen von Landesfonds bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten zu übermitteln.

Grundsätzlich benötigen die Landesfonds Krankengeschichten nur stichprobenweise und nicht im Zusammenhang mit dem Namen des Patienten. Sollten dennoch für Abrechnungs- und Kontrollzwecke personenbezogene Krankengeschichten benötigt werden, ist eine streng vertrauliche Behandlung dieser Daten durch entsprechende organisatorische und rechtliche Maßnahmen sicherzustellen.

**Zum 1. Titel Z 12 (§ 10a):**

Die Vertragsparteien haben sich in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 darauf geeinigt, einen verbindlichen österreichweiten Krankenanstalten- und Großgeräteplan zwischen dem Bund und den Ländern einvernehmlich mit 1. Jänner 1997 festzulegen. Der ÖKAP/GGP ist zwischenzeitlich

36

396 der Beilagen

laufend weiterentwickelt und revidiert worden. Im ÖKAP/GGP sind in Teilbereichen die Ergebnisse der im Auftrag der Strukturkommission erarbeiteten Leistungsangebotsplanung integriert.

Als Grundsatzgesetz obliegt dem Bundeskrankenanstaltengesetz mit der vorliegenden Novelle jedenfalls die Formulierung der weiterentwickelten Grundsätze auf Grund der Ziel- und Zweckbestimmungen des § 10a Abs. 2.

Der Landeskrankenanstaltenplan kann darüber hinaus auch Planungsvorgaben für den Bereich der nicht über den Landesfonds abzurechnenden Krankenanstalten beinhalten.

**Zum 1. Titel Z 13 (§ 11 Abs. 2):**

Der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof sollen auch Krankenanstalten unterliegen, die Zahlungen aus dem Landesfonds und damit öffentliche Mittel erhalten.

Sofern Landesfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet werden, kann die Landesgesetzgebung vorsehen, dass die wirtschaftliche Aufsicht durch den Fonds erfolgt.

**Zum 1. Titel Z 14 (§ 11 Abs. 4):**

Hier war eine Zitanpassung notwendig.

**Zum 1. Titel Z 15 (§ 16 Abs. 1 lit. e):**

Diese Bestimmung wurde durch die systemkonforme Aufnahme des Begriffes „LKF-Gebühren“ (Gebühren auf der Grundlage der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) ergänzt.

**Zum 1. Titel Z 16 (§ 17 Abs. 2):**

Bedachtnahme auf Fachschwerpunkte und Departments im Rahmen der Bestimmung über die Voraussetzungen zur Überprüfung des Öffentlichkeitsrechtes.

**Zum 1. Titel Z 17 (§ 19 Abs. 1):**

Die Möglichkeit Angliederungsverträge abzuschließen, war bisher auf den Abschluss zwischen öffentlichen und privaten Krankenanstalten beschränkt. Durch die Neuregelung soll im Hinblick darauf, dass durch vermehrte Kooperationen von Krankenanstalten zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Auslastung medizinische und ökonomische Synergieeffekte gefördert werden sollen, diese Beschränkung entfallen. Weiters sind Angliederungsverträge nur zu bewilligen, wenn sie dem ÖKAP/GGP nicht widersprechen.

**Zum 1. Titel Z 18 (§ 21 Abs. 1):**

Berücksichtigung von Fachschwerpunkten und Departments bei der Stellenausschreibung für die Leiter derartiger Organisationseinheiten.

**Zum 1. Titel Z 19 (§ 22 Abs. 1):**

Sollen bestimmte Leistungen tagesklinisch auf dem Gebiet eines Sonderfaches erbracht werden, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden sind, so ist durch den die Entscheidung zur Aufnahme treffenden Arzt bei der Aufnahmeuntersuchung auch darauf Bedacht zu nehmen, dass nur solche Patienten aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles (zB Art der zu erbringenden Leistung, Risikoträchtigkeit des Eingriffs, medizinischer Zustand des Patienten) das Vorhandensein einer stationären Struktur im Haus für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird. Die für eine Aufnahmeentscheidung maßgebende Beurteilung ist in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Diese Vorkehrungen dienen sowohl dem Schutz der Patienten als auch der Beweissicherung.

**Zum 1. Titel Z 20 (§ 27):**

Zur Durchführung der durch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung festgelegten leistungsorientierten Abrechnung ist analog zur Pflegegebühr die LKF-Gebühr einzuführen.

In Übereinstimmung mit der bisherigen Regelung sollen mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten werden, wobei wie bisher zwei Ausnahmen vorgesehen sind.

Weiters sind mit den LKF-Gebühren oder Pflegegebühren Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pflégelings erbracht werden, nicht abgegolten (zB Telefon). In diesem Zusammenhang wird darauf zu achten sein, dass durch

diese Zusatzleistungen die Abgrenzung gegenüber der für die Sonderklasse typischen besonderen Ausstattung gewahrt bleibt.

In konsequenter Anpassung der weiteren Regelungen des § 27 (Abs. 2 bis 6) an das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wurden jeweils dem Begriff „Pflegebühren“ der Begriff „LKF-Gebühren“ hinzugefügt.

**Zum 1. Titel Z 21 (§ 27a):**

Diese Bestimmung war ebenfalls an das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung durch die Aufnahme des Begriffes „LKF-Gebührenersätze durch den Landesfonds“ anzupassen. In diesem Zusammenhang sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag geleistet wird, auch ausdrücklich von der Verpflichtung zur Leistung eines weiteren Kostenbeitrages auszunehmen.

Zusätzlich zu dem bisherigen Kostenbeitrag ist von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Sozialversicherungsträger für die Länder (Landesfonds) ein Beitrag in der Höhe von 20 Schilling einzuheben. Die übrigen Bestimmungen hinsichtlich des bisherigen Beitrags sind auch auf den zusätzlichen Beitrag anzuwenden (zB Ausnahmebestimmungen).

**Zum 1. Titel Z 22 (§ 27b):**

In Übereinstimmung mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung regelt diese Bestimmung die Durchführung der Finanzierung durch die Landesfonds, insbesondere die Ermittlung der durch die Landesfonds zu leistenden LKF-Gebührenersätze.

In Krankenanstalten, die leistungsorientiert Zahlungen aus dem Landesfonds erhalten, werden stationär erbrachte Leistungen für sozialversicherte Patienten durch die LKF-Gebührenersätze abgegolten.

Darüber hinaus soll es der Landesgesetzgebung freistehen, zu regeln, dass die Leistungen auch für allfällige weitere Gruppen von Patienten dieser Krankenanstalten über den Landesfonds durch LKF-Gebührenersätze abgegolten werden.

Als LKF-Kernbereich wird der Bereich der Finanzierung bezeichnet, der auf den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen beruht. Dieser Teil stellt die Abgeltung des einzelnen Krankenhausfalles dar, wobei davon ausgegangen wird, dass die Behandlung einer bestimmten Diagnosenfallgruppe grundsätzlich den selben Ressourcenaufwand verursacht – unabhängig etwa von der Größe oder der Lage der jeweiligen Krankenanstalt und unabhängig vom Versorgungsauftrag der Krankenanstalt.

Neben dem LKF-Kernbereich ist im System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung als weitere Finanzierungsebene der LKF-Steuerungsbereich vorgesehen, in dem strukturspezifische Kriterien Berücksichtigung finden. Mit Hilfe des Steuerungsbereiches kann auf die landesspezifischen Erfordernisse insofern Bedacht genommen werden, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppe im Steuerungsbereich nach Maßgabe der im § 27b Abs. 2 Z 3 festgelegten Kriterien je Land unterschiedlich sein kann.

Dabei können strukturspezifische Kriterien Berücksichtigung finden, wie etwa die sich auf Grund des unterschiedlichen Versorgungsauftrages der Krankenanstalten ergebende unterschiedliche personelle und apparative Ausstattung der Krankenanstalten oder der sich daraus ergebende Krankenanstaltentyp.

Unterschiede in der Bausubstanz der Krankenanstalten können auf Grund des beispielsweise höheren Investitions- bzw. Reparaturbedarfs oder auf Grund von höheren Logistikkosten zu gerechtfertigten Differenzierungen in der Finanzierung führen.

Im Falle von speziellen Versorgungssituationen (zB Grenzlandregionen) kann die sich dort ergebende geringe Auslastung von bedeutsamen Versorgungseinrichtungen durchaus gesundheitspolitisch vertretbar und in der Finanzierung berücksichtigungswürdig sein.

Die Hotelkomponente kann dann von Bedeutung sein, wenn in einem Bundesland Krankenanstalten mit stark unterschiedlichen Raumangeboten (Krankenanstalten mit Zwei- bis Dreibettzimmern einerseits und Krankenanstalten mit großen Krankensälen andererseits) vorhanden sind. Hier kann durch entsprechende finanzielle Anreize im Steuerungsbereich eine qualitative Verbesserung des Versorgungsangebotes erreicht werden.

Ebenfalls über den Landesfonds abzugelten sind die Ambulanzleistungen und sonstigen Leistungen der Krankenanstalten (zB Krankenpflegeschulen). Bei der Finanzierung dieser Leistungsbereiche ist den Ländern ein großer Gestaltungsfreiraum gegeben, der eine Berücksichtigung der derzeit sehr unterschiedlichen Situation in den einzelnen Bundesländern in diesen Leistungsbereichen ermöglicht.

Im Rahmen der Landesfonds kann weiters eine Investitionsfinanzierung sowie eine Finanzierung von Planungen und Strukturreformen, insbesondere zur Entlastung des stationären Akutbereiches der Krankenanstalten, vorgesehen sein. Weiters können im Landesfonds Ausgleichsmittel vorgesehen werden.

**Zum 1. Titel Z 23 (§ 28):**

Abgesehen von der Finanzierungsregelung über Landesfonds hat die Landesgesetzgebung für alle öffentlichen und gemäß § 16 gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die Nichtfondskrankenanstalten sind sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über die Landesfonds abgerechnet werden, festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch LKF-Gebühren oder durch Pflegegebühren abgegolten werden.

Die Ermittlung der LKF-Gebühr wurde in Analogie zur bisherigen Ermittlung der Pflegegebühr in § 28 geregelt.

Weitere Regelungen betreffen im Landesgesetzblatt vorzunehmende Kundmachungen über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, um die erforderliche Transparenz zu gewährleisten.

**Zum 1. Titel Z 24, 25 und 26 (§§ 29, 30 und 32):**

In konsequenter Anpassung dieser Bestimmungen an das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wurde auch hier jeweils dem Begriff „Pflegegebühren“ der Begriff „LKF-Gebühren“ hinzugefügt.

**Zum 1. Titel Z 27 (§ 34):**

Die Deckung des Betriebsabganges kann einerseits wie bisher erfolgen (Abs. 1 und 2), andererseits kann die Landesgesetzgebung die Regelungen gemäß Abs. 1 und 2 für Fondskrankenanstalten durch Finanzierungsregelungen über den Landesfonds zur Gänze oder teilweise ersetzen.

Im Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung verpflichten sich die Länder, dafür zu sorgen, dass es durch die Umstellung auf die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung zu keiner Verschiebung der Anteile an der Aufbringung der Mittel und der Betriebsabgangsdeckung zu Ungunsten der Städte und Gemeinden kommt.

**Zum 1. Titel Z 28 und 29 sowie Zum 2. Titel Z 1, 2 und 6 (§ 35 Abs. 2, § 42, § 55 Z 3, § 48 und § 64):**

Durch die vorliegende Novelle sollen Begriffe und Zitierungen des Krankenanstaltengesetzes an zwischenzeitlich erfolgte Änderungen in anderen Bundesgesetzen angepasst werden.

Weitere Anpassungen und Ergänzungen sind im Hinblick auf das vorgesehene System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung erforderlich.

**Zum 2. Titel Z 3, 4 und 5 (§§ 56a bis 59i samt Überschrift):**

Auf Grund der bis 31. Dezember 2000 geltenden Rechtslage (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 und KAG-Novelle 1996, BGBl. Nr. 751/1996) stellt der Bund Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung zur Verfügung.

Die Vertragsparteien Bund und Länder haben sich in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung darauf geeinigt, dass der Finanzbeitrag aus dem Bundesbereich (Bund, Sozialversicherungsträger) nicht verändert wird.

Im Einzelnen ist Folgendes vorgesehen:

Im Sinne der neuen Vereinbarung stellt der Bund sicher, dass der Strukturfonds jährlich mit folgenden Mitteln dotiert wird:

1. 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer nach Abzug des im § 9 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2001 genannten Betrages und
2. 3 330 Millionen Schilling.

Der Strukturfonds hat diese Mittel nach den bisherigen Verteilungsschlüsseln an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

Der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und die Strukturkommission als Organ des Strukturfonds haben zentrale Aufgaben im Rahmen der umfassenden Reform des Gesundheitswesens zu erfüllen.

Die Strukturkommission soll die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung steuern. Sie soll die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche vorantreiben und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen forcieren. Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus Rationalisierungspotenziale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren.

Der Strukturkommission gehören Vertreter des Bundes, der Landeskommissionen, der Sozialversicherung, der Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden, ein gemeinsamer Vertreter der Österreichischen Bischofskonferenz und des Evangelischen Oberkirchenrates, ein gemeinsamer Vertreter der Patientenanwaltschaften und ein Vertreter der Österreichischen Ärztekammer an.

Die demonstrative Aufzählung der Aufgaben des Strukturfonds erfolgt im § 59a.

Zur Unterstützung bei der Erfüllung ihrer Aufgaben kann die Strukturkommission geeignete Gremien (zB Arbeitsgruppen, Steuergruppen usw.) für spezielle Themenbereiche einrichten. Verpflichtend ist die im Rahmen der Strukturkommission von Bund und Ländern einzurichtende Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen, die im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen zwischen Bund und Ländern bereits vereinbart wurde.

Der bisher vorgesehene Beirat kann daher entfallen, dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass sich außerhalb der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung bereits eine Österreichische Gesundheitskonferenz konstituiert hat, in der alle wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen vertreten sind.

Hinsichtlich der im § 59b eingeräumten Einschaurechte ist darauf Bedacht zu nehmen, dass eine streng vertrauliche Behandlung der eingesehenen Daten durch entsprechende organisatorische und rechtliche Maßnahmen sicherzustellen ist.

Im Zusammenhang mit der in den §§ 59 und 59d ff geregelten Verteilung der Mittel des Strukturfonds an die Länder (Landesfonds) ist insbesondere auf die Regelung des § 59c hinzuweisen, wonach der Strukturfonds bei maßgeblichen Verstößen gegen den Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes und bei Verstößen gegen Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation den entsprechenden Länderanteil aus 1,75 Milliarden Schilling zurückzuhalten hat, bis das Land oder der Landesfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben (ÖKAP/GGP, Qualitätsvorgaben, Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen) entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

Die Organisation des Strukturfonds wird im § 59g geregelt.

Die detaillierten Verteilungsvorschriften der §§ 56a ff sowie die Vorschriften zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59d) sowie die Vorschriften über den Einsatz der Mittel für Planungen und Strukturreformen (§ 59e) transformieren vollinhaltlich den entsprechenden Inhalt der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung.

#### **Zum 2. Titel Z 7 (§ 67 Abs. 2):**

Die Vollzugsklausel ist an zwischenzeitlich erfolgte Änderungen des Bundesministeriengesetzes sowie an die vorliegende Novelle anzupassen.

#### **Zum 3., 4. und 5. Titel:**

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung haben sich der Bund und die Länder darauf geeinigt, dass die in Durchführung dieser Vereinbarung ergehenden Bundes- und Landesgesetze mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung auch außer Kraft treten. Die Vertragsparteien haben sich verpflichtet, rechtzeitig Verhandlungen über die Neuregelung aufzunehmen.

Sofern in diesen Verhandlungen keine Einigung über eine Neuregelung zustande kommt, werden mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften, soweit sie in Durchführung der Vereinbarung geändert wurden, wieder in Kraft gesetzt.

Durch den 3., 4. und 5. Titel wird die Vereinbarung auch in diesem Punkt vollinhaltlich erfüllt.

Zur Sicherstellung der Kontinuität wird das Vermögen des mit der KAG-Novelle 1996, BGBl. Nr. 751/1996, eingerichteten Strukturfonds mit allen Rechten und Pflichten auf den mit diesem Gesetz eingerichteten Strukturfonds übertragen.

40

396 der Beilagen

**Zu Art. 2****Zu den Z 1 bis 3:**

Mit diesen Bestimmungen werden erforderliche Zitat Anpassungen vorgenommen.

**Zu Z 4:**

Der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten sowie von den Ländern (Landesfonds) vorzunehmenden Datenübermittlung sowie über die Gliederung der Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung erlassen. Nunmehr kann in dieser Verordnung vorgesehen werden, dass die Diagnosen- und Leistungsberichte auch bestimmte Daten für die am Ende eines Berichtszeitraumes in der Krankenanstalt Verbleibenden zu enthalten haben. Ausgenommen davon sind die entlassende Abteilung, das Entlassungsdatum, die Art der Entlassung, die Haupt- und Zusatzdiagnosen sowie ausgewählte medizinische Einzelleistungen, da diese zu den Berichtszeitpunkten nicht vorliegen können.

Eine Vervollständigung der Diagnosen- und Leistungsberichte um die Daten betreffend die am Ende des Berichtszeitraumes in der Krankenanstalt verbleibenden Patienten ermöglicht gleichzeitig die Beseitigung von derzeit bestehenden redundanten Datenmeldungen im Bereich der Krankenanstaltenstatistik (in Bezug auf Zahl der Patienten, Pflegetage, Belagstage usw.). Damit können auch einem Wunsch der Länder entsprechend unnötige Datenmeldungen vermieden und ein Beitrag zur Verwaltungsvereinfachung geleistet werden.

**Zu Z 5:**

Der Jahresbericht im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation war bisher bis zum 31. März des Folgejahres an das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen zu übermitteln. Da – wie die Praxis der ersten vier LKF-Jahre gezeigt hat – bis zu diesem Zeitpunkt die endgültigen Diagnosen- und Leistungsdaten nicht vollständig und endgültig vorgelegt sind, wird nunmehr vorgesehen, dass bis zum 31. März des Folgejahres ein vorläufiger und bis zum 30. November des Folgejahres der endgültige Jahresbericht zu übermitteln ist.

**Zu Z 6 und Z 8:**

Um einen möglichst effizienten Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens zu erreichen und die Notwendigkeit zusätzlicher Datenmeldungen im Bereich der Krankenanstalten zu vermeiden, wird dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen die Weitergabe von Daten an den Strukturfonds, die Länder, die Landesfonds, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Träger der Sozialversicherung, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist, ermöglicht.

**Zu Z 7:**

Zur Erarbeitung eines für alle leistungs anbietenden Gesundheitseinrichtungen im ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, niedergelassener Bereich und selbstständige Ambulatorien) praktikablen Dokumentationssystems ist spätestens ab 1. Juli 2001 auf Grundlage von Vereinbarungen mit leistungs anbietenden Gesundheitseinrichtungen eine geeignete Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Form von Modellversuchen zu erproben.

Als Grundlage für die Diagnosendokumentation ist der Diagnoseschlüssel ICD-10 bzw. ein mit dem Diagnoseschlüssel ICD-10 kompatibler Codierschlüssel, als Grundlage für die Leistungsdokumentation ein praxisorientierter, leicht administrierbarer Leistungskatalog anzuwenden.

Die zu erarbeitende Diagnosen- und Leistungsdokumentation soll Daten für die Entwicklung einer österreichweiten alle Gesundheitsbereiche umfassende Gesundheitsplanung und geeigneter Abrechnungssysteme liefern.

Soweit zur Entwicklung dieser Diagnosen- und Leistungsdokumentation die Übermittlung von Daten erforderlich ist, können diesbezüglich entsprechende Regelungen im Rahmen der Vereinbarungen mit den leistungserbringenden Einrichtungen getroffen werden. Dabei dürfen Datenübermittlungen nur in anonymisierter Form und nur im notwendigen Ausmaß vorgesehen werden. Im Rahmen dieser Regelungen sind insbesondere die zu verwendenden Datenträger, der Datensatzaufbau und die Form der Datenübermittlung zu konkretisieren.

**Zu Z 9:**

Hier wird eine Anpassung im Hinblick auf die Euro-Umstellung vorgenommen.

**Zu den Art. 3 bis 7:**

Durch die vorgeschlagenen Änderungen soll das ASVG an den Neuabschluss der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, durch die die bisher geltende Spitalsfinanzierung im Wesentlichen für die Jahre 2001 bis 2004 fortgeschrieben wird, angepasst werden.

Hervorzuheben ist, dass auf Grund der erwähnten Vereinbarung das bisherige Finanzierungsvolumen durch die Sozialversicherung beibehalten werden soll; dies bedeutet, dass den für die Krankenanstaltenfinanzierung eingerichteten Landesfonds anteilig ein Pauschalbeitrag zu überweisen ist, der sich aus der Aufwertung des (auf Basis der bisherigen einschlägigen Art. 15a B-VG-Vereinbarung geleisteten) endgültigen Pauschalbeitrages für das Jahr 2000 errechnet.

Im Einzelnen ist auf folgende Modifikationen der Rechtslage in Anpassung an die neue bundesstaatliche Vereinbarung zur Finanzierung der Krankenanstalten hinzuweisen:

In der grundsatzgesetzlichen Bestimmung des § 148 ASVG erfolgen überwiegend technische Anpassungen (etwa an den neuen Titel der einschlägigen Art. 15a B-VG-Vereinbarung); lediglich die – schon im Sozialrechts-Änderungsgesetz 2000 vorgesehenen, allerdings in den § 148 ASVG in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung (der im Fall des Nichtzustandekommens einer neuen Art. 15a B-VG-Vereinbarung mit 1. Jänner 2001 in Geltung getreten wäre) eingebauten – Begleitmaßnahmen zur Einhebung des Behandlungsbeitrages nach § 135a ASVG sowie die in der neuen Art. 15a B-VG-Vereinbarung vorgesehene Bekräftigung der Übermittlung von Daten zwischen den Krankenanstalten (ambulanter und stationärer Bereich) und der Sozialversicherung auf elektronischem Weg stellen inhaltliche Änderungen dar (vgl. Z 4a, 5 und 6 des § 148 ASVG).

Im § 149 ASVG werden nur ein Zitat berichtigt und die erwähnten Begleitmaßnahmen zum Behandlungsbeitrag-Ambulanz im Verweisungswege übernommen.

Die Änderungen im § 322a ASVG und im § 447f ASVG stellen – neben Aktualisierungen der Terminologie – im Wesentlichen eine Fortschreibung des bisherigen Finanzierungsmodus dar, wobei im § 447f Abs. 1 ASVG die Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige und aus den Krankenversicherungsbeiträgen von Zusatzpensionsleistungen sowie Einnahmen aus dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz (entsprechend der neuen Art. 15a B-VG-Vereinbarung) von der Grundlage für die Valorisierung des Pauschalbeitrages ausgenommen werden sollen.

Darüber hinaus ist in den Abs. 6 und 12 des § 447f ASVG vorgesehen, dass von den Trägern der Krankenversicherung ein Pauschalbeitrag von 1 150 Millionen Schilling an den neu einzurichtenden Strukturfonds (des Bundes) zur Krankenanstaltenfinanzierung zu überweisen ist, wobei die Mittel für diese Überweisungen vornehmlich aus den Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige und aus den Krankenversicherungsbeiträgen für Zusatzpensionsleistungen aufzubringen sind. Neu ist auch, dass sämtliche Schlüssel für die Aufbringung der Sozialversicherungsmittel zur Krankenanstaltenfinanzierung (die der Aufteilung der Finanzierungslast auf die einzelnen Versicherungsträger dienen) bereits im Gesetz fixiert werden; diese Schlüssel beruhen auf Berechnungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und stellen im Wesentlichen eine Fortschreibung der bisherigen Aufteilung der Mittelaufbringung dar.

In den Sonderversicherungsgesetzen sollen entsprechende Parallelbestimmungen Platz greifen.

Mit den Änderungen in Art. 7 wird dem Abschluss der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004 schließlich auch im Bereich des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes Rechnung getragen.

Es soll ausdrücklich klargestellt werden, dass die Vollziehung der Bestimmungen über den Behandlungsbeitrag-Ambulanz, insbesondere die Ausnahmeregelung nach den Abs. 2 und 3 des § 135a ASVG samt Parallelbestimmungen, nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden kann. Mit der einschlägigen Durchführungsverordnung soll jedenfalls sichergestellt werden, dass die Einhebung des Behandlungsbeitrages durch die Sozialversicherung gemeinsam mit den Trägern der Krankenanstalten rechtzeitig und ohne neuerliche Verzögerungen ab 1. März 2001 umgesetzt werden kann.

**Textgegenüberstellung****Geltende Fassung:****Vorgeschlagene Fassung:****Krankenanstaltengesetz****1. Titel  
(Grundsatzbestimmungen)****§ 2a. (1) und (2) ...**

(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, daß die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b und c auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen funktionell-organisatorisch verbunden sind. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß von der Errichtung einzelner lit. b vorgesehener Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, für den die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

**§ 2a. (1) und (2) ...**

(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. a und b auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

(4) Die Landesgesetzgebung kann für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie weiters die Errichtung von Fachschwerpunkten als bettenführende Organisationseinheit mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot vorsehen. Voraussetzung dafür ist, dass ein wirtschaftlicher Betrieb einer bettenführenden Abteilung mangels Auslastung nicht erwartet werden kann. Die Landesgesetzgebung kann weiters bestimmen, dass im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation, Psychosomatik und Pulmologie, im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie Departments für Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, im Rahmen von Abteilungen für Neurologie Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation, und im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde Departments für Psychosomatik geführt werden können.

§ 3. (1) und (2) ...

(3) ...

(4) ...

a) Fondskrankenanstalten) in Anspruch zu nehmen beabsichtigen, überdies eine Bewilligung gemäß Abs. 2a erteilt worden ist;

b) gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;

c)

d)

(5) bis (8) ...

§ 4. (1) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 beziehen, ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind.

§ 3. (1) und (2) ...

(2a) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (im Folgenden kurz: Fondskrankenanstalten) in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekanntzugeben. In diesem Fall ist neben den Voraussetzungen des Abs. 2 die Errichtungsbewilligung auch davon abhängig, daß die Errichtung nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan entspricht.

(3) ...

(4) ...

a)

b)

gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;

c)

d)

e)

(5) bis (8) ...

§ 4. (1) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 beziehen, ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind. Bei Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

(2) ...

**§ 5b.** (1) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden.

(2) bis (5) ...

**§ 7.** (1) bis (3) ...

(4) Mit der Führung von Abteilungen für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen von Krankenanstalten dürfen nur Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn aber ein Sonderfach nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte betraut werden. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen.

(5) bis (7) ...

**§ 7a.** (1) In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten, die als Universitätskliniken oder als Klinische Institute in Klinische Abteilungen gegliedert sind, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben den gemäß § 7 Abs. 4 mit der Führung der Abteilung bzw. sonstigen Organisationseinheit betrauten Arzt, sondern dem Leiter der Klinischen Abteilung zu.

(2) ...

**§ 8.** (1) Der ärztliche Dienst muß so eingerichtet sein, daß

- 1.

(2) ...

**§ 5b.** (1) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(2) bis (5) ...

**§ 7.** (1) bis (3) ...

(4) Mit der Führung von Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen von Krankenanstalten dürfen nur Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn aber ein Sonderfach nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte betraut werden. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen.

(5) bis (7) ...

**§ 7a.** (1) In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten, die als Universitätskliniken oder als Klinische Institute in Klinische Abteilungen gegliedert sind, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben den gemäß § 7 Abs. 4 mit der Führung der Abteilung bzw. sonstigen Organisationseinheit betrauten Arzt, sondern dem Leiter der Klinischen Abteilung zu. In Abteilungen von Krankenanstalten, in deren Rahmen Departments gemäß § 3 Abs. 4 geführt werden, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß § 7 Abs. 4 mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt, sondern dem Leiter des Departments zu.

(2) ...

**§ 8.** (1) Der ärztliche Dienst muß so eingerichtet sein, daß

- 1.
- 5.

- 5.
- 6.
- 7.

**§ 10.** (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Krankenanstalten zu verpflichten:

- 1.
- 2.
- 4.

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pflegenden zu übermitteln;

- 5.

(2) bis (5) ...

**§ 10a.** (1) ...

(2) Dabei sind, um eine verbindliche österreichische Krankenanstaltenplanung einschließlich einer Großgeräteplanung zu gewährleisten, die folgenden Grundsätze sicherzustellen:

- 1.
- 2.
- 3.

werden.

Abteilungen der betreffenden Fachrichtung eingerichtet werden.

- 5.

- 6.

- 6.
- 7.
- 8.

**§ 10.** (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Krankenanstalten zu verpflichten:

- 1.
- 2.
- 4.

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pflegenden zu übermitteln;

- 5.

(2) bis (5) ...

**§ 10a.** (1) ...

(2) Dabei sind, um eine verbindliche österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die folgenden Grundsätze sicherzustellen:

- 1.
- 2.
- 3.

- 4.

- 5.

Akutkrankenanstalten soll nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztstätigkeit, unterlaufen werden.

stationär versorgter Patienten) erfolgen, soweit dies unter Schonung wohlterer Rechte möglich ist.

- 6.

7. einzuhalten.
8. Fachrichtung Departments mit mindestens drei Fachärzten (davon ein Leiter und ein Stellvertreter) geführt werden; bei der Einrichtung von Departments sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten. Für die Pulmologie ist die Einrichtung von Departments nur im Rahmen von Pilotprojekten und mit entsprechend eingeschränktem Leistungsspektrum zulässig.
9. Erreichbarkeitsdefizite in Bezug auf die nächstgelegene Abteilung der betreffenden Fachrichtung gegeben sind, Fachschwerpunkte mit acht bis maximal vierzehn Betten, mit eingeschränktem Leistungsspektrum und mit mindestens zwei Fachärzten (Leiter und Stellvertreter) geführt werden. Fachschwerpunkte dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden; eine über die Intentionen von § 2a KAG hinausgehende Konsiliararztstätigkeit ist zeitgleich mit der Einrichtung eines Fachschwerpunktes in allen Krankenanstalten der betreffenden Region einzustellen; bei der Einrichtung von Fachschwerpunkten sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
10. Dislozierte Tageskliniken dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden. Bei der Einrichtung von Tageskliniken sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
11. Krankenanstalten.
12. Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote gefördert werden. Entsprechende Konzepte sind im Rahmen von Pilotprojekten zu erproben bzw. zu evaluieren.
- 13.

Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Schnittstellenfunktion) in die Überlegungen einbezogen werden.

14.

Intensivbereich) sind für jede Krankenanstalt festzulegen. Weiters sind für jedes Land und für jede Krankenanstalt ausgewählte (spitzenmedizinische) Leistungsbereiche und die Vorhaltung von ausgewählten medizinisch-technischen Großgeräten festzulegen.

#### § 11. (1) ...

(2) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand (§ 34) oder Zahlungen aus dem Landesfonds erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. In Ländern, in denen auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 Landesfonds (§ 27b) mit eigener Rechtspersönlichkeit bestehen, kann die Landesgesetzgebung vorsehen, daß die wirtschaftliche Aufsicht durch den Landesfonds wahrgenommen wird.

(3) ...

(4) Der Abschluß von Verträgen nach § 148 Z 7 ASVG bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(5) ...

§ 16. (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn

a)

e)

Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;

f)

(2) ...

#### § 17. (1) ...

(2) Bei Erweiterung einer öffentlichen Krankenanstalt durch Einrichtung

#### § 11. (1) ...

(2) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand (§ 34) oder Zahlungen aus dem Landesfonds erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. In Ländern, in denen auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung Landesfonds (§ 27b) mit eigener Rechtspersönlichkeit bestehen, kann die Landesgesetzgebung vorsehen, daß die wirtschaftliche Aufsicht durch den Landesfonds wahrgenommen wird.

(3) ...

(4) Der Abschluß von Verträgen nach § 148 Z 10 ASVG bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(5) ...

§ 16. (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn

a)

e)

Pflegegruppen für Akutranke und für Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;

f)

(2) ...

#### § 17. (1) ...

(2) Bei Erweiterung einer öffentlichen Krankenanstalt durch Einrichtung

einer neuen Abteilung oder eines neuen Ambulatoriums, bei ihrer Verlegung und bei sonstigen erheblichen Veränderungen in ihrem Betriebe sind die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht erneut zu überprüfen. Der Fortbestand oder das Erlöschen des Öffentlichkeitsrechtes ist im Sinne des Abs. 1 zu verlautbaren.

**§ 19.** (1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die Unterbringung von Pflegelingen der ersten Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), zulässig sind. Die Rechtsgültigkeit solcher Verträge hängt von der Genehmigung der Landesregierung ab. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(2) und (3) ...

**§ 21.** (1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als ständige Konsiliarärzte bestellt werden sollen, sowie die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapotheke betraut werden sollen, sind öffentlich auszuschreiben. Für die Bewerbung ist eine angemessene Frist einzuräumen.

(2) und (3) ...

**§ 22.** (1) Pflegelinge können nur durch die Anstaltsleitung auf Grund der Untersuchung durch den hiezu bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden.

einer neuen Abteilung, sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten oder eines neuen Ambulatoriums, bei ihrer Verlegung und bei sonstigen erheblichen Veränderungen in ihrem Betriebe sind die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht erneut zu überprüfen. Der Fortbestand oder das Erlöschen des Öffentlichkeitsrechtes ist im Sinne des Abs. 1 zu verlautbaren.

**§ 19.** (1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die Unterbringung von Pflegelingen der ersten Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), zulässig sind. Zur Rechtsgültigkeit solcher Verträge bedarf es der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(2) und (3) ...

**§ 21.** (1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, ein Department, einen Fachschwerpunkt, eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als Konsiliarärzte bestellt werden sollen, sowie die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapotheke betraut werden sollen, sind öffentlich auszuschreiben. Für die Bewerbung ist eine angemessene Frist einzuräumen.

(2) und (3) ...

**§ 22.** (1) Pflegelinge können nur durch die Anstaltsleitung auf Grund der Untersuchung durch den hiezu bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden. Soll die Aufnahme des Pfleglings nur bis zur Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden sind, so dürfen nur solche Pflegelinge aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles das Vorhandensein einer derartigen Organisationseinheit für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird.

(2) bis (5) ...

#### **LKF-Gebühr; Pflege- und Sondergebühr**

§ 27. (1) Mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Kosten der Beförderung des Pflinglings in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt –, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körpersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pflinglings erbracht werden.

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55) dürfen der Berechnung des Schillingwertes je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie der Berechnung der Pflegegebühren nicht zugrunde gelegt werden.

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

- a)
- b)
- c)
- d)

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pflinglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung eines Entgelts bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.

(2) bis (5) ...

#### **LKF-Gebühr; Pflege- und Sondergebühr**

§ 27. (1) Mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Kosten der Beförderung des Pflinglings in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt –, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körpersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pflinglings erbracht werden.

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55) dürfen der Berechnung des Schillingwertes je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie der Berechnung der Pflegegebühren nicht zugrunde gelegt werden.

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pflinglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung eines Entgelts bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.

**§ 27a.** (1) Von sozialversicherten Pflegelingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührensätze durch den Landesfonds oder Gebührensätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflegeung für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

**§ 27a.** (1) Von sozialversicherten Pflegelingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührensätze durch den Landesfonds oder Gebührensätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflegeung für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(2) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist von sozialversicherten Pflegelingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührensätze durch den Landesfonds oder Gebührensätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, durch den Träger der Krankenanstalt ein Beitrag in der Höhe von 20 S pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflegeung für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Beitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(3) Der Beitrag gemäß Abs. 2 wird von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Sozialversicherungsträger für die Länder (Landesfonds) eingehoben.

(2) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich

(4) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich

jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 282/1988 ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.

jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. 282/1988, ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.

(5) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 und zum Beitrag gemäß Abs. 2 ist für jeden Verpflegstag, für den ein Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 eingehoben wird, ein Betrag von 10 S einzuheben.

(6) Der Betrag gemäß Abs. 5 wird von den Trägern der Krankenanstalten eingehoben und zur Entschädigung nach Schäden, die durch die Behandlung in Fondskrankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist, zur Verfügung gestellt.

### Landesfonds

§ 27b. (1) Die an sozialversicherten Pflegenden in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen sind mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren gemäß § 27 Abs. 4 über Landesfonds abzurechnen. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, daß auch Leistungen, die für nicht sozialversicherte Pfleglinge in Fondskrankenanstalten erbracht werden, über den Landesfonds abgerechnet werden.

(2) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen Personen erbracht werden, sind über die Landesfonds leistungsorientiert durch nach den folgenden Grundsätzen zu ermittelnde LKF-Gebührensätze abzurechnen:

- 1.
- 2.
- 3.

nachfolgenden Kriterien je Land unterschiedlich sein kann.

- a) Krankenanstalten-Typ
- b) Personalfaktor
- c) Apparative Ausstattung
- d) Bausubstanz
- e) Auslastung
- f) Hotelkomponente.

- 4.

(3) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen, in welcher Form ambulante Leistungen an Pfléglingen gemäß Abs. 1 und Leistungen im Nebenkostenstellenbereich durch den Landesfonds abgegolten werden. Dies kann durch die Landesgesetzgebung auch dem Landesfonds übertragen werden. Die Höhe der Abgeltung richtet sich nach der Dotation des Landesfonds und nach der Höhe der für diese Bereiche vorgesehenen Mittel.

(4) Weiters können im Rahmen der Landesfonds Mittel für Ausgleichszahlungen vorgesehen werden.

(5) Die Übereinstimmung mit den Zielen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, ist Voraussetzung dafür, daß der Träger der Krankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung erhält.

**§ 28.** (1) Der Schillingwert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflégling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Schillingwert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Schillingwert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Schillingwert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

**§ 28.** (1) Der Schillingwert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflégling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Schillingwert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Schillingwert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Schillingwert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat für alle öffentlichen und gemäß § 16 gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die nicht Fondskrankenanstalten sind, sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über die Landesfonds abgerechnet werden, festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden.

(3) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(4) Die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die LKF-Gebühren, die Pflege- und allfälligen Sondergebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

(5) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.

**§ 29.** (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1.

(2) Die Landesgesetzgebung hat für alle öffentlichen und gemäß § 16 gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die nicht Fondskrankenanstalten sind, sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über die Landesfonds abgerechnet werden, festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden.

(3) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(4) Die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die LKF-Gebühren, die Pflege- und allfälligen Sondergebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

(5) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.

**§ 29.** (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1.

- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

bescheinigt wurde,

#### **Einbringung der LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge**

**§ 30.** (1) Vorschriften über die Einbringung von LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pfegling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Entgelten für Begleitpersonen von Pfeglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfeglinge eine Vorauszahlung auf die zu erwartende LKF-Gebühr oder eine Vorauszahlung der Pflege(Sonder)gebühren für jeweils höchstens 30 Tage und der Kostenbeiträge für jeweils höchstens 28 Tage im Vorhinein zu entrichten ist.

(3) In den nach Abs. 1 von der Landesgesetzgebung zu erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, daß auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfeglinge die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.

**§ 32.** Die LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.

**§ 34.** (1) Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, daß bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom

- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

#### **Einbringung der LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge**

**§ 30.** (1) Vorschriften über die Einbringung von LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pfegling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Entgelten für Begleitpersonen von Pfeglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfeglinge eine Vorauszahlung auf die zu erwartende LKF-Gebühr oder eine Vorauszahlung der Pflege(Sonder)gebühren für jeweils höchstens 30 Tage und der Kostenbeiträge für jeweils höchstens 28 Tage im Vorhinein zu entrichten ist.

(3) In den nach Abs. 1 von der Landesgesetzgebung zu erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, daß auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfeglinge die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.

**§ 32.** Die LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.

**§ 34.** (1) Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, daß bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom

Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hiebei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, daß sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken.

(2) Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, daß an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.

(3) Die Landesgesetzgebung kann die Regelungen gemäß Abs. 1 und 2 für Fondskrankenanstalten durch Finanzierungsregelungen über den Landesfonds zur Gänze oder teilweise ersetzen.

#### § 35. (1) ...

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 11 Abs. 2) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat in dem Falle einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

(3) ...

§ 42. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte, die die Landesbehörden auf Grund der einschlägigen Bestimmungen der Ausführungsgesetze der Länder zu diesem Teil dieses Bundesgesetzes erteilen beziehungsweise verfügen, sind dem Landeshauptmann unverzüglich bekanntzugeben.

§ 48. Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pflégelings geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschriften ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch

Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hiebei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, dass sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken.

(2) Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, dass an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.

(3) Die Landesgesetzgebung kann die Regelungen gemäß Abs. 1 und 2 für Fondskrankenanstalten durch Finanzierungsregelungen über den Landesfonds zur Gänze oder teilweise ersetzen.

#### § 35. (1) ...

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 11 Abs. 2) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat in dem Falle einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

(3) ...

§ 42. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte, die die Landesbehörden auf Grund der einschlägigen Bestimmungen der Ausführungsgesetze der Länder zu diesem Teil dieses Bundesgesetzes erteilen beziehungsweise verfügen, sind dem Landeshauptmann unverzüglich bekannt zu geben. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Strukturkommission (§ 59c) bekannt zu geben.

## 2. Titel

### (Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

§ 48. Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pflégelings geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschriften ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch

unbeglückten Pflegegebühren auf den Rechtsträger der Krankenanstalt über.

§ 55. Der Bund ersetzt:

- 1.
- 3.

§ 56. ...

#### Strukturfonds

§ 56a. Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

§ 57. (1) Der Bund hat den Ländern (Landesfonds) insgesamt jährlich die folgenden Zweckzuschüsse für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

- 1.
- 2.
- 3.

(2) Der Bund hat jährlich Mittel in der Höhe von 1 750 Millionen Schilling an den Strukturfonds (§ 59) zu leisten.

unbeglückten LKF-Gebühren oder Pflegegebühren auf den Rechtsträger der Krankenanstalt über.

§ 55. Der Bund ersetzt:

- 1.
- 3.

§ 56. ...

#### Strukturfonds

§ 56a. Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

§ 57. (1) Der Bund hat dem Strukturfonds gemäß § 56a jährlich die folgenden Mittel für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

- 1.
- 2.
- 3.

(2) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an den Strukturfonds gemäß § 56a jährlich Mittel in der Höhe von 1 150 Millionen Schilling.

(3) Der Strukturfonds leistet an die Länder (Landesfonds) zur Finanzierung der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten jährlich folgende Beiträge:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

§ 58. (1) Die Zweckzuschüsse gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 und 2 sind auf die Länder (Landesfonds) nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

§ 58. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2001 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen,

Burgenland .....	2,572
Kärnten .....	6,897
Niederösterreich .....	14,451
Oberösterreich .....	13,692
Salzburg .....	6,429
Steiermark .....	12,884
Tirol .....	7,982
Vorarlberg .....	3,717
Wien .....	31,376

deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an den Strukturfonds eine Woche vor den gesetzlichen Terminen der Vorschußleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 13 Abs. 1 FAG 2001, BGBl. I Nr. .../2000, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben des Strukturfonds sind auszugleichen.

(2) Der Zweckzuschuß gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 ist mit Wirksamkeit 1. Jänner 1997 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an die Länder (Landesfonds) zu den gesetzlichen Terminen der Vorschußleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 11 Abs. 1 FAG 1997, BGBl. Nr. 746/1996, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Länder (Landesfonds) sind auszugleichen.

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils eine Woche vor dem Ende eines jeden Kalenderviertels an den Strukturfonds zu überweisen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und 15. Jänner des Folgejahres an den Strukturfonds zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 15. März, 15. Juni, 15. September und 15. Dezember an den Strukturfonds zu überweisen.

(3) Der Zweckzuschuß gemäß § 57 Abs. 1 Z 2 ist in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(4) Der Zweckzuschuß gemäß § 57 Abs. 1 Z 3 ist auf die Länder nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland .....	2,559
Kärnten .....	6,867
Niederösterreich .....	14,406
Oberösterreich .....	13,677

## 396 der Beilagen

58

Salzburg .....	6,443
Steiermark .....	12,869
Tirol .....	8,006
Vorarlberg .....	3,708
Wien .....	31,465

(5) Dieser Zweckzuschuß ist in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(6) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und 15. Jänner des Folgejahres an den Strukturfonds zu überweisen.

§ 59. Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist beim Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

§ 59. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 1 und 2 sind auf die Länder (Landesfonds) nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland.....	2,572
Kärnten.....	6,897
Niederösterreich.....	14,451
Oberösterreich.....	13,692
Salzburg .....	6,429
Steiermark .....	12,884
Tirol.....	7,982
Vorarlberg .....	3,717
Wien.....	31,376

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2001 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an die Länder (Landesfonds) zu den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den

gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 13 Abs. 1 FAG 2001, BGBl. I Nr. xxx/2000, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergentnisse oder Guthaben der Länder (Landesfonds) sind auszugleichen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 3 sind auf die Länder nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland.....	2,559
Kärnten.....	6,867
Niederösterreich.....	14,406
Oberösterreich.....	13,677
Salzburg.....	6,443
Steiermark.....	12,869
Tirol.....	8,006
Vorarlberg.....	3,708
Wien.....	31,465

(5) Diese Mittel sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(6) Die Mittel des Strukturfonds gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

1.
  - a) 50 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Oberösterreich,
  - b) 60 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Steiermark,
  - c) 50 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Tirol.
- 2.

Schilling jährlich, bei einem Mehrbedarf jedoch bis zu höchstens 50 Millionen Schilling jährlich, abzuziehen und vom Strukturfonds einzubehalten und

gemäß § 59d und § 59e zu verwenden. Von dem sodann verbleibenden Betrag sind weiters allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 32 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung zu verwenden.

3. festgestellten Ergebnis bestimmt, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Ländern (Landesfonds) nach Maßgabe des § 59c zu überweisen.

4.

(7) Die Mittel gemäß Abs. 1 Z.3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner, wobei die erste Rate am 20. April 2001 fällig ist, an die Länder (Landesfonds) zu überweisen, sofern die Voraussetzungen des § 59c erfüllt sind.

**§ 59a.** Aufgaben des Strukturfonds sind insbesondere

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.

österreichischen Gesundheitswesens;

2000;

**§ 59b.** Organe des Bundes und Beauftragte der Strukturkommission können in die Krankengeschichten und in die die Betriebsführung der Krankenanstalten betreffenden Unterlagen Einsicht nehmen sowie Erhebungen

über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten durchführen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist und sofern es sich um

- 1.
- 2.

handelt.

**§ 59c.** Bei maßgeblichen Verstößen gegen festgelegte Pläne (zB Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation (zB des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. .../2000) hat der Strukturfonds den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

**§ 59d.** (1) Der Strukturfonds hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) zur Erreichung folgender Ziele einzusetzen:

- 1.
- 2.

möglich erfolgen.

(2) Der Strukturfonds hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) an die

- 1.
- 2.

gemäß Abs. 3 bis 5 zu verteilen.

(3) Die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) sind zur Erreichung der in Abs. 1 genannten Ziele gemäß der nachfolgenden Bestimmungen zu verwenden:

- 1.

a) Einrichtung „Regionaler Transplantationsreferenten“ mit der

zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensivseinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen.

- b) Zweckgewidmete pauschalierte Kostenersätze an die spendebetreuenden Krankenanstalten pro gemeldetem und explantiertem Organspender.
- c) Zweckgewidmete Kostenersätze für den Einsatz von Transplantationskoordinatoren in den Transplantationszentren.
- d) Finanzierung der Einrichtung mobiler Hirntoddiagnostik-Teams, die bundesweit bedarfsgerecht, flächendeckend – auf Basis einer Rufbereitschaft – vorgehalten werden sollen.
- e) Abdeckung der Transportkosten, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen.
- f) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von ÖBIG-Transplant.

## 2.

- a) Die HLA-A,B-Typisierung und StammzellspenderInnen-Betreuung. Die Zahl der jährlich zu fördernden HLA-A,B-Typisierungen sowie ihre Aufteilung auf die geeigneten Laboratorien sind jeweils im Voraus von der Strukturkommission auf Vorschlag der Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz zur Weiterentwicklung des österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens festzulegen;
- b) die Suche von Stammzellspendern (Registerfunktion).

## 3.

ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(4) In der Strukturkommission werden einvernehmlich zwischen Bund und Ländern Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens erlassen.

(5) Der jährlich erfolgte Mitteleinsatz ist in einer Jahresabrechnung zu dokumentieren und hinsichtlich der Effizienz zu evaluieren. Für den Fall, dass sich der Mitteleinsatz für Teilbereiche als nicht zielführend erweist, können

die Mittel auf Expertenvorschlag (Transplantationsbeirat des ÖBIG bzw. Kommission gemäß § 8 BMG für die Weiterentwicklung des österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens) für das Folgejahr in der Strukturkommission einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien umgewidmet werden.

**§ 59e.** Über den Einsatz der für die Finanzierung von Planungen und Strukturformen gemäß § 59 Abs. 6 Z. 2 einzubehaltenden Mittel sowie einen Mehrbedarfsentscheidet die Strukturkommission.

**§ 59f.** (1) Organ des Strukturfonds ist die Strukturkommission. Die Strukturkommission ist beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen einzurichten. Die Führung der Geschäfte der Strukturkommission obliegt dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

(2) Die Strukturkommission besteht aus 27 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

(3) Mitglied der Strukturkommission kann nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist.

(4) Ist die Bestellung von Mitgliedern der Strukturkommission erforderlich, so hat das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Stellen schriftlich dazu aufzufordern. Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Strukturkommission Berechtigten von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, so bleiben die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit der Strukturkommission außer Betracht.

(5) Den Vorsitz in der Strukturkommission hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister oder, sofern diese Agenden

durch den Bundesminister einem Staatssekretär zur selbstständigen Besorgung übertragen worden sind, dieser zu führen. Ist der zuständige Bundesminister, oder im Falle der Übertragung der mit der selbstständigen Besorgung beauftragte Staatssekretär verhindert, den Vorsitz zu führen, kann ihn der für die Geschäftsführung der Strukturkommission zuständige leitende Beamte vertreten.

(6) Die Strukturkommission hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.

(7) Die Beschlüsse der Strukturkommission werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen gefaßt, wobei die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder je drei Stimmen haben.

(8) Im Rahmen der Strukturkommission ist von Bund und Ländern eine Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen einzurichten, die sich mit strukturellen Veränderungen im österreichischen Gesundheitswesen und deren Auswirkungen zu befassen hat.

**§ 59g.** Der Strukturfonds hat gegenüber jenen Stellen, die zur Bestellung von Mitgliedern der Strukturkommission berechtigt sind, jährlich Bericht über seine Tätigkeit zu erstatten.

**§ 59h.** Die Gebarung des Strukturfonds unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof.

**§ 59i.** (1) Der Strukturfonds ist von allen Abgaben befreit.

(2) Die vom Strukturfonds in unmittelbarer Erfüllung seiner Aufgaben ausgestellten Schriften und die von ihm abgeschlossenen Rechtsgeschäfte sind von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.

(3) Die finanziellen Leistungen des Strukturfonds an die Landesfonds und die Mittel für Transplantationen unterliegen weder der Umsatzsteuer noch den Steuern vom Einkommen und Vermögen.

**§ 64.** Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Bundesgesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit. Die von den Pflinglingen zu entrichtenden Rechtsgebühren (§ 27a) sind kein Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1994. Die Landesfonds sind von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben

**§ 64.** Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Bundesgesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit. Die von den Pflinglingen zu entrichtenden Rechtsgebühren (§ 27a) sind kein Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1994. Die Landesfonds sind von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben

befreit.

§ 67. (1) ...

(2) Mit der Vollziehung

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Konsumentenschutz,

beträut.

befreit.

§ 67. (1) ...

(2) Mit der Vollziehung

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Generationen,

beträut.

### 3. Titel

#### (Grundsatzbestimmungen)

§ 3. (1) ...

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nicht erteilt werden, wenn insbesondere

a)

in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;

b)

(2a) und (3) ...

(4) Eine Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

a)

Fonds(krankenanstalten) in Anspruch zu nehmen beabsichtigten, überdies eine Bewilligung gemäß Abs. 2a erteilt worden ist;

b)

§ 3. (1) ...

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nicht erteilt werden, wenn insbesondere

a)

Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei der Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;

b)

(2a) und (3) ...

(4) Eine Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

a)

b)

gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;

c)  
d)

(5) bis (8) ...

**§ 4.** (1) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 beziehen, ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind.

(2) ...

**§ 10.** (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Krankenanstalten zu verpflichten:

1.  
4.

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfinglingen zu übermitteln;

5.

(2) bis (5) ...

**§ 11.** (1) ...

gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;

c)  
d)  
e)

(5) bis (8) ...

**§ 4.** (1) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 beziehen, ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind. Dies ist insbesondere nur dann zu erteilen, wenn das Vorhaben dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan entspricht und die vorgesehenen Standards erfüllt sind.

(2) ...

**§ 10.** (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Krankenanstalten zu verpflichten:

1.  
4.

obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfinglingen zu übermitteln;

5.

(2) bis (5) ...

**§ 11.** (1) ...

(2) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand (§ 34) oder Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 7 und 59) erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.

(3) ...

(4) Der Abschluss von Verträgen nach § 148 Z 7 ASVG bedarf, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht das Land ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(5) ...

§ 16. (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn

a)

e)

Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt ist;

f)

(2) ...

#### **Pflege- und Sondergebühren**

§ 27. (1) Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Kosten der Beförderung des Pflégling in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt –, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körpersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den Pflegegebühren nicht inbegriffen.

(2) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand (§ 34) oder Zahlungen aus dem Landesfonds erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. In Ländern, in denen auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 Landesfonds (§ 27b) mit eigener Rechtspersönlichkeit bestehen, kann die Landesgesetzgebung vorsehen, daß die wirtschaftliche Aufsicht durch den Landesfonds wahrgenommen wird.

(3) ...

(4) Der Abschluß von Verträgen nach § 148 Z 10 ASVG bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(5) ...

§ 16. (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn

a)

e)

Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;

f)

(2) ...

#### **LKF-Gebühr; Pflege- und Sondergebühr**

§ 27. (1) Mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Kosten der Beförderung des Pflégling in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt –, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körpersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den LKF-Gebühren oder den

Pflegegebühren nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pflingenden erbracht werden.

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55) dürfen der Berechnung des Schillingwertes je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie der Berechnung der Pflegegebühren nicht zugrunde gelegt werden.

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

- a)
- b)
- c)
- d)

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pflingenden oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung eines Entgelts bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.

**§ 27a.** (1) Von sozialversicherten Pflingenden der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührensätze durch den Landesfonds oder Gebührensätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflichtungstag einzuhoben. Dieser Beitrag darf pro Pflingenden für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen

Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pflingenden erbracht werden.

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55) dürfen der Berechnung der Pflegegebühren nicht zu Grunde gelegt werden.

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

- a)
- b)
- c)
- d)

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pflingenden oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung von Pflegegebühren bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.

**§ 27a.** (1) Von Pflingenden der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührensätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflichtungstag einzuhoben. Dieser Beitrag darf pro Pflingenden für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der

sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(2) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 282/1988 ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.

Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(2) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist von sozialversicherten Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührensätze durch den Landesfonds oder Gebührensätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, durch den Träger der Krankenanstalt ein Beitrag in der Höhe von 20 S pro Verpflegungstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflegung für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Beitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(3) Der Beitrag gemäß Abs. 2 wird von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Sozialversicherungsträger für die Länder (Landesfonds) eingehoben.

(4) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.

**§ 28.** (1) Der Schillingwert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflegung ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Schillingwert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-

**§ 28.** (1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion

Gebühren zur Verrechnung gelangende Schillingwert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Schillingwert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat für alle öffentlichen und gemäß § 16 gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die nicht Fondskrankenanstalten sind, sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über die Landesfonds abgerechnet werden, festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden.

(3) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(4) Die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die LKF-Gebühren, die Pflege- und allfälligen Sondergebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

(5) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.

gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(3) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die Pflege(Sonder)gebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

(4) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten. Ansonsten werden das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren – unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Beihilfe – und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 6, ausschließlich durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung.

(5) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Träger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband andererseits aus einem gemäß Abs. 4 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet eine Schiedskommission. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitparteien gestellt werden.

(6) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Hauptverband nicht zu Stande kommt, entscheidet eine Schiedskommission auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß Abs. 4 zu regelnden Angelegenheiten. Das Gleiche gilt für den

Fall, dass der Träger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluss eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zu Stande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Träger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband gestellt werden.

(7) Wenn ein Antrag nach Abs. 6 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(8) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührensätze nach Abs. 6 ist insbesondere auf die durch den Betrieb der Anstalt entstehenden Kosten, soweit sie bei der Ermittlung der Pflegegebühren zu Grunde gelegt werden dürfen, sowie auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Trägers der Krankenanstalt und der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen.

**§ 29.** (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

#### **Einbringung der LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge**

**§ 30.** (1) Vorschriften über die Einbringung von LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das

#### **Einbringung der Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge**

**§ 30.** (1) Vorschriften über die Einbringung von Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur

Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pfleger selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Entgelten für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfleglinge eine Vorauszahlung auf die zu erwartende LKF-Gebühr oder eine Vorauszahlung der Pflege(Sonder)gebühren für jeweils höchstens 30 Tage und der Kostenbeiträge für jeweils höchstens 28 Tage im Vorhinein zu entrichten ist.

(3) In den nach Abs. 1 von der Landesgesetzgebung zu erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, daß auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfleglinge die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.

**§ 32.** Die LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.

**§ 34.** (1) Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, daß bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, daß sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken.

(2) Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, daß an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.

(3) Die Landesgesetzgebung kann die Regelungen gemäß Abs. 1 und 2

Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pfleger selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Pflege(Sonder)gebühren für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfleglinge die Pflege(Sonder)gebühren für jeweils 30 Tage und die Kostenbeiträge für jeweils 28 Tage im Vorhinein zu entrichten sind.

(3) In den nach Abs. 1 von der Landesgesetzgebung zu erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, daß auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfleglinge die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.

**§ 32.** Die Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.

**§ 34.** Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, daß bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang, vermindert um die Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 57 und 58), in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, daß sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken. Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, daß an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.

für Fondskrankenanstalten durch Finanzierungsregelungen über den Landesfonds zur Gänze oder teilweise ersetzen.

#### § 35. (1) ...

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 11 Abs. 2) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat in dem Falle einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

(3) Durch die Landesgesetzgebung kann vorgesehen werden, daß Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 11 Abs. 2) nicht unterliegen, eine freiwillige Betriebsunterbrechung oder ihre Auflassung eine bestimmte Zeit vorher der Landesregierung anzuzeigen haben.

§ 48. Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pflinglings geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschriften ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch unbeglichenen LKF-Gebühren oder Pflegegebühren auf den Rechtsträger der Krankenanstalt über.

§ 55. Der Bund ersetzt:

- 1.
- 3.

§ 57. (1) Der Bund hat den Ländern (Landesfonds) insgesamt jährlich die folgenden Zweckzuschüsse für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

- 1.

#### § 35. (1) ...

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 11 Abs. 2) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat in dem Falle, dass die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

### 4. Titel

#### (Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

§ 48. Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pflinglings geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschriften ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch unbeglichenen Pflegegebühren auf den Rechtsträger der betreffenden Krankenanstalt über.

§ 55. Der Bund ersetzt:

- 1.
- 3.

#### Zweckzuschüsse des Bundes

§ 57. Zu dem sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebenden Betriebsabgang öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 bezeichneten Art, mit Ausnahme der öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie, leistet der Bund einen Zweckzuschuss, dessen Höhe pro Verpflegstag 10 vH der für die betreffende Krankenanstalt amtlich festgesetzten Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse, höchstens jedoch 18,75 vH des gesamten Betriebsabganges beträgt.

2.

3.

(2) Der Bund hat jährlich Mittel in der Höhe von 1 750 Millionen Schilling an den Strukturfonds (§ 59) zu leisten.

§ 58. (1) Die Zweckzuschüsse gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 und 2 sind auf die Länder (Landesfonds) nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland .....	2,572
Kärnten .....	6,897
Niederösterreich .....	14,451
Oberösterreich .....	13,692
Salzburg .....	6,429
Steiermark .....	12,884
Tirol .....	7,982
Vorarlberg .....	3,717
Wien .....	31,376

(2) Der Zweckzuschuß gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 ist mit Wirksamkeit 1. Jänner 1997 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an die Länder (Landesfonds) zu den gesetzlichen Terminen der Vorschußleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 11 Abs. 1 FAG 1997, BGBl. Nr. 746/1996, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergentüsse oder Guthaben der Länder (Landesfonds) sind auszugleichen.

(3) Der Zweckzuschuß gemäß § 57 Abs. 1 Z 2 ist in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(4) Der Zweckzuschuß gemäß § 57 Abs. 1 Z 3 ist auf die Länder nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

§ 58. Anträge der Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten um Gewährung eines Zweckzuschusses gemäß § 57 sind zugleich mit den hierfür erforderlichen Nachweisen über die finanzielle Gebarung der Krankenanstalt, insbesondere über den Gesamtbettenstand, Bettenbelag, amtlich festgesetzte Pflegegebühren, Einnahmen, Ausgaben und Betriebsabgang vom Landeshauptmann zu prüfen, allenfalls richtig zu stellen und von diesem dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen bis 30. April eines jeden Kalenderjahres vorzulegen.

Burgenland .....	2,559
Kärnten .....	6,867
Niederösterreich .....	14,406
Oberösterreich .....	13,677
Salzburg .....	6,443
Steiermark .....	12,869
Tirol .....	8,006
Vorarlberg .....	3,708
Wien .....	31,465

(5) Dieser Zweckzuschuß ist in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(6) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und 15. Jänner des Folgejahres an den Strukturfonds zu überweisen.

§ 59. Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist beim Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

§ 59. (1) Auf Antrag des Rechtsträgers einer privaten Krankenanstalt der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 dieses Bundesgesetzes als gemeinnützig geführte Krankenanstalt zu betrachten ist, leistet das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz einen Beitrag im Sinne des § 57, dessen Höhe pro Verpflegungstag bis zu 5 vH der für die Krankenanstalt festgesetzten Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse, höchstens jedoch 10 vH des Betriebsabganges betragen darf.

(2) Auf die Behandlung der im Abs. 1 erwähnten Anträge finden die Bestimmungen des § 58 sinngemäß Anwendung. Einem solchen Antrag muss eine Erklärung der Landesregierung angeschlossen sein, dass die betreffende private Krankenanstalt als eine im Sinne der Bestimmungen des § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalt zu betrachten ist.

§ 59a. Aufgaben des Strukturfonds sind insbesondere

- 1.
- 2.
- 3.

§ 59a. Die Gewährung von Zweckzuschüssen nach den §§ 57 bis 59 ist an die Bedingung gebunden, dass die Krankenanstalten ein Buchführungssystem anwenden, das eine Kostenermittlung und eine Kostenstellenrechnung ermöglicht. Eine bundeseinheitliche Form dieses

- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

Buchführungssystem ist durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen festzulegen.

**§ 64.** Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Bundesgesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit. Die von den Pfinglingen zu entrichtenden Kostenbeiträge (§ 27a) sind kein Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1994. Die Landesfonds sind von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben befreit.

**§ 67. (1) ...**

(2) Mit der Vollziehung

Konsumentenschutz,

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

beträut.

**§ 64.** Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Bundesgesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.

**§ 67. (1) ...**

(2) Mit der Vollziehung

Generationen,

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

beträut.

### **Dokumentationsgesetz**

**§ 2. (1) ...**

(2) Die Träger von Krankenanstalten, die auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden, haben keinen Bericht gemäß Abs. 1 vorzulegen. Diese Krankenanstalten haben zu den in den landesgesetzlichen Bestimmungen über die Finanzierung durch den Landesfonds festgelegten Terminen Berichte dem

**§ 2. (1) ...**

(2) Die Träger von Krankenanstalten, die über Landesfonds abgerechnet werden, haben keinen Bericht gemäß Abs. 1 vorzulegen. Diese Krankenanstalten haben zu den in den landesgesetzlichen Bestimmungen über die Finanzierung durch den Landesfonds festgelegten Terminen Berichte dem Land oder dem Landesfonds vorzulegen.

Land oder dem Landesfonds vorzulegen.

(3) Die Berichte gemäß Abs. 1 und 2 und gemäß § 3 haben in maschinenlesbarer Form zu erfolgen und die Diagnosen der im Berichtszeitraum aus stationärer Behandlung entlassenen, verstorbenen oder in andere Krankenanstalten überstellten Pfleglinge sowie die während des stationären Aufenthaltes erbrachten ausgewählten medizinischen Einzelleistungen zu beinhalten.

(4) ...

**§ 3.** (1) Die Länder (Landesfonds) haben – beginnend mit dem Berichtsjahr 1997 – Diagnosen- und Leistungsberichte gemäß § 2 Abs. 3 und 4 der über den Landesfonds abgerechneten Krankenanstalten an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz für folgende Berichtszeiträume spätestens zu folgenden Terminen zu übermitteln:

- 1.
- 2.
- 3.

(2) ...

**§ 5.** Der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz hat die vorgelegten Jahresberichte dem Österreichischen Statistischen Zentralamt in maschinenlesbarer Form zwecks Erstellung einer länderbezogenen Statistik über die Krankenbewegung und deren Veröffentlichung im Gesundheitsstatistischen Jahrbuch zu übermitteln. Die Statistik hat die Krankheitsarten, gegliedert nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, sowie ausgewählte medizinische Einzelleistungen zu enthalten. Zur Sicherstellung der Anonymität sind Einzelfallkategorien durch entsprechend erweiterte Gliederungsbreiten auszuschließen.

(3) Die Berichte gemäß Abs. 1 und 2 und gemäß § 3 haben in maschinenlesbarer Form zu erfolgen und die Diagnosen der im Berichtszeitraum aus stationärer Behandlung entlassenen, verstorbenen oder in andere Krankenanstalten überstellten Pfleglinge sowie die während des stationären Aufenthaltes erbrachten ausgewählten medizinischen Einzelleistungen zu beinhalten. Weiters kann die Verordnung gemäß § 4 vorsehen, dass diese Berichte auch die Daten gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. a, b, d bis g, i und h sowie Z 2 lit. d für die am Ende eines Berichtszeitraumes in der Krankenanstalt Verbleibenden zu enthalten haben.

(4) ...

**§ 3.** (1) Die Länder (Landesfonds) haben Diagnosen- und Leistungsberichte gemäß § 2 Abs. 3 und 4 der über den Landesfonds abgerechneten Krankenanstalten an das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen für folgende Berichtszeiträume spätestens zu folgenden Terminen zu übermitteln:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

(2) ...

**§ 5.** (1) Der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen hat die vorgelegten Jahresberichte dem Österreichischen Statistischen Zentralamt in maschinenlesbarer Form zwecks Erstellung einer länderbezogenen Statistik über die Krankenbewegung und deren Veröffentlichung im Gesundheitsstatistischen Jahrbuch zu übermitteln. Die Statistik hat die Krankheitsarten, gegliedert nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, sowie ausgewählte medizinische Einzelleistungen zu enthalten. Zur Sicherstellung der Anonymität sind Einzelfallkategorien durch entsprechend erweiterte Gliederungsbreiten auszuschließen.

(2) Der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen hat die vorgelegten Berichte dem Strukturfonds, den Ländern, den Landesfonds, dem

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung auf begründetes Verlangen insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

### Hauptstück B

#### Diagnosen- und Leistungsdokumentation im spitalsambulanten Bereich

§ 6. (1) Zur Erarbeitung eines für alle Krankenanstalten Österreichs praktikablen Diagnosen- und Leistungsdokumentationssystems im spitalsambulanten Bereich und zur Erhebung von Datengrundlagen für die Entwicklung eines leistungsorientierten Finanzierungssystems in diesem Bereich ist in einigen ausgewählten Referenzkrankenanstalten eine Datenerhebung im Rahmen eines Pilotprojekts vorzusehen.

(2) Zu diesem Zweck sind gemeinsam mit den Referenzkrankenanstalten für die Dokumentation im spitalsambulanten Bereich geeignete Diagnosen- und Leistungskataloge zu erarbeiten und festzulegen. Des weiteren ist in diesem Pilotprojekt der für die Spitalsambulanzplanerstellung und leistungsorientierte Abrechnung erforderliche Umfang von Diagnosen- und Leistungsberichten im spitalsambulanten Bereich auszuarbeiten und genau zu definieren. Des weiteren ist im Rahmen dieses Pilotprojekts die Periodizität dieser Diagnosen- und Leistungsberichte festzulegen.

(3) Zur Weiterentwicklung des Dokumentationssystems und zur Erarbeitung eines leistungsorientierten Abrechnungssystems haben die ausgewählten Referenzkrankenanstalten anonymisierte Diagnosen- und Leistungsberichte für den spitalsambulanten Bereich an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz zu übermitteln.

§ 8. ...

#### Diagnosen- und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich

§ 6. (1) Zur Erarbeitung eines für alle leistungsanbietenden Gesundheitseinrichtungen im ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, niedergelassener Bereich und selbstständige Ambulatorien) praktikablen Dokumentationssystems ist spätestens ab 1. Juli 2001 auf Grundlage von Vereinbarungen mit leistungsanbietenden Gesundheitseinrichtungen eine geeignete Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Form von Modellversuchen zu erproben. Als Grundlage für die Diagnoseendokumentation ist der Diagnoseschlüssel ICD-10 bzw. ein mit dem Diagnoseschlüssel ICD-10 kompatibler Codierschlüssel, als Grundlage für die Leistungsdokumentation ein praxisorientierter, leicht administrierbarer Leistungskatalog anzuwenden.

(2) Das für den ambulanten Bereich zu erarbeitende Dokumentationssystem soll Daten für die Entwicklung einer österreichweiten alle Gesundheitsbereiche umfassenden Gesundheitsplanung und geeigneter Abrechnungssysteme liefern.

(3) Soweit zur Beurteilung der Modellversuche und als Grundlage für die in Abs. 2 genannten Entwicklungsarbeiten die Übermittlung von Daten erforderlich ist, können diesbezüglich entsprechende Regelungen im Rahmen der Vereinbarungen mit den an den Modellversuchen teilnehmenden Einrichtungen getroffen werden. Dabei dürfen Datenübermittlungen nur in anonymisierter Form und nur im notwendigen Ausmaß vorgesehen werden. Im Rahmen dieser Regelungen sind insbesondere der notwendige Datenumfang, der Datensatzaufbau, die zu verwendenden Datenträger und die Form der Datenübermittlung zu konkretisieren.

§ 8. ...

§ 8a. Der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen hat die vorgelegten Berichte gemäß §§ 7 und 8 dem Strukturfonds, den Ländern, den

Landesfonds, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung auf begründetes Verlangen insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

**§ 10.** Die Träger der Krankenanstalten, die den gemäß § 8 auferlegten Verpflichtungen nicht nachkommen, begehen, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsverletzung und sind mit einer Geldstrafe bis zu 30 000 S zu bestrafen.

**§ 10.** Die Träger der Krankenanstalten, die den gemäß § 8 auferlegten Verpflichtungen nicht nachkommen, begehen, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsverletzung und sind mit einer Geldstrafe bis zu 2 180 x<sup>2</sup> zu bestrafen.

#### Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

**§ 135a.** (1) bis (3) ...

**§ 135a.** (1) bis (3) ...

**§ 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.
- 3.

a) bis d) ...

und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000) und die im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes angeführten Leistungen.

- 4.

(4) Das Nähere über die Fälle, in denen nach den Abs. 2 und 3 kein Behandlungsbeitrag eingehoben werden darf, wird durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen geregelt.

**§ 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 Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung finanziert werden, sind gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

- 1.
- 3.

a) bis d) ...

Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung) und die im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes angeführten Leistungen.

- 4.
- 4a.

Meldungen sind unverzüglich, spätestens jedoch jeweils zum Ende des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats, für alle in diesem Kalendervierteljahr ambulant behandelten Versicherten zu erstatten.

- 5.

- a) bis c) ...
- 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, Versichertenzuständigkeitserklärung, 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.
- 7.
- 9.
- Kostenbeitrag gemäß § 27a KAG und der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 6.
- 10.
- § 149.** (1) bis (4) ...
- (5) § 447f Abs. 6 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der 10%ige Kostenbeitrag von den mit der Krankenanstalt vereinbarten Verpflegskosten zu berechnen und an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist.
- § 150.** (1) und (2) ...
- (3) § 447f Abs. 6 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuß zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist.
- § 322a.** (1) Die sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger werden über ein vom Hauptverband zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.
- a) bis c) ...
- d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen auf elektronischem Weg zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen eines Landesfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versichertenzuständigkeitserklärung, 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.
- 7.
- 9.
- Kostenbeitrag gemäß § 27a KAG und der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7.
- 10.
- § 149.** (1) bis (4) ...
- (5) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der 10%ige Kostenbeitrag von den mit der Krankenanstalt vereinbarten Verpflegskosten zu berechnen und an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist.
- (6) § 148 Z 4a ist anzuwenden.
- § 150.** (1) und (2) ...
- (3) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuß zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist.
- § 322a.** (1) Die sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger werden über ein vom Hauptverband zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.

83

folgenden Abs. 2 bis 7 ausgedrückt.

(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungprozentsatz 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 Gesamterhöhungprozentsatz ist das Produkt der Erhöhungsprozentsätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze bis zum Jahr 1997 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2000 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 447f Abs. 1 zu erfolgen.

(3) ...

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungspflege 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.

(5) bis (8) ...  
§ 447a. (1) ...

(2) Die Mittel des Ausgleichsfonds werden aufgebracht durch:

- 1.
- 2.
- 3.

(3) bis (5) ...

(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungprozentsatz 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 Gesamterhöhungprozentsatz ist das Produkt der Erhöhungsprozentsätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze bis zum Jahr 1997 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2004 hat unter Berücksichtigung der jeweils für diese Jahre geltenden Bestimmungen des § 447f Abs. 1 zu erfolgen.

(3) ...

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungspflege 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 2004 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.

(5) bis (8) ...  
§ 447a. (1) ...

(2) Die Mittel des Ausgleichsfonds werden aufgebracht durch:

- 1.
- 2.
- 3.

(3) bis (5) ...

**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.
- 2.

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.
- 2.
- 3.

1997 entspricht.

**Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die  
Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds**

§ 447f. (1) Die Träger der Sozialversicherung leisten an die Länder (Landesfonds) für die Jahre 2001 bis 2004 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 148 Z.3. Der Pauschalbeitrag für das Jahr 2001 errechnet sich aus dem endgültigen Pauschalbeitrag des Jahres 2000 auf Grund des § 447f Abs. 1 in der am 31. Dezember 2000 geltenden Fassung, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2001 gegenüber dem Jahr 2000 gestiegen sind. Die Pauschalbeiträge für die Jahre 2002, 2003 und 2004 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. Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige und aus den Krankenversicherungsbeiträgen von Zusatzpensionsleistungen sowie Einnahmen aus dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz sind bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 2001 bis 2004 nicht zu berücksichtigen.

(2) Für das Jahr 2001 ist der Pauschalbeitrag nach Abs. 1 vorläufig in der Höhe von 41 200 Millionen Schilling zu überweisen. Der vorläufige Pauschalbeitrag für das Jahr 2002 ist bis zum 31. Dezember 2001 aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages nach endgültiger Abrechnung für das Jahr 2000 auf Grund des § 447f Abs. 1 in der am 31. Dezember 2000 geltenden Fassung, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen der Jahre 2001 und 2002, zu errechnen. Die vorläufigen Pauschalbeiträge für die Jahre 2003 und 2004 sind bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen der Folgejahre, zu errechnen. Die vorläufigen Prozentsätze sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr.

(3) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die Länder (Landesfonds)

- 1.
- 2.

85

(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.  
2.

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

Die endgültige Abrechnung des Pauschalbeitrages hat bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen, wobei Abrechnungsreste unverzüglich zu überweisen sind.

(4) Bei der endgültigen Abrechnung des Pauschalbeitrages sind die tatsächlich eingehobenen Beiträge des zusätzlich zum Spitalskostenbeitrag nach § 27a KAG einzuhebenden Betrages im Ausmaß von jeweils 20 S gegenzuverrechnen.

(5) Die Mittel für die Überweisungen nach Abs. 3 sind unter Berücksichtigung des Abs. 4 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) Die Träger der Krankenversicherung leisten an den Bund (Strukturfonds) für die Jahre 2001 bis 2004 einen Pauschalbeitrag in der Höhe von 1 150 Millionen Schilling. Dieser Pauschalbeitrag ist in vier gleich hohen Quartalsbeträgen jeweils am 25. März, 25. Juni, 25. September und 25. Dezember zu überweisen.

(7) Ausgenommen im ambulanten Bereich hat der (die) Versicherte bei Anstaltspflege eines Angehörigen nach diesem Bundesgesetz und nach dem BSVG und bei Anstaltspflege eines Versicherten nach dem BSVG an das Land (Landesfonds) einen Kostenbeitrag zu leisten. Dieser beträgt für jeden Verpflegstag 10% der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührensätze, vervielfacht mit dem Prozentsatz für das Jahr 1997

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 Pflegegebührenersätze, 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.
- 2.
- 3.

(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, Gesundheit und Soziales vorzulegen.

nach § 28 KAG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995. Diese Beträge sind jährlich anzupassen, wobei die Prozentsätze nach Abs. 1 zweiter und dritter Satz anzuwenden sind. Solange keine endgültigen Prozentsätze vorliegen, sind die vorläufigen Prozentsätze heranzuziehen. Vom Kostenbeitrag ist abzusehen:

- 1.
- 2.
- 3.

(8) Mit den Pauschalbeiträgen der Träger der Sozialversicherung nach Abs. 1 und den Beiträgen der Versicherten nach Abs. 7 an die Länder (Landesfonds) sind alle Leistungen der im § 148 genannten Krankenanstalten insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe des § 148 Z 3 zur Gänze abgegolten.

(9) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung hat die Überweisungen der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe der Abs. 1 bis 6 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 nach § 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 soziale Sicherheit und Generationen vorzulegen.

(10) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 1 unter Berücksichtigung des Abs. 4 werden aufgebracht

- 1.
- 2.

..... Wiener Gebietsl  
 ..... Niederösterreich  
 ..... Burgenländischr

(9) Die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Maßgabe der Abs. 1 bis 5 werden von folgenden Versicherungsträgern aufgebracht:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.
- 21.
- 22.
- 23.
- 24.
- 25.
- 26.
- 27.
- 28.
- 29.
- 30.
- 31.

..... Oberösterreich  
 ..... Steiermärkische  
 ..... Kärntner Gebiet  
 ..... Salzburger Gebi  
 ..... Tiroler Gebietsk  
 ..... Vorarlberger Ge  
 ..... Betriebskrank  
 ..... Versicherungsai  
 ..... Versicherungsai  
 ..... Versicherungsai  
 ..... Sozialversichert

..... Sozialversichert  
 ..... Versicherungsai  
 ..... Versicherungsai  
 ..... Allgemeine Unf  
 ..... Sozialversichert  
 ..... Pensionsversich  
 ..... Pensionsversich  
 ..... Versicherungsai  
 ..... Sozialversichert

Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine sind durch Beschluss der Verbandskonferenz festzulegen.



89

freiwillig Versicherte, für Arbeitslose und der Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der Bauern heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.

(12) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 6 werden aufgebracht

- 1.
- 2.

Prozentsätze des Schlüssels sind auf fünf Dezimalstellen zu runden. Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine sind durch Beschluss der Verbandskonferenz festzulegen, wobei für die Jahre 2001 und 2002 die endgültigen Gesamtbeiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1999 bzw. 2000 zu Grunde zu legen sind.

Übersteigen die Beitragseinnahmen nach Z 1 die für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 6 aufzubringenden Mittel, so ist der Differenzbetrag an die Krankenversicherungsträger unter Anwendung des Schlüssels nach Z 2 rückzuerstatten.

(13) 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 den Überweisungsterminen nach den Abs. 3 und 6 bereits eingetroffen sind.

#### § 567. (1) ...

(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.

(3) Aufgehoben.

(4) bis (9) ...

#### § 567. (1) ...

(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) bis (9) ...

### Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001

**§ 590.** (1) Es treten in Kraft:

- 1.
- 2.

(2) § 447a Abs. 2 Z 2 tritt mit 1. Jänner 2001 außer Kraft.

(3) § 567 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(4) Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz ist für das Jahr 2001 erst für Behandlungsfälle ab dem 1. März 2001 einzuheben. Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu § 148 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. März 2001 in Kraft zu setzen.

(5) Mit Ablauf des 31. Dezember 2004 treten die in § 567 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung – mit Ausnahme der lit. d des § 148 Z. 3 sowie der §§ 322a und 447f – wieder in Kraft.

### Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz

**§ 91a.** (1) bis (3) ...

**§ 91a.** (1) bis (3) ...

(4) Das Nähere über die Fälle, in denen nach den Abs. 2 und 3 kein Behandlungsbeitrag eingehoben werden darf, wird durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen geregelt.

**§ 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) ...

**§ 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, 4 und 6 ASVG sind anzuwenden.

(2) ...

**§ 182a.** Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Bestimmungen des § 28 des Krankenanstaltengesetzes ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

**§ 269.** (1) ...

(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) bis (7) ...

**§ 182a.** Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

**§ 269.** (1) ...

(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.

(3) Aufgehoben.

(4) bis (7) ...

#### **Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001**

**§ 288.** (1) Es treten in Kraft:

- 1.
- 2.

(2) § 269 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2004 treten § 182a und die in § 269 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung – mit Ausnahme des § 182a – wieder in Kraft.

(4) Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz nach § 91a ist für das Jahr 2001 erst für Behandlungsfälle ab dem 1. März 2001 einzuheben.

#### **Bauern-Sozialversicherungsgesetz**

**§ 85a.** (1) bis (3) ...

**§ 85a.** (1) bis (3) ...

(4) Das Nähere über die Fälle, in denen nach den Abs. 2 und 3 kein Behandlungsbeitrag eingehoben werden darf, wird durch Verordnung des

Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen geregelt.

**§ 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 6 ASVG sind anzuwenden.

(2) ...

**§ 170a.** Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Bestimmungen des § 28 des Krankenanstaltengesetzes ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

**§ 258.** (1) ...

(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) bis (7) ...

**§ 170a.** Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

**§ 258.** (1) ...

(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.

(3) Aufgehoben.

(4) bis (7) ...

#### Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001

**§ 277.** (1) Es treten in Kraft:

1.

2.

- (2) § 258 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.  
 (3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2004 treten § 170a und die in § 258 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung – mit Ausnahme des § 170a – wieder in Kraft.  
 (4) Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz nach § 85a ist für das Jahr 2001 erst für Behandlungsfälle ab dem 1. März 2001 einzuheben.

### Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz

**§ 63a.** (1) bis (3) ...

- (4) Das Nähere über die Fälle, in denen nach den Abs. 2 und 3 kein Behandlungsbeitrag eingehoben werden darf, wird durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen geregelt.

**§ 68.** (1) und (2) ...

- (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.

**§ 118a.** Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Bestimmungen des § 28 des Krankenanstaltengesetzes ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

**§ 184.** (1) ...

- (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.

**§ 68.** (1) und (2) ...

- (3) Für Verträge gemäß Abs. 2 ist § 149 Abs. 3, 4 und 6 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.

**§ 118a.** Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

**§ 184.** (1) ...

- (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.

(3) Mit 1. Jänner 2001 treten die in Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung wieder in Kraft.

(4) bis (7) ...

(3) Aufgehoben.

(4) bis (7) ...

**Schlussbestimmungen zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001**

**§ 198.** (1) Die §§ 68 Abs. 3 und 118a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001 treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(2) § 184 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001 tritt rückwirkend mit 1. Oktober 2000 in Kraft.

(3) § 184 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(4) Mit Ablauf des 31. Dezember 2004 treten § 118a und die in § 184 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung – mit Ausnahme der lit. c des § 68 Z 3 und des § 118a – wieder in Kraft.

(5) Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz nach § 63a ist für das Jahr 2001 erst für Behandlungsfälle ab dem 1. März 2001 einzuheben.

**Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz**

**§ 7a.** (1) Die den Landesfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben, werden gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich jeweils in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend gemacht. Die Gebietskrankenkassen reichen diese Forderungen wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiter und überweisen den Landesfonds die von den zuständigen Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald diese bei ihnen eingelangt sind.

(2) und (3) ...

(4) Die Kosten einer Anstaltspflege im Ausland, die die österreichischen Träger der Sozialversicherung auf Grund des innerstaatlichen Rechts oder auf

**§ 7a.** (1) Die den Landesfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004 als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben, werden gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich jeweils in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend gemacht. Die Gebietskrankenkassen reichen diese Forderungen wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiter und überweisen den Landesfonds die von den zuständigen Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald diese bei ihnen eingelangt sind.

(2) und (3) ...

(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.

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 Erstattung 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.

**§ 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.

**§ 9c.** ...

Grund der Verordnung oder eines Abkommens aufzuwenden oder zu erstatten haben, weil die betreffende Person

1.

sind den Trägern der Sozialversicherung aus Mitteln des Bundes gemäß Art. 12 Abs. 4 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 67 641 000 Schilling übersteigen. Dieser Betrag ist für die Jahre 2002 bis 2004 entsprechend Art. 13 Abs. 2 und 3 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 Erstattung 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.

**§ 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.

**§ 9c.** ...

**§ 9d.** (1) § 7a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000 tritt mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(2) § 9b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000 tritt mit 31. Dezember 2000 in Kraft.