

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2001

Ausgegeben am 9. Jänner 2001

Teil I

5. Bundesgesetz: Änderung des Krankenanstaltengesetzes, des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes und des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes (NR: GP XXI RV 396 AB 409 S. 52. BR: 6291 AB 6286 S. 671.)

5. 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. 135/2000, 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 Fondskrankenanstalt) 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 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 statt dessen 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 weiter behandelnden 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 Ambulatorien) 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 Konsiliararztstätigkeit unterlaufen werden.
6. Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll daher eine Beschränkung der Konsiliararztstätigkeit 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 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. 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 Pfleglinge 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 Pfleglingen 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 Anstaltsapothek 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 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 Pfleglinge 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 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 (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 Pflegelingen 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 Pflegelinge 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 Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung werden im LKF-Kernbereich die LKF-Punkte für den einzelnen Pflegeлинг 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 Pflegelingen 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. 5/2001, 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 Pflegeлинг ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Schillingwert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorien-

tierten 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 Beitragsbezirk, 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 Pfleglings 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.

(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 Strukturreformen 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. 3/2001, 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. 3/2001, 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
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 überwiesen, 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. 5/2001) 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 (zirka 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. sieben Mitglieder bestellt die Bundesregierung;
2. je ein Mitglied bestellt jede Landesregierung aus dem Kreis der Mitglieder der jeweiligen Landeskommission;
3. sechs 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 selbständigen Besorgung übertragen worden sind, dieser zu führen. Ist der zuständige Bundesminister, oder im Falle der Übertragung der mit der selbständigen 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 Pfléglingen 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;“

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 Pfléglingen 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 (Pflegebühren) für alle Pfléglinge 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 Pfléglings 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 Pfléglings 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 Pfléglingen 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 Entrich-

tung von Pflegegebühren bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.“

9. § 27a lautet:

„§ 27a. (1) Von Pflegelingen 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 Pflegeling 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 Pflegelingen 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 Pflegeling 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 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.“

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 Rückstandsabweisungen 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 Pfleglings 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 soziale Sicherheit und Generationen 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 Pfléglinge 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 erste Quartal bis 31. Mai des laufenden Jahres,
2. einen Bericht über das erste 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 Krankbewegung 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 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.

(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 2 180 Euro zu bestrafen.“

2. Titel

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

(2) 1. Titel 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. *§ 63b wird aufgehoben.*

1a. *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.“

1b. *(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.*

8a. § 149 Abs. 3 lautet:

„(3) Alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind, im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen sind mit einer Zahlung in der Höhe von 1 000 Millionen Schilling abgegolten. Dieser Betrag ist an einen vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu bestimmenden Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des § 27b KAG abzurechnen. Auf den Fonds ist § 148 Z 8 sinngemäß anzuwenden.“

8b. Nach § 149 Abs. 3 (neu) werden folgende Abs. 3a und 3b eingefügt:

„(3a) Veränderungen des im Abs. 3 erster Satz genannten Betrages sind ab dem Jahr 2003 zwischen dem Hauptverband und der gesetzlichen beruflichen Interessenvertretung der in Betracht kommenden privaten Krankenanstalten zu vereinbaren.

(3b) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen für die nicht im Abs. 3 genannten Krankenanstalten sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Hauptverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.“

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

9a. Im § 149 Abs. 5 wird der Ausdruck „den mit der Krankenanstalt vereinbarten Verpflegskosten“ durch den Ausdruck „dem nach § 150 Abs. 2 zweiter Satz in der Satzung festgesetzten Betrag“ ersetzt sowie nach dem Ausdruck „zu leisten ist“ der Ausdruck „, soweit jedoch Abs. 3 erster Satz anzuwenden ist, vom Träger der Krankenanstalt an den Fonds nach Abs. 3 zweiter Satz zu überweisen ist; die an den Fonds überwiesenen, tatsächlich eingehobenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach Abs. 3 gegenzuverrechnen“ eingefügt.

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

„(6) § 148 Z 4a ist anzuwenden.“

10a. Im § 150 Abs. 1 Einleitung entfällt der Ausdruck „und unaufschiebbar“.

10b. Im § 150 Abs. 1 Z 1 wird nach dem Ausdruck „landesfondsfinanzierte Krankenanstalten“ der Ausdruck „oder Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3“ eingefügt.

10c. § 150 Abs. 2 lautet:

„(2) Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.“

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

11a. Im § 150 Abs. 3 wird der Ausdruck „Pflegekostenzuschuß“ durch den Ausdruck „Pflegekostenzuschuss nach Abs. 2 zweiter Satz“ ersetzt sowie nach dem Ausdruck „einzubehalten ist“ der Ausdruck „, soweit jedoch Abs. 2 erster Satz anzuwenden ist, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz einzubehalten ist; die tatsächlich einbehaltenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach Abs. 3 gegenzuverrechnen“ eingefügt.

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.

14a. Nach § 349 Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den im § 149 Abs. 3 genannten Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden.“

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

15a. Im § 447a Abs. 5 wird der Punkt am Ende der Z 3 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 4 wird eingefügt:

„4. ein Betrag von jährlich 100 Millionen Schilling, erstmals für das Geschäftsjahr 2001, aus Mitteln nach Abs. 4.“

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 gegenzuerrechnen.

(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 Pflegegebührenerätze, 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 Ausgleichfonds 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%,
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. Hierbei 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.

(14) Die Sozialversicherungsträger leisten an den Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz für die Jahre 2002 bis 2004 jährlich einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3. Die Höhe des Pauschalbeitrages richtet sich nach § 149 Abs. 3 und 3a. Die Höhe der vorschussweisen Zahlungen durch die Sozialversicherungsträger sowie deren Fälligkeitstermine sind zwischen dem Hauptverband und dem Fonds vertraglich zu vereinbaren.

(15) die Verbandskonferenz hat mit verbindlicher Wirkung im Sinne des § 31 Abs. 6 zu beschließen, zu welchen Teilen die Überweisungen nach Abs. 14 unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme der Leistungen nach § 149 Abs. 3 im Jahr 1999 von den einzelnen Sozialversicherungsträgern aufzubringen sind. Weiters sind mit diesem Beschluss der Verbandskonferenz die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine festzulegen.

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. 5/2001

§ 590. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2001 die §§ 148, 149 Abs. 5 in der Fassung der Z 9 und Abs. 6, 150 Abs. 3 in der Fassung der Z 11, 322a Abs. 1, 2 und 4, 447a Abs. 5 Z 3 und 4 sowie 447f samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001;
- 1a. mit 1. Jänner 2002 die §§ 149 Abs. 3, 3a, 3b und 5 in der Fassung der Z 9a, 150 Abs. 1 Z 1, Abs. 2 und 3 in der Fassung der Z 11a und 349 Abs. 2a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001;
2. rückwirkend mit 1. Oktober 2000 § 567 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001;

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

(3) Die §§ 63b und 567 Abs. 3 treten 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. 5/2001 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. März 2001 in Kraft zu setzen.

(4a) Am 31. Dezember 2000 geltende, nach § 149 vertraglich festgelegte Verpflegskosten pro Tag für Privatkrankeanstalten, die vom Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind, sind für das Jahr 2001 um 3,3% zu erhöhen.

(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.“

20. Nach § 590 wird folgender § 591 samt Überschrift angefügt:

„Zusätzliche Ausgleichszulage 2001

§ 591. Personen, die im Februar 2001 Anspruch haben auf

1. eine Ausgleichszulage nach § 293 Abs. 1 lit. a sublit. aa oder
 2. eine Ausgleichszulage nach § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb oder lit. b oder lit. c,
- gebührt zu der für Februar 2001 auszahlenden Pension eine zusätzliche Ausgleichszulage; diese beträgt 500 S für Personen nach Z 1 und 350 S für Personen nach Z 2. Bei der Ermittlung des Nettoeinkommens (§ 292 Abs. 3) haben die genannten Beträge außer Betracht zu bleiben. § 299 ist für die zusätzliche Ausgleichszulage nicht anzuwenden; der Aufwand ist vom Bund zu tragen.“

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. § 27b wird aufgehoben.

1a. 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.“

1b. 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.

1c. § 98 Abs. 1 letzter Satz lautet:

„§ 149 Abs. 3, 3a, 3b, 4 und 6 ASVG sind anzuwenden.“

1d. § 98a zweiter und letzter Satz werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz ASVG, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ASVG ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.“

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. 5/2001

§ 288. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2001 die §§ 98 Abs. 1 in der Fassung der Z 1b und 182a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001;
- 1a. mit 1. Jänner 2002 die §§ 98 Abs. 1 in der Fassung der Z 1c und 98a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001;
2. rückwirkend mit 1. Oktober 2000 § 269 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001.

(2) Die §§ 27b und 269 Abs. 3 treten 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. Bis zu diesem Zeitpunkt ist § 86 Abs. 1 in der am 31. Dezember 2000 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(5) Am 31. Dezember 2000 geltende, nach § 149 ASVG vertraglich festgelegte Verpflegskosten pro Tag für Privatkrankenanstalten, die vom Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind, sind für das Jahr 2001 um 3,3% zu erhöhen.“

6. Nach § 288 wird folgender § 289 samt Überschrift angefügt:

„Zusätzliche Ausgleichszulage 2001

§ 289. Personen, die im Februar 2001 Anspruch haben auf

1. eine Ausgleichszulage nach § 150 Abs. 1 lit. a sublit. aa oder

2. eine Ausgleichszulage nach § 150 Abs. 1 lit. a sublit. bb oder lit. b oder lit. c,

gebührt zu der für Februar 2001 auszahlenden Pension eine zusätzliche Ausgleichszulage; diese beträgt 500 S für Personen nach Z 1 und 350 S für Personen nach Z 2. Bei der Ermittlung des Nettoeinkommens (§ 149 Abs. 3) haben die genannten Beträge außer Betracht zu bleiben. § 156 ist für die zusätzliche Ausgleichszulage nicht anzuwenden; der Aufwand ist vom Bund zu tragen.“

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. § 24b wird aufgehoben.

1a. 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.“

1b. 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.

1c. Im § 93 Abs. 1 entfällt der Ausdruck „und unaufschiebbar“.

1d. § 93 Abs. 2 lautet:

„(2) Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz ASVG, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ASVG ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.“

1e. Im § 93 Abs. 3 wird der Ausdruck „Pflegekostenzuschuß“ durch den Ausdruck „Pflegekostenzuschuss nach Abs. 2 zweiter Satz“ ersetzt sowie nach dem Ausdruck „einzubehalten ist“ der Ausdruck „, soweit jedoch Abs. 2 erster Satz anzuwenden ist, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG einzubehalten ist; die tatsächlich einbehaltenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach § 149 Abs. 3 ASVG gegen zu verrechnen“ eingefügt.

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. 5/2001

§ 277. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2001 die §§ 92 Abs. 1, 93 Abs. 1 und 170a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001;

1a. mit 1. Jänner 2002 § 93 Abs. 2 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001;
2. rückwirkend mit 1. Oktober 2000 § 258 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001.

(2) Die §§ 24b und 258 Abs. 3 treten 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. Bis zu diesem Zeitpunkt ist § 80 Abs. 2 in der am 31. Dezember 2000 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(5) Am 31. Dezember 2000 geltende, nach § 149 ASVG vertraglich festgelegte Verpflegskosten pro Tag für Privatkrankeanstalten, die vom Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind, sind für das Jahr 2001 um 3,3% zu erhöhen.“

6. Nach § 277 wird folgender § 278 samt Überschrift angefügt:

„Zusätzliche Ausgleichszulage 2001

§ 278. Personen, die im Februar 2001 Anspruch haben auf

1. eine Ausgleichszulage nach § 141 Abs. 1 lit. a sublit. aa oder
2. eine Ausgleichszulage nach § 141 Abs. 1 lit. a sublit. bb oder lit. b oder lit. c,

gebührt zu der für Februar 2001 auszahlenden Pension eine zusätzliche Ausgleichszulage; diese beträgt 500 S für Personen nach Z 1 und 350 S für Personen nach Z 2. Bei der Ermittlung des Nettoeinkommens (§ 140 Abs. 3) haben die genannten Beträge außer Betracht zu bleiben. § 147 ist für die zusätzliche Ausgleichszulage nicht anzuwenden; der Aufwand ist vom Bund zu tragen.“

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. § 24a wird aufgehoben.

1a. 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.“

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

1c. § 68 Abs. 3 lautet:

„(3) Für Krankenanstalten nach Abs. 2 ist § 149 Abs. 3, 3a, 3b, 4 und 6 ASVG 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.“

1d. § 68a lautet:

„§ 68a. Zu den Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege gebührt ein Pflegekostenzuschuss. Dieser ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz ASVG, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ASVG ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung der Versicherungsanstalt in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.“

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. 5/2001

§ 198. (1) Die §§ 68 Abs. 3 in der Fassung der Z 1b und 118a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(1a) Die §§ 68 Abs. 3 in der Fassung der Z 1c und 68a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 treten mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

(2) § 184 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 tritt rückwirkend mit 1. Oktober 2000 in Kraft.

(3) Die §§ 24a und 184 Abs. 3 treten 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. Bis zu diesem Zeitpunkt ist § 63 Abs. 4 in der am 31. Dezember 2000 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(6) Am 31. Dezember 2000 geltende, nach § 68 Abs. 3 vertraglich festgelegte Verpflegskosten pro Tag – ausgenommen Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz – für Privatkrankenanstalten, die vom Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind, sind für das Jahr 2001 um 3,3% zu erhöhen.

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. § 7a erhält folgende Überschrift: „Beziehungen der Träger zu den Landesfonds und dem Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG in zwischenstaatlichen Fällen“.

1a. 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.

1b. Nach § 7a Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Die Abs. 1 und 2 gelten entsprechend für die dem Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben.“

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. 5/2001 tritt mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(2) § 9b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 tritt mit 31. Dezember 2000 in Kraft.“

4a. Nach § 9d wird folgender § 9e eingefügt:

„§ 9e. Die Überschrift zu § 7a sowie § 7a Abs. 2a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 treten mit 1. Jänner 2002 in Kraft.“

Klestil

Schlüssel