

Vorblatt zu Art. 1 (KAKuG-Novelle)

Probleme:

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung tritt mit 31. Dezember 2004 außer Kraft. Bei keiner Einigung zwischen Bund und Ländern würde die Rechtslage zum 31. Dezember 1977 am 1. Jänner 2005 in Kraft treten.

Bund und Länder kamen überein, die 1997 eingeleitete Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung insbesondere durch die Institutionalisierung einer gesamthaften Planung, Steuerung und Finanzierung weiterzuentwickeln. Die Details der Einigung sind in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geregelt.

Ziele:

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

Inhalt:

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

- Sicherstellung einer verbindlichen österreichweiten Leistungsangebotsplanung, Definition der Grundsätze und der Ziele sowie Verpflichtung der Länder zur Erlassung von Landeskrankenanstaltenplänen, die sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) bzw. des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befinden, durch Verordnung;
- Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung;
- Einrichtung von Landesgesundheitsfonds;
- Verpflichtung der Krankenanstalten, auch Organen von Landesgesundheitsfonds die Einsichtnahme in Krankengeschichten zu ermöglichen;
- Schaffung der Möglichkeit, dass die wirtschaftliche Aufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, auch von den Landesgesundheitsfonds wahrgenommen werden kann;
- Schaffung der Möglichkeit, die Deckung des Betriebsabganges über die Landesgesundheitsfonds durchzuführen;
- Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur;
- Neuregelung der Zweckzuschüsse des Bundes.

Alternative:

Keine, weil die zur Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen und alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, mit 1. Jänner 2005 für die Laufzeit dieser Vereinbarung außer Kraft zu setzen sind. Dazu gehört die Anpassung des Bundeskrankenanstalten- und Krankenanstaltengesetzes.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Dem Bund, den Ländern, Städten und Gemeinden entsteht kein finanzieller Mehraufwand.

EU-Konformität:

Der Entwurf sieht nur Regelungen vor, die nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union fallen.

ERLÄUTERUNGEN zu Art. 1 (KAKuG-Novelle)

I. Allgemeiner Teil

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung tritt mit 31. Dezember 2004 außer Kraft. Bei keiner Einigung zwischen Bund und Ländern würde die Rechtslage zum 31. Dezember 1977 am 1. Jänner 2005 in Kraft treten.

Bund und Länder kamen überein, die 1997 eingeleitete Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung insbesondere durch die Institutionalisierung einer gesamthaften Planung, Steuerung und Finanzierung weiterzuentwickeln. Die Details der Einigung sind in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geregelt.

Auf Grund der KAG-Novelle 2000 treten alle jene Bestimmungen, die die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens umsetzen, mit 31. Dezember 2004 außer Kraft.

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

1. Weiterführung des ÖKAP/GGP bis 31. Dezember 2005. Einführung einer verbindlichen österreichweiten Leistungsangebotsplanung (ÖSG) mit 1. Jänner 2005. Erlassung der Landeskrankenanstaltenpläne, die sich im Rahmen des ÖKAP/GGP bzw. ÖSG befinden (§ 10a);
2. Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan als weitere Voraussetzung für die Erteilung einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung für Krankenanstalten, die auf Grund der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG finanziert werden bzw. finanziert werden sollen (§ 3 Abs. 2a sowie § 3 Abs. 4 lit. a und b);
3. Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (§§ 27, 27b und 28):

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

4. Einrichtung von Landesgesundheitsfonds (§ 27b):

Zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich kamen die Vertragsparteien der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens überein, die Landesgesundheitsfonds zu Landesgesundheitsfonds weiterzuentwickeln. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben haben die Landesgesundheitsfonds die Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur einzuhalten und die gesamtökonomischen Auswirkungen zu berücksichtigen.

5. Verpflichtung der Krankenanstalten, auch Organen von Landesgesundheitsfonds die Einsichtnahme in Krankengeschichten zu ermöglichen (§ 10 Abs. 1 Z 4);
6. Schaffung der Möglichkeit, dass die wirtschaftliche Aufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, von den Landesgesundheitsfonds wahrgenommen werden kann (§ 11 Abs. 2);
7. Schaffung der Möglichkeit, die Deckung des Betriebsabganges über die Landesgesundheitsfonds durchzuführen (§ 34 Abs. 3); Sicherstellung, dass zumindest 51% der laufenden Kosten der Krankenanstalten durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden.
8. Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur (§§ 56a bis 59i);

Die Bundesgesundheitsagentur als öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und die Bundesgesundheitskommission als deren Organ haben zentrale Aufgaben im Rahmen des Gesundheitswesens zu erfüllen. Die Bundesgesundheitsagentur ist eine Weiterentwicklung des Strukturfonds.

Die Bundesgesundheitskommission soll die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung durch die Vorgabe von Grundsätzen planen und steuern. Sie soll für die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche sorgen und strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen forcieren. Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus Rationalisierungspotenziale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren.

9. Neuregelung der Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 57 bis 59).

Im Einklang mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bestimmt die vorliegende Novelle, dass ihr unmittelbar anwendbares Bundesrecht mit 1. Jänner 2005 in Kraft tritt. Weiters hat die Landesgesetzgebung die Ausführungsbestimmungen zu den Grundsatzbestimmungen ebenfalls mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen.

Zuständigkeit:

Die Zuständigkeit des Bundes zur Erlassung dieser Gesetzesnovelle ergibt sich aus Art. 12 Abs. 1 Z 1 (Grundsatzbestimmungen) sowie aus Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (unmittelbar anwendbares Bundesrecht).

II. Besonderer Teil zu Art. 1 (KAKuG-Novelle)

Zu 1. Titel Z 1 (§ 2a Abs. 3):

Korrektur des Zitates.

Zu 1. Titel Z 2 (§ 3 Abs. 2 lit. a):

Klarstellung, dass bei der Bedarfsprüfung im Rahmen des Verfahrens zur Erteilung der Richtungsbewilligung für eine Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums auch das bereits bestehende Versorgungsangebot durch Ambulanzen öffentlicher, privater, gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen zu berücksichtigen ist.

Zu 1. Titel Z 3 (§ 3 Abs. 2a):

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

Die vorliegende Novelle basiert auf der Intention, eine verbindliche österreichweite Leistungsangebotsplanung einzuführen.

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

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

Im Einklang mit der neuen Bestimmung des § 3 Abs. 2a darf einer Fondskrankenanstalt auch die Betriebsbewilligung nur in Übereinstimmung mit den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erteilt werden.

Zu 1. Titel Z 5 (§ 3 Abs. 5):

Den Krankenversicherungsträgern soll die Übertragung des Betriebes ihrer Ambulatorien auf Dritte ermöglicht werden, um eine möglichst effiziente Leistungserbringung sicherzustellen. Auch in den Fällen der Übertragung des Betriebes sollen die Bestimmungen des bisherigen Abs. 5 zur Anwendung gelangen.

Zu 1. Titel Z 6 (§ 4 Abs. 1):

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

Zu 1. Titel Z 7 (§ 10 Abs. 1 Z 4):

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

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

Zu 1. Titel Z 8 (§ 10^o Abs. 1):

Die Vertragsparteien haben sich in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens darauf geeinigt, einen ab 1. Jänner 2006 verbindlichen ÖSG festzulegen. Bis 31. Dezember 2005 ist der geltende ÖKAP/GGP weiterhin verbindlich anzuwenden.

Seitens der Landesgesetzgebung ist daher vorzusehen, dass die Landesregierung für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan zu erlassen hat, der sich im Rahmen des ÖKAP/GGP bzw. ab 1. Jänner 2006 im Rahmen des ÖSG befindet. Der Landeskrankenanstaltenplan kann darüber hinaus auch Planungsvorgaben für den Bereich der nicht über den Landesgesundheitsfonds abzurechnenden Krankenanstalten beinhalten.

Zu 1. Titel Z 9 (§ 11 Abs. 2):

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

Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass die wirtschaftliche Aufsicht durch den Landesgesundheitsfonds erfolgt.

Zu 1. Titel Z 10 (§ 11 Abs. 4):

Hier war eine Zitanpassung notwendig.

Zu 1. Titel Z 11 (§ 16 Abs. 1 lit. e):

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

Zu 1. Titel Z 12 (§ 24 Abs. 2):

Die Vertragsparteien der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens kamen überein, festzulegen, dass die Krankenanstalten bei der Entlassung von Pfléglingen die Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen haben, wenn dies aufgrund der im Arztbrief empfohlenen Arzneimittel erforderlich ist. Dadurch soll dem Pflégling der Weg zum chef- und kontrollärztlichen Dienst der Krankenversicherungsträger erspart werden.

Zu 1. Titel Z 13 (§ 26 Abs. 3):

Mit dieser Bestimmung soll den Trägern der Krankenanstalt die Erbringung ambulanter Leistungen auch durch Vereinbarung mit anderen Krankenanstaltenträgern mit Gruppenpraxen oder anderen ärztlichen Kooperationsformen ermöglicht werden. Im Rahmen dieser Verträge, die der Genehmigung der Landesregierung bedürfen, ist insbesondere sicherzustellen, dass alle einschlägigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes eingehalten werden.

Zu 1. Titel Z 14 (§ 27):

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

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

Weiters sind mit den LKF-Gebühren oder Pflegegebühren Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pfléglings erbracht werden, nicht abgegolten (z.B. Telefon). In diesem Zusammenhang wird darauf zu achten sein, dass durch diese Zusatzleistungen die Abgrenzung gegenüber der für die Sonderklasse typischen besonderen Ausstattung gewahrt bleibt.

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

Zu 1. Titel Z 15 (§ 27b):

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

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

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

Als LKF-Kernbereich wird der Bereich der Finanzierung bezeichnet, der auf den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen beruht. Dieser Teil stellt die Abgeltung des einzelnen Krankenhausfalles dar, wobei davon ausgegangen wird, dass die Behandlung einer bestimmten Diagnosenfallgruppe grundsätzlich

den selben Ressourcenaufwand verursacht - unabhängig etwa von der Größe oder der Lage der jeweiligen Krankenanstalt und unabhängig vom Versorgungsauftrag der Krankenanstalt.

Neben dem LKF-Kernbereich ist im System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung als weitere Finanzierungsebene der LKF-Steuerungsbereich vorgesehen, in dessen Rahmen auf besondere Versorgungsfunktionen der Krankenanstalten Rücksicht genommen werden kann. Als besondere Versorgungsfunktionen gelten ausschließlich:

- Zentralversorgung,
- Schwerpunktversorgung,
- Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und
- Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen

Mit Hilfe des Steuerungsbereiches kann auf die landesspezifischen Erfordernisse insofern Bedacht genommen werden, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppe im Steuerungsbereich nach Maßgabe der Versorgungsfunktion unterschiedlich sein kann.

Im Rahmen der Landesgesundheitsfonds kann weiters eine Investitionsfinanzierung, eine Finanzierung von Projekten, Planungen und krankenhausentlastenden Maßnahmen sowie Ausgleichsmittel vorgesehen sein. Jedenfalls ist sicherzustellen, dass zumindest 51 % der laufenden Kosten der Krankenanstalten (inkl. Abreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden.

Zu 1. Titel Z 16 (§ 28):

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

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

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

Zu 1. Titel Z 17, 18 und 19 (§§ 29, 30 und 32):

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

Zu 1. Titel Z 20 (§ 34):

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

In diesem Zusammenhang ist jedenfalls sicherzustellen, dass zumindest 51% der laufenden Kosten der Krankenanstalten (inkl. Abschreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden.

Im Art. 38 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens verpflichten sich die Länder, dafür zu sorgen, dass es durch die Umstellung auf die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung zu keiner Verschiebung der Anteile an der Aufbringung der Mittel und der Betriebsabgangsdeckung zu Ungunsten der Städte und Gemeinden kommt.

Zu 1. Titel Z 21 und 22 sowie zu 2. Titel Z 1, 2 und 6 (§ 35 Abs. 2, § 42, § 48, § 55 Z 3, und § 64):

Durch die vorliegende Novelle sollen Anpassungen und Ergänzungen im Hinblick auf das vorgesehene System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung erfolgen.

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

Auf Grund der bis 31. Dezember 2004 geltenden Rechtslage (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung sowie KAG-Novelle 2000, BGBl. I Nr. 5/2001) stellt der Bund Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung zur Verfügung.

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

Im Einzelnen ist Folgendes vorgesehen:

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

1. 1,416 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer nach Abzug des im § 9 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005 genannten Betrages und
2. 242.000.537,78 Euro.

Der Bundesgesundheitsagentur hat diese Mittel nach den bisherigen Verteilungsschlüsseln an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

Die Bundesgesundheitsagentur als öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und die Bundesgesundheitskommission als Organ der Bundesgesundheitsagentur haben zentrale Aufgaben des Gesundheitswesens zu erfüllen. Die Bundesgesundheitsagentur ist eine Weiterentwicklung des Strukturfonds.

Die Bundesgesundheitsagentur soll die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung durch die Vorgabe von Grundsätzen planen und steuern. Sie soll für die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche Sorge tragen und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen sowie die Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien unter Wahrung der sozialen, technischen, rechtlichen und ethischen Standards im Gesundheitswesen forcieren. Weiters soll die Bundesgesundheitsagentur durch die Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen dazu beitragen, die Qualität im österreichischen Gesundheitswesen im Interesse der Patientinnen/Patienten sicherzustellen und zu verbessern. Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um bei Sicherstellung des bisherigen Leistungs-niveaus Rationalisierungspotenziale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren.

Der Bundesgesundheitskommission gehören Vertreter des Bundes, der Länder, der Sozialversicherung, der Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden, ein gemeinsamer Vertreter der Österreichischen Bischofskonferenz und des Evangelischen Oberkirchenrates, ein gemeinsamer Vertreter der Patientenvertretungen und der Österreichischen Ärztekammer an.

Die demonstrative Aufzählung der Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur erfolgt im § 59a.

Zur Unterstützung bei der Erfüllung ihrer Aufgaben kann die Bundesgesundheitskommission geeignete Gremien (z.B. Arbeitsgruppen, Steuergruppen etc.) für spezielle Themenbereiche einrichten.

Zur Beratung der Bundesgesundheitsagentur ist eine Bundesgesundheitskonferenz einzurichten, in der alle wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen vertreten sind.

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

Im Zusammenhang mit der Verteilung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds ist insbesondere auf die Regelung des § 59c hinzuweisen, wonach die Bundesgesundheitsagentur bei maßgeblichen Verstößen gegen den Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes bzw. den Österreichischen Strukturplan Gesundheit und bei Verstößen gegen Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation den entsprechenden Länderanteil aus 127.177.459,79 Euro zurückzuhalten hat, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben (ÖKAP/GGP bzw. ÖSG, Qualitätsvorgaben, Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen) entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

Die Organisation der Bundesgesundheitsagentur wird im § 59g geregelt.

Die detaillierten Verteilungsvorschriften der §§ 56a ff, die Vorschriften zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59d) und die Vorschriften über den Einsatz der Mittel für weitere Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung (§ 59e) transformieren vollinhaltlich den entsprechenden Inhalt der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Zu 2. Titel Z 7 (§ 67 Abs. 2):

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

Zu 3. Titel:

Im Einklang mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bestimmt die vorliegende Novelle, dass ihr unmittelbar anwendbares Bundesrecht mit

1. Jänner 2005 in Kraft tritt. Weiters hat die Landesgesetzgebung die Ausführungsbestimmungen zu den Grundsatzbestimmungen ebenfalls mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen.

Vorblatt zu Art. 2 - 6 (Änderungen im Sozialversicherungsrecht)

Änderungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes und des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes

Probleme:

Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2005 bis 2008.

Lösung:

Vornahme notwendiger Anpassungen an die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Alternativen:

Keine.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Auf die finanziellen Bewertungen im Rahmen der Erläuterungen wird verwiesen.

EU-Konformität:

Gegeben.

Erläuterungen zu den Art. 2 - 6 (Änderungen im Sozialversicherungsrecht)

Allgemeiner Teil

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

Neben der Einbindung der Sozialversicherung in die Neustrukturierung des Gesundheitswesens in Form der Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsplattformen und der Regelung über die Aufteilung der dem Gesundheitssystem ab dem Jahr 2005 neu zufließenden Mittel, sehen die die Sozialversicherungsgesetze regelnden Artikel vorwiegend technische Umsetzungen der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vor. In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützen sich die Art. 1 bis 5 auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“) bzw. Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“).

Besonderer Teil (Änderungen im Sozialversicherungsrecht)

Durch die vorgeschlagenen Änderungen soll das ASVG an den Neuabschluss der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, durch die die bisher geltende Spitalsfinanzierung im Wesentlichen für die Jahre 2005 bis 2008 fortgeschrieben wird, angepasst werden. Weiters sollen die strukturellen Maßnahmen hinsichtlich der regionen- und sektorenübergreifenden Planung und Steuerung umgesetzt werden.

Durch die Einführung eines neuen Unterabschnittes (7. Unterabschnitt im Abschnitt V des Ersten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) betreffend die Grundsätze zur Planung und Steuerung der Krankenversicherung soll dem in der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens akkordierten Modell Rechnung getragen, durch die

- Verpflichtung des Hauptverbandes und der Sozialversicherungsträger an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens teilzunehmen (§ 84a Abs. 1 bis 3 ASVG)
- Verpflichtung des Hauptverbandes zur Datenübermittlung an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen für das Dokumentationsgesetz sowie an die Bundesgesundheitsagentur (§ 84a Abs. 1 und 2 ASVG)
- nach dem Grundsatz, dass bei gesundheitsökonomisch begründeten Strukturveränderungen auch das Geld der Leistung folgen soll, haben die Sozialversicherungsträger Mittel für vereinbarte Strukturveränderungen und Projekte zur Leistungsverchiebung zwischen intra- und extramuralen Bereich bereit zu halten (§ 84a Abs. 4 ASVG)
- Verpflichtung der Vertragspartner, die benötigten Daten dem jeweils kostentragenden Versicherungsträger zu übermitteln (§ 84c Abs. 4 ASVG).
- Schaffung einer Verordnungsermächtigung für die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, um einheitliche Kriterien für das Nahtstellenmanagement umzusetzen (§ 84b ASVG).

Die im § 84a Abs. 3 ASVG geregelte Entsendepflicht der Versicherungsträger folgt dem Art. 15 der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG; dieser sieht im Grundsatz eine Parität zwischen Sozialversicherung und Land vor und nennt taxativ die weiteren einzubindenden Institutionen. Die nähere Ausgestaltung obliegt dem jeweiligen Land, wobei bezüglich der Vertretung der Sozialversicherung ausdrücklich auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte Bedacht zu nehmen ist.

Der im § 84a Abs. 4 ASVG normierte Reformpool soll die gesundheitsökonomisch begründeten Strukturveränderungen dadurch ermöglichen, dass die rechnerische Reservierung von Mitteln zunächst als zulässiger gesetzlicher Zweck genannt wird; die tatsächliche Verwendung der Mittel wird von der Umsetzung der Strukturveränderungsmaßnahmen abhängig zu machen sein. Der Begriff „Mittel“ ist im Sinne des Leistungsaufwandes zu verstehen. Eine genauere Definition kann erst erfolgen, wenn die Bundesgesundheitsagentur Leitlinien für den Kooperationsbereich gemäß § 59a Abs. 1 Z 9 KAKuG erstellt hat.

Die vorgesehenen Aufgabenbereiche der Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsfonds erfordern die Verfügbarkeit einer umfangreichen aktuellen Datenbasis aus allen Gesundheitssektoren.

Dementsprechend ist in der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in den Art. 11 Abs. 2, 16 Abs. 2, 32 Abs. 6 und 34 Abs. 4 auf den Datenaustausch Bezug genommen. Die Kosten für die im § 84a Abs. 5 ASVG vorgesehenen Errichtung der Datenpseudo-

nymisierungsstelle sollen von der Sozialversicherung aufgebracht werden, wobei die Ausnahme von der bis zum Jahr 2007 geltenden Verwaltungskostendeckelung des § 609 Abs. 7 ASVG vorgesehen wird.

Die Änderungen der §§ 144, 145, 148, 149, 150, 189, 302, 322a, 332 und 590 ASVG, der §§ 86, 91, 97, 160, 182a, 190 und 288 GSVG, der §§ 80, 89, 90, 91, 152, 170a 178 und 277 BSVG, der §§ 63, 68, 96, 118a und 198 B-KUVG sowie § 7a Abs. 1 und 2 SV-EG dienen der Anpassung an die neuen Institutionen der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Regelung des zeitlichen Wirkungsbereiches bis inklusive 2008.

Vorblatt zu Art. 7 (6. Ärztegesetz-Novelle)

Inhalt:

Durch den Vertrag über den Beitritt der Tschechischen Republik, der Republik Estland, der Republik Zypern, der Republik Lettland, der Republik Litauen, der Republik Ungarn, der Republik Malta, der Republik Polen, der Republik Slowenien und der Slowakischen Republik zur Europäischen Union (Beitrittsvertrag), Amtsblatt der Europäischen Union Nr. L 236 vom 23. September 2003, werden auch die Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise sowie die Richtlinie 78/686/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Zahnarztes und für Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr geändert.

Durch den Entwurf einer 6. Ärztegesetz-Novelle sollen diese Änderungen im Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169, implementiert werden und insbesondere auch der ärzterechtlich gebotene Verweis auf das Ausländerbeschäftigungsgesetz (AuslBG), BGBl. Nr. 218/1975, welches in der Fassung des EU-Erweiterungs-Anpassungsgesetzes, BGBl. I Nr. 28/2004, das Übergangsarrangement hinsichtlich der Beschränkung der Arbeitnehmerfreizügigkeit im Zusammenhang mit der EU-Erweiterung umsetzt, aufgenommen werden.

In diesem Zusammenhang erweisen sich auch die Bestimmungen über die Berufsausübung aufgrund einer Bewilligung als adaptierungsbedürftig.

Darüber hinaus wäre auf Anregung der Österreichischen Ärztekammer und im Sinne einer konsequenten Verfolgung des Gedankens der Verwaltungsvereinfachung und -ökonomie, auch im Bereich der Selbstverwaltung, eine Ausbildungskommission als Organ der Österreichischen Ärztekammer mit Entscheidungskompetenz einzurichten. Ebenso wäre aufgrund aktuellen Handlungsbedarfs das Wohlfahrtsfondsrecht einigen Adaptierungen zuzuführen.

Abschließend wären einzelne legistische Klarstellungen, etwa im Zusammenhang mit der Führung von öffentlichen Daten in der Ärzteliste, zu treffen.

Alternativen:

Im Hinblick auf die Umsetzung der durch den Beitrittsvertrag bedingten Änderungen der Richtlinien 93/16/EWG und 78/686/EWG: Keine.

Im Hinblick auf die übrigen Bestimmungen: Keine

Auswirkungen auf den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Keine Kostenrelevanz für den Bundeshaushalt, die Planstellen des Bundes und für andere Gebietskörperschaften.

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Umsetzung der durch den Beitrittsvertrag bedingten Änderungen in den Richtlinien 93/16/EWG und 78/686/EWG.

Besonderheiten des Normsetzungsverfahrens:

Keine.

Erläuterungen zu Art. 7 (6. Ärztegesetz-Novelle)

Allgemeiner Teil

Hauptgesichtspunkte des Entwurfs:

Durch den Vertrag über den Beitritt der Tschechischen Republik, der Republik Estland, der Republik Zypern, der Republik Lettland, der Republik Litauen, der Republik Ungarn, der Republik Malta, der Republik Polen, der Republik Slowenien und der Slowakischen Republik zur Europäischen Union (Beitrittsvertrag 2003), Amtsblatt der Europäischen Union Nr. L 236 vom 23. September 2003, werden auch die Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise sowie die Richtlinie 78/686/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Zahnarztes und für Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr geändert.

Durch die 6. Ärztegesetz-Novelle werden daher folgende Rechtsakte der Europäischen Gemeinschaften umgesetzt:

Die durch den Beitrittsvertrag 2003 (Akte über die Bedingungen des Beitritts der Tschechischen Republik, der Republik Estland, der Republik Zypern, der Republik Lettland, der Republik Litauen, der Republik Ungarn, der Republik Malta, der Republik Polen, der Republik Slowenien und der Slowakischen Republik und die Anpassungen der die Europäische Union begründenden Verträge), ABl. Nr. L 236 33 vom 23/9/2003 (CELEX Nr. 12003TN02/02/C3), bedingten Änderungen

- der Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise, ABl. Nr. L 165 vom 07/07/1993 S. 0001 – 0024 (CELEX Nr. 31993L0016) sowie
- der Richtlinie 78/686/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Zahnarztes und für Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr, ABl. Nr. L 233 vom 24/08/1978 S. 0001 – 0009 (CELEX Nr. 31978L0686).

In das ÄrzteG 1998 sind die entsprechenden Verweise auf die Richtlinien gemäß den gemeinschaftsrechtlichen Adaptierungen aufzunehmen, die insbesondere die erworbenen Rechte im Zusammenhang mit der Anerkennung von in der ehemaligen Tschechoslowakei, in der ehemaligen Sowjetunion sowie im ehemaligen Jugoslawien erworbenen und in den entsprechenden der Europäischen Union beitretenden Nachfolgestaaten gleichgestellten ärztlichen und zahnärztlichen Befähigungsnachweisen festschreiben.

Der vorliegende Entwurf enthält auch den ärztlich gebotenen Verweis auf das Ausländerbeschäftigungsgesetz (AuslBG), BGBl. Nr. 218/1975, welches in der Fassung des EU-Erweiterungs-Anpassungsgesetzes, BGBl. I Nr. 28/2004, das Übergangsarrangement hinsichtlich der Beschränkung der Arbeitnehmerfreizügigkeit im Zusammenhang mit der EU-Erweiterung umsetzt.

Demzufolge hat jeder derzeitige Mitgliedstaat der Europäischen Union grundsätzlich die Möglichkeit, seine nationalen Regeln für die Zulassung drittstaatsangehöriger Arbeitskräfte zum Arbeitsmarkt und zur grenzüberschreitenden Dienstleistung während einer Übergangsfrist von maximal sieben Jahren für die neuen EU-Bürger (mit Ausnahme von Malta und Zypern) beizubehalten. Das Übergangsarrangement ist auch Bestandteil des am 16. April 2003 von den zehn neuen Mitgliedstaaten in Athen unterzeichneten Beitrittsvertrages, der am 1. Mai 2004 in Kraft trat.

In diesem Zusammenhang erweisen sich auch die Bestimmungen über die Berufsausübung aufgrund einer Bewilligung als adaptierungsbedürftig.

Darüber hinaus wäre auf Anregung der Österreichischen Ärztekammer und im Sinne einer konsequenten Verfolgung des Gedankens der Verwaltungsvereinfachung und -ökonomie, auch im Bereich der Selbstverwaltung, eine Ausbildungskommission als Organ der Österreichischen Ärztekammer mit Entscheidungskompetenz einzurichten. Ebenso wäre aufgrund aktuellen Handlungsbedarfs (Berücksichtigung der Änderungen zur Verordnung 1408/71/EWG) das Wohlfahrtsfondsrecht einigen Adaptierungen zuzuführen.

Abschließend wären einzelne legistische Klarstellungen, etwa im Zusammenhang mit der Führung von öffentlichen Daten in der Ärzteliste, zu treffen.

Kompetenzgrundlage:

Der vorliegende Entwurf stützt sich auf den Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ des Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG sowie hinsichtlich der kammerrechtlichen Bestimmungen auf den Kompetenztatbestand „Einrichtung beruflicher Vertretungen“ des Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG sowie auf Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG.

Besonderer Teil zu Art. 7 (6. Ärztegesetz-Novelle)

Zu Z 2, 3 und 28 (§§ 5 Abs. 1 Z 3 und Abs. 2 Z 4, 19 Z 3 und 4 und 214 Abs. 14):

Durch den Vertrag über den Beitritt der Tschechischen Republik, der Republik Estland, der Republik Zypern, der Republik Lettland, der Republik Litauen, der Republik Ungarn, der Republik Malta, der Republik Polen, der Republik Slowenien und der Slowakischen Republik zur Europäischen Union (Beitrittsvertrag), Amtsblatt der Europäischen Union Nr. L 236 vom 23. September 2003, werden auch die Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise sowie die Richtlinie 78/686/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Zahnarztes und für Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr geändert.

Im Rahmen des ÄrzteG 1998 sind folgende Regelungen in innerstaatliches Recht umzusetzen:

Artikel 9a der Richtlinie 93/16/EWG enthält Sonderbestimmungen betreffend erworbene Rechte bezüglich in der ehemaligen Tschechoslowakei erworbenen und in der Tschechischen Republik bzw. in der Slowakischen Republik gleichgestellten Befähigungsnachweisen des Arztes und des Facharztes, in der ehemaligen Sowjetunion erworbenen und in Estland, Lettland bzw. Litauen gleichgestellten Befähigungsnachweisen des Arztes und des Facharztes sowie im ehemaligen Jugoslawien erworbenen und in Slowenien gleichgestellten Befähigungsnachweisen des Arztes und des Facharztes.

Diese werden als Verweis auf Artikel 9a der Richtlinie 93/16/EWG in § 5 Abs. 1 Z 3 und Abs. 2 Z 4 ÄrzteG 1998 berücksichtigt.

Artikel 7b Abs. 1 bis 3 der Richtlinie 78/686/EWG enthält Sonderbestimmungen betreffend erworbene Rechte bezüglich in der ehemaligen Sowjetunion erworbenen und in Estland, Lettland bzw. Litauen gleichgestellten Befähigungsnachweisen des Zahnarztes. Artikel 7b Abs. 4 der Richtlinie 78/686/EWG enthält eine Sonderbestimmung betreffend erworbene Rechte bezüglich im ehemaligen Jugoslawien erworbenen und in Slowenien gleichgestellten Befähigungsnachweisen des Zahnarztes.

Diese werden als Verweis auf Artikel 7b Abs. 1, 2, 3 und 4 der Richtlinie 78/686/EWG in § 19 Z 3 ÄrzteG 1998 berücksichtigt.

Artikel 19c und 19d der Richtlinie 78/686/EWG enthalten Übergangsregelungen betreffend die Anerkennung von in der ehemaligen Tschechoslowakei, in der Tschechischen Republik bzw. in der Slowakischen Republik vor dem Beitritt erworbenen Befähigungsnachweisen des Arztes, die in ihrem Herkunftsstaat den Befähigungsnachweisen des Zahnarztes gleichgestellt sind.

Diese werden als Verweise auf Artikel 19c und 19d der Richtlinie 78/686/EWG in § 19 Z 4 ÄrzteG 1998 berücksichtigt.

Die erforderlichen Detailregelungen zur Umsetzung des EU-Beitrittsvertrags werden auf Grund der §§ 6 und 20 ÄrzteG 1998 in der EWR-Ärzte- und Zahnärzte-Qualifikationsnachweisverordnung 2004 festgelegt.

Die Regelungen treten mit In-Kraft-Treten des EU-Beitrittsvertrags am 1. Mai 2004 in Kraft.

Zu Z 4 (§ 27 Abs. 1 zweiter Satz):

Im § 27 Abs. 1 ÄrzteG 1998 werden jene Daten aufgezählt, die ex lege als öffentlich gelten. Korrespondierend dazu wird in der Ärzteliste-Verordnung, BGBl. Nr. 392/1995, ebenfalls festgelegt, welche Daten als öffentlich anzusehen sind. In § 3 in Verbindung mit § 2 Z 1 und Z 11 leg.cit. werden über die gesetzliche Ermächtigung hinausgehend sowohl die Eintragungsnummer als auch auf die gegenwärtige ärztliche Verwendung hinweisende Zusätze als öffentliche Daten qualifiziert.

Bei den Eintragungsnummern handelt es sich um Daten, die unter anderem zur Identifikation bei Namensgleichheit dienen, wie es des Öfteren bei Familienangehörigen, die eine Ordinations- und Apparategemeinschaft betreiben, vorkommt, zumal Geburtsdaten nicht als öffentliche Daten zur Verfügung stehen. Die Eintragungsnummern sind als Äquivalent zu anderen Registernummern von öffentlich zugänglichen Verzeichnissen oder zu im Geschäftsverkehr zwingend vorgeschriebenen Ordnungsnummern wie etwa der Firmenbuchnummer oder der Datenverarbeitungsregisternummer anzusehen.

Auch die Veröffentlichung der auf die gegenwärtige ärztliche Verwendung hinweisenden Zusätze gemäß § 43 Abs. 4 liegt im öffentlichen Interesse. So wird beispielsweise von Behörden oftmals die Information gewünscht, welcher Arzt über eine Berechtigung nach dem Strahlenschutzgesetz, BGBl. Nr. 227/1969,

verfügt oder wer zur Führung der Bezeichnung Distrikts-, Gemeinde-, Kreis- und Sprengelarzt im Sinne des § 197 ÄrzteG 1998 befugt ist.

Da alle übrigen Zusätze gemäß § 43 Abs. 4 ebenso als öffentliche Daten im Sinne von § 27 Abs. 2 gelten, scheint die Normierung eines generellen Verweises auf die Zusätze gemäß § 43 Abs. 4 sinnvoll.

Um einen gesetzeskonformen Zustand der Ärzteliste-Verordnung herzustellen, wären daher die genannten Daten in § 27 Abs. 2 aufzunehmen.

Der Anregung der Österreichischen Ärztekammer entsprechend sind auch die von den Ärztekammern in den Bundesländern verliehenen Diplome weiterhin als öffentliche Daten zu führen und daher in den Entwurf aufzunehmen.

Zu Z 5 und 6 (§ 27 Abs. 2a und 7):

§ 27 Abs. 2a in der Fassung des Entwurfs enthält den ärztlich gebotenen Verweis auf das Ausländerbeschäftigungsgesetz (AuslBG), BGBl. Nr. 218/1975, welches in der Fassung des EU-Erweiterungs-Anpassungsgesetzes, BGBl. I Nr. 28/2004, das Übergangsarrangement hinsichtlich der Beschränkung der Arbeitnehmerfreizügigkeit im Zusammenhang mit der EU-Erweiterung enthält.

Demzufolge hat jeder derzeitige Mitgliedstaat der Europäischen Union grundsätzlich die Möglichkeit, seine nationalen Regeln für die Zulassung drittstaatsangehöriger Arbeitskräfte zum Arbeitsmarkt und zur grenzüberschreitenden Dienstleistung während einer Übergangsfrist von maximal sieben Jahren für die neuen EU-Bürger (mit Ausnahme von Malta und Zypern) beizubehalten. Das Übergangsarrangement ist auch Bestandteil des am 16. April 2003 von den zehn neuen Mitgliedstaaten in Athen unterzeichneten Beitrittsvertrages, der am 1. Mai 2004 in Kraft trat.

Wie den Erläuterungen zur Regierungsvorlage des EU-Erweiterungs-Anpassungsgesetzes (414 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXII. GP) zu entnehmen ist, ist gleichzeitig, um den Willen zur schrittweisen Öffnung des Arbeitsmarktes zu unterstreichen, während der Weiteranwendung des nationalen Rechts danach zu trachten, den Arbeitskräften aus den Beitrittsländern einen verbesserten Zugang zum Arbeitsmarkt zu gewähren.

Das Übergangsarrangement sieht vor, dass jenen neuen EU-Bürgern, die zum Zeitpunkt des Beitritts oder danach rechtmäßig im Bundesgebiet beschäftigt sind und ununterbrochen mindestens zwölf Monate in Österreich legal zum Arbeitsmarkt zugelassen waren, freier Zugang zum Arbeitsmarkt gewährt werden muss. Dieses Recht kommt auch Ehegatten und -gattinnen sowie Kindern solcher EU-Bürger zu, wenn sie mit diesen zum Zeitpunkt des Beitritts einen gemeinsamen Wohnsitz in Österreich hatten. Ziehen sie erst nach dem Beitritt zu, müssen sie für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 18 Monaten einen gemeinsamen Wohnsitz haben. Darüber hinaus ist Österreich auf Grund des Beitrittsvertrages verpflichtet, Arbeitskräfte aus den neuen EU-Mitgliedstaaten, unbeschadet der Weiteranwendung der nationalen Zulassungsregeln, gegenüber Arbeitskräften aus Drittstaaten beim Zugang zum Arbeitsmarkt zu bevorzugen (sog. Gemeinschaftspräferenz).

Für die Republik Malta und die Republik Zypern gelten ab dem Beitritt die EU-Arbeitnehmerfreizügigkeit und die EU-Dienstleistungsfreiheit.

Die Erläuterungen zur Regierungsvorlage des EU-Erweiterungs-Anpassungsgesetzes enthalten für Ärzte und Ärztinnen sowie Zahnärzte und Zahnärztinnen aus den Beitrittsländern insbesondere folgende relevante Regelungen:

- Klarstellung, dass neue EU-Bürger und EU-Bürgerinnen für die Dauer der Anwendung des Übergangsarrangements nicht vom Geltungsbereich des AuslBG ausgenommen sind und ihre (Neu-)Zulassung weiterhin nach den Regeln des AuslBG erfolgt;
- Schaffung einer Bestätigung für neue EU-Bürger und EU-Bürgerinnen, deren Ehegatten und Ehegattinnen sowie Kinder mit dem das Recht auf freien Arbeitsmarktzugang nach den Vorgaben des Übergangsarrangements dokumentiert wird;
- Wegfall der aufenthaltsrechtlichen Voraussetzungen für die Erteilung einer Beschäftigungsbewilligung für neue EU-Bürger als Folge der Sichtvermerks- und Niederlassungsfreiheit.

Aus ärztlicher Sicht ist zusammenfassend Folgendes festzuhalten:

Mit dem Beitritt zur Europäischen Union werden die Staatsangehörigen der neuen Mitgliedstaaten hinsichtlich des ärztlichspezifischen Staatsbürgerschaftserfordernisses gleichgestellt, sodass, die Gleichwertigkeit der ärztlichen oder zahnärztlichen Qualifikation vorausgesetzt, keine ärztlichen Besonderheiten für Staatsangehörige der neuen Mitgliedstaaten, die eine ärztliche Tätigkeit in Österreich anstreben, bestehen.

Aufgrund der uneingeschränkten Niederlassungsfreiheit sind Ärzte und Ärztinnen sowie Zahnärzte und Zahnärztinnen aus den neuen Mitgliedstaaten bei Erfüllung der allgemeinen und besonderen Erfordernisse zur freiberuflichen Ausübung des ärztlichen und zahnärztlichen Berufes berechtigt.

Für die ärztliche Berufsausübung im Rahmen eines Dienstverhältnisses haben Ärzte und Ärztinnen sowie Zahnärzte und Zahnärztinnen aus den neuen Mitgliedstaaten (mit Ausnahme von Malta und Zypern) aufgrund des beschriebenen Übergangsarrangements neben den allgemeinen und besonderen Erfordernissen auch die Voraussetzungen des AuslBG zu erfüllen, die anlässlich der Eintragung in die Ärzteliste als zusätzliches Erfordernis für die ärztliche Berufsausübung von der Österreichischen Ärztekammer als vollziehende Behörde (in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in den Bundesländern) zu überprüfen sind (vgl. § 27 Abs. 2a in der Fassung des Entwurfes). In diesem Zusammenhang wird sich die Überprüfung dieses zusätzlichen Erfordernisses in der Kontrolle der Echtheit der vom Antragsteller vorgelegten Bestätigung über die Erfüllung der ausländerbeschäftigungsgesetzlichen Voraussetzungen erschöpfen.

Im Hinblick darauf, dass eine Beschäftigungsbewilligung auch zeitlich befristet ausgestellt werden kann, ist in § 27 Abs. 7 in der Fassung des Entwurfs eine entsprechende befristete Eintragung in die Ärzteliste vorzusehen. Auf ausdrücklichen Wunsch der Österreichischen Ärztekammer soll aus verwaltungsökonomischen Gründen im Fall des Erlöschens der Berufsberechtigung aufgrund einer solchen zeitlichen Befristung von der Erlassung eines Feststellungsbescheides gemäß § 59 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 abgesehen werden können. Unter der Voraussetzung, dass die betreffende Person bereits anlässlich der Eintragung in die Ärzteliste schriftlich davon in Kenntnis gesetzt wird, dass die ärztliche Berufsberechtigung nach Fristablauf von Gesetzes wegen erlischt, scheint es daher durchaus vertretbar, auf die Erlassung eines Feststellungsbescheides gemäß § 59 Abs. 3 leg.cit. zu verzichten.

An dieser Stelle ist nochmals hervorzuheben, dass jenen Ärzten und Ärztinnen sowie Zahnärzten und Zahnärztinnen, die zum Zeitpunkt des Beitritts oder danach rechtmäßig im Bundesgebiet beschäftigt sind und ununterbrochen mindestens zwölf Monate in Österreich legal zum Arbeitsmarkt zugelassen waren, freier Zugang zum Arbeitsmarkt gewährt werden muss.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine rechtmäßige Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung gemäß den §§ 32 und 33 ÄrzteG 1998 einen solchen freien Zugang zum Arbeitsmarkt eröffnet.

Dies bedeutet, dass, die Gleichwertigkeit der Qualifikation vorausgesetzt, die Österreichische Ärztekammer bei einer entsprechenden Antragstellung verpflichtet ist, diese Person aufgrund der §§ 4, 5 oder 5a sowie 18, 19 oder 19a in die Ärzteliste einzutragen.

Eine Bewilligung für ärztliche Tätigkeiten zu Studienzwecken gemäß § 35 leg.cit. eröffnet einen solchen freien Zugang zum Arbeitsmarkt nicht, da eine diesbezügliche Bewilligungsmöglichkeit nach dem AuslBG von vornherein ausscheidet.

Zu betonen ist, dass der freie Zugang zum Arbeitsmarkt auch die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes als Turnusarzt mit einschließt.

Das Recht auf freien Zugang zum Arbeitsmarkt und damit zur uneingeschränkten ärztlichen und zahnärztlichen Berufsausübung kommt auch Ehegatten und Kindern solcher EU-Bürger zu, wenn sie mit diesen zum Zeitpunkt des Beitritts einen gemeinsamen Wohnsitz in Österreich haben. Ziehen sie erst nach dem Beitritt zu, müssen sie für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 18 Monaten einen gemeinsamen Wohnsitz haben.

Zu Z 7 bis 10 und 12 (§§ 32 Abs. 1 und 5 Z 2, 33 Abs. 1 und 5 Z 2 und 35 Abs. 1 Z 2):

Um einer Überfrachtung mit Verweisen auf einzelne Qualifikationsnachweise in den §§ 32 Abs. 1 und 33 Abs. 2 entgegenzuwirken und die Lesbarkeit dieser Bestimmungen zu erleichtern, wird hinsichtlich der für die Erlangung einer entsprechenden Bewilligung zu erbringenden Qualifikationsnachweise unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Adaptierungen durch die 5. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 140/2003, nunmehr einem generellen Verweis auf die Qualifikationsnachweise gemäß den §§ 5, 5a, 18 Abs. 3 oder 4, 19 oder 19a der Vorzug gegeben. Des Weiteren sind die Verweise in § 35 Abs. 1 Z 2 entsprechend zu adaptieren.

Durch die Nennung der allgemeinen Erfordernisse bereits in den §§ 32 Abs. 1 Z 3 und 33 Abs. 1 Z 3 ergibt sich eindeutig, dass sich der vorhin genannte vereinfachte Verweis nicht auch auf die in diesem Verweis enthaltenen allgemeinen Erfordernisse beziehen kann, zudem unter den Begriff des Qualifikationsnachweises nicht auch die allgemeinen Erfordernisse, wie etwa Vertrauenswürdigkeit oder gesundheitliche Eignung, zu subsumieren sind.

Im Hinblick auf die Bestimmung des § 27 Abs. 2a in der Fassung des Entwurfs, wonach für Staatsangehörige der Beitrittsländer bei Erfüllung der Voraussetzungen des AuslBG eine Eintragung in die Ärztelis-

te aufgrund der §§ 5, 5a, 19 und 19a vorzunehmen ist, ergeben sich für die §§ 32 und 33 nachfolgende Konsequenzen.

Staatsangehörige der neuen Mitgliedstaaten haben ab 1. Mai 2004 das Recht, eine Eintragung in die Ärzteliste, insbesondere gemäß den §§ 5 oder 5a sowie 19 und 19a zu beantragen. Bei Erfüllung der allgemeinen und besonderen Voraussetzungen sowie des Erfordernisses gemäß § 27 Abs. 2a in der Fassung des Entwurfs sind diese Personen als approbierte Ärzte und Ärztinnen, Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin, Fachärzte und Fachärztinnen oder Zahnärzte und Zahnärztinnen in die Ärzteliste einzutragen.

Im Hinblick auf mögliche bestehende Bewilligungen von Staatsangehörigen der neuen Mitgliedstaaten gemäß §§ 32 und 33 ist eine legistische Klarstellung über das rechtliche Schicksal dieser Bewilligung zu treffen.

Durch die Adaptierungen der §§ 32 Abs. 5 Z 2 und 33 Abs. 5 Z 2 in der Fassung des Entwurfs, stellt der Tatbestand der §§ 32 Abs. 1 Z 2 und 33 Abs. 1 Z 2 (betreffend die Berechtigung zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß den §§ 4, 5, 5a, 18, 19 und 19a) folglich keinen Grund mehr für eine amtswegige Zurücknahme einer Bewilligung dar.

Sollten Staatsangehörige der neuen Mitgliedstaaten über eine Bewilligung gemäß den §§ 32 oder 33 verfügen, ergibt sich somit aus den §§ 32 Abs. 8 Z 2 und 33 Abs. 8 Z 2 zweifellos, dass diese Bewilligung erlischt, wenn das allgemeine Erfordernis gemäß den §§ 4 Abs. 2 oder 18 Abs. 2 erfüllt und eine Eintragung in die Ärzteliste gemäß § 27 als Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt oder Zahnarzt erfolgt ist.

Durch dieses Regelungsregime kann dem Bedürfnis nach Rechtssicherheit ausreichend Rechnung getragen werden.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass bei Anträgen auf Verlängerung einer Bewilligung gemäß den §§ 32 und 33, die aufgrund der Nichterfüllung des Tatbestandes der §§ 32 Abs. 1 Z 2 oder 33 Abs. 1 Z 2 abweisend zu bescheiden wären, die Österreichische Ärztekammer im Rahmen ihrer behördlichen Manuduktionspflicht insbesondere auf die Möglichkeit der Antragstellung auf Eintragung in die Ärzteliste aufgrund der Bestimmungen der §§ 5, 5a, 19 oder 19a hinzuweisen hat.

Zu Z 11 (§ 34):

Die im Entwurf vorgesehene Aufteilung der Regelung in zwei Absätze soll aufgetretene Auslegungsprobleme beseitigen. Zudem kann durch die Trennung klar zwischen den beiden bei Berufungen von Professoren aus dem Ausland zu lösenden, aber nicht immer kumulativ auftretenden Fragen, nämlich zwischen der Nostrifikation des akademischen Grades (das betrifft sowohl die Humanmedizin als auch die Zahnmedizin) und der Frage der fachärztlichen Berufsberechtigung (das betrifft nur die Humanmedizin) unterschieden werden. Durch diese deutliche Trennung sollen insbesondere im Sinne der gemeinschaftsrechtlichen Bestrebungen zur Förderung der Mobilität und der Beseitigung von Mobilitätshindernissen für Wissenschaftler auch jene Fälle, bei denen zwar das Studium im Inland abgeschlossen, die postpromotionelle Ausbildung jedoch im Ausland absolviert wurde, berücksichtigt werden.

Da es auch Organisationseinheiten für Medizinische Sonderfächer an anderen als den drei Medizinischen Universitäten (dzt. für Gerichtliche Medizin und Forensische Psychiatrie an der Universität Salzburg sowie Sportphysiologie an der Universität Wien) gibt, soll das Wort „Medizinische“ im letzten Satz des Abs. 2 des Entwurfs in Klammer gesetzt werden.

Zu Z 13 (§ 66 Abs. 2 Z 11a):

§ 20 Abs. 2 AuslBG regelt insbesondere, dass vor der Entscheidung über die Ausstellung einer Sicherungsbescheinigung, über die Erteilung einer Beschäftigungsbewilligung und Entsendebewilligung, sofern nicht eine Sicherungsbescheinigung ausgestellt wurde, über den Widerruf einer Beschäftigungsbewilligung, über den Widerruf eines Befreiungsscheines und über die Untersagung der Beschäftigung die zuständigen kollektivvertragsfähigen Körperschaften der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer anzuhören sind. Diese Kompetenz kommt den Ärztekammern in den Bundesländern zu und wäre auf Wunsch der ärztlichen Standesvertretung, unabhängig davon, dass gemäß § 20 Abs. 2 erster Satz AuslBG regelmäßig der Regionalbeirat angehört wird, explizit in den Wirkungsbereich aufzunehmen.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat in seiner Stellungnahme im Rahmen des allgemeinen Begutachtungsverfahrens die Kollektivvertragsfähigkeit für den Bereich der Arbeitnehmer in Frage gestellt. Dazu ist festzuhalten, dass die Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 der Annahme der Kollektivvertragsfähigkeit der Kurien der angestellten Ärzte gemäß § 4 Abs. 1 Arbeitsverfassungsgesetz (ArbVG), BGBl. Nr. 22/1974, nicht entgegen stehen.

Gemäß § 84 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 obliegt der Kurienversammlung der angestellten Ärzte die Wahrnehmung und Förderung der gemeinsamen beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen der an-

gestellten Ärzte, wobei Verhandlungs- und Abschlussbefugnisse der jeweiligen freiwilligen Berufsvereinigung der Arbeitnehmer sowie der Organe der Arbeitnehmerschaft und der Personalvertretungen unberührt bleiben.

Mit der Schaffung der Kurien der angestellten Ärzte, der niedergelassenen Ärzte und der Zahnärzte durch das Ärztegesetz 1998 wurde die Wahrnehmung der spezifischen Interessen dieser Ärzteguppen ermöglicht (vgl. in diesem Zusammenhang auch RV 1386 BlgNR XX. GP) und damit auch die notwendige gesetzliche Grundlage für die Annahme der Kollektivvertragsfähigkeit gelegt.

Insbesondere ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die Bestimmung des § 71 Abs. 4 Ärztegesetz 1998, die unter exakt umschriebenen Voraussetzungen eine Optionsmöglichkeit in die Kurie der angestellten Ärzte vorsieht, die Gegnerunabhängigkeit nicht zu beeinträchtigen vermag, da Ärzte und Ärztinnen, die auch freiberuflich tätig sind, nur dann in die Kurie der angestellten Ärzte aufgenommen werden dürfen, wenn sie überwiegend als angestellte Ärzte und Ärztinnen tätig sind. Durch die überwiegende Angestelltentätigkeit wird jedoch gerade die Eigenschaft als sozialer Gegenspieler ausgeschlossen. Zudem wird durch § 71 Abs. 7 leg.cit., wonach jeder Arzt nur einer Kurie angehören darf, sichergestellt, dass keine Doppelvertretung erfolgt. Im Ergebnis ist aus ärztrechtlicher Sicht die Kollektivvertragsfähigkeit der Kurie der angestellten Ärzte zu bejahen. Diese Sichtweise findet zudem Bestätigung in Judikatur und Schrifttum (vgl. insbesondere *Stärker*, Die Kollektivvertragsfähigkeit der Ärztekammer, Schriftenreihe Recht der Medizin 17, 2001).

Zu Z 14 und 20 (§§ 68 Abs. 4 letzter Satz und 109 Abs. 1 dritter Satz):

Durch § 68 Abs. 4 letzter Satz des Entwurfs soll festgelegt werden, dass eine Verlegung des Dienstortes im Sinne des Abs. 1 Z 1 nicht vorliegt, wenn der Arzt aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften, insbesondere aufgrund von Karenzierung und Dienstzuteilung, vorübergehend im Bereich einer anderen Ärztekammer oder im Ausland, wie z.B. im Rahmen einer Ausbildungsrotation oder von Forschungs- oder Fortbildungsaufenthalten, ärztlich tätig wird. Dies bedeutet, dass der Arzt trotz Dienstortverlegung Mitglied seiner bisherigen Ärztekammer bleibt. Durch diese Regelung ist zudem eine Verwaltungsvereinfachung bei den Ärztekammern in den Bundesländern zu erwarten

In diesem Zusammenhang ist auf die in der 5. Ärztegesetz-Novelle verankerte Verpflichtung der Erstellung eines Rotationskonzeptes für die fachärztliche Ausbildung bis 31. Dezember 2006 durch die Österreichische Ärztekammer hinzuweisen, sodass die vorhin vorgestellte Adaptierung auch unter diesem Blickwinkel zu sehen ist.

Diese Adaptierung ist auch in § 109 Abs. 1 dritter Satz zu berücksichtigen.

Zu Z 15 bis 19 und 22 bis 24 (§§ 97 Z 4, 98 Abs. 1, 5 und 6a, 104, 112 und 115 Abs. 1 zweiter Satz und 3):

Die Ausgestaltung der wohlfahrtsfondsrechtlichen Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 hat insbesondere auch die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (8) (9) (10) (11) (ABl. L 149 vom 5.7.1971, S. 2), zuletzt geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 631/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004, ABl. Nr. L 100 vom 6.4.2004, S. 1, zu berücksichtigen. An dieser Stelle ist auch darauf hinzuweisen, dass diese Verordnung ebenso auf die Schweizerische Eidgenossenschaft anzuwenden ist.

Die in Kürze in Aussicht genommene rechtswirksame Verankerung des Vorschlags für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71, erfordert einige Änderungen im Bereich des Wohlfahrtsfondsrechts, die in den nachstehend angeführten Ziffern umgesetzt werden.

Zu Z 15 (§ 97 Z 4):

Nach der derzeitigen Rechtslage kommen Versorgungsleistungen aus dem Wohlfahrtsfonds nur für Kammerangehörige, Hinterbliebene sowie Kindern von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung in Frage. Scheidet hingegen ein Kammerangehöriger aus einer Ärztekammer aus, ohne dass die Voraussetzungen für den Anfall einer Versorgungsleistung vorliegen (etwa weil er seinen Beruf im Bereich einer anderen Ärztekammer fortsetzt oder weil er aus dem ärztlichen Beruf ausscheidet), so sieht § 115 Ärztegesetz 1998 entweder die Überweisung der Beiträge an eine andere Landesärztekammer oder die Rückerstattung der Beiträge an den Kammerangehörigen selbst mit der Konsequenz vor, dass damit die Leistungsansprüche gegen die Wohlfahrtskasse erlöschen. Dem gegenüber schreibt die Verordnung 1408/71 für Sachverhalte, bei denen ein Arzt aus Österreich in einen anderen EWR-Vertragsstaat oder in

die Schweizerische Eidgenossenschaft migriert (oder umgekehrt), vor, dass die jeweils national erworbenen Ansprüche aufrecht bleiben. In diesen Fällen kommt es daher zu keiner Beitragsrückerstattung an den ausscheidenden Kammerangehörigen (siehe dazu § 115 Abs. 3 des Entwurfs), sodass in der Folge von der Wohlfahrtskasse Versorgungsleistungen auch an ehemalige Kammerangehörige zu gewähren sind.

Durch die Formulierung in § 97 Z 4 des Entwurfs wird zudem klargestellt, dass ehemalige Kammerangehörige, die nicht ins Ausland, sondern in den Bereich einer anderen Landesärztekammer verzogen sind, selbstverständlich keine Leistungsansprüche gegen den ursprünglichen Wohlfahrtsfonds geltend machen können, da deren Beiträge gemäß § 115 Abs. 1 bzw. 2 an die zuständige Landesärztekammer überwiesen wurden.

Zu Z 16 und 19 (§§ 98 Abs. 1 und 104 Abs. 1 bis 3):

Für die Auszahlung von Sterbegeld ist nach der Verordnung 1408/71 jener Staat zuständig, in dem der Verstorbene zuletzt berufstätig war. Es kommt also nicht zu einer Aliquotierung des Sterbegeldes. Vielmehr ist dieses in der vollen, im zuständigen Vertragsstaat vorgesehenen Höhe auszubehalten. Dies würde nach geltender Rechtslage dazu führen, dass die zum Teil verhältnismäßig hohen Todesfallbeihilfen von den Wohlfahrtskassen auch dann zur Gänze ausbezahlt werden müssten, wenn der Arzt auch nur wenige Tage vor der Pensionierung oder, bei aufrechter Berufsberechtigung, vor dem Tod nach Österreich migriert. Dies ist deshalb unbefriedigend, weil gerade die Todesfallbeihilfe in der Regel nach dem Umlageverfahren konzipiert ist und es nach Ansicht der ärztlichen Standesvertretung nicht gerechtfertigt scheint, dass ein zuziehender Arzt, der nur geringfügige Beiträge erbracht hat, ebenso die gesamte Todesfallbeihilfe beziehen können soll.

Unter Sterbegeld im Sinne der Verordnung 1408/71 ist eine Unterstützungsleistung gemeint, die im Zusammenhang mit dem Begräbnis anfallenden Kosten abdecken soll. Die wohlfahrtsfondsrechtliche Todesfallbeihilfe hingegen geht über diesen Zweck hinaus und soll auch eine finanzielle Soforthilfe für die Hinterbliebenen darstellen. Aus diesem Grund wird seitens der ärztlichen Standesvertretung vorgeschlagen, diese beiden Aspekte der Todesfallbeihilfe in eine Bestattungsbeihilfe und eine Hinterbliebenenunterstützung zu trennen und die Bestattungsbeihilfe deutlich niedriger als die bisherige Todesfallbeihilfe anzusetzen.

Durch die im Entwurf vorgeschlagene Zweiteilung könnte bei entsprechenden Migrationsfällen die Begräbnisbeihilfe jedem Arzt, der zuletzt in Österreich tätig war, in voller Höhe gewährt werden, während die Hinterbliebenenunterstützung ebenso wie die Alters- und Invaliditätsversorgung entsprechend der Dauer der Berufstätigkeit in Österreich aliquotiert gewährt werden könnte.

Zu Z 17 (§ 98 Abs. 5 letzter Satz):

Da die Verordnung 1408/71 Beitragsrückerstattungen bzw. -überweisungen im Falle von Migrationen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (und der Schweizerischen Eidgenossenschaft) verbietet, kann es zu sehr kurzen Versicherungsverläufen kommen. Aus administrativen Gründen wäre es daher sinnvoll, geringfügige Leistungsansprüche durch eine nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete Einmalzahlung abzulösen. Die diesbezügliche Möglichkeit soll in der Satzung vorgesehen werden können.

Zu Z 18 (§ 98 Abs. 6a):

Diese Bestimmung dient der Klarstellung, dass die Satzung auch vorsehen kann, dass im Wohlfahrtsfonds einer Ärztekammer auch Einmalleistungen an Pensionisten vorgesehen werden können, wie sie im Übrigen im ASVG-Pensionsbereich seit langem üblich sind. Derzeit fehlt dafür eine klare gesetzliche Grundlage. Damit soll den Ärztekammern die Möglichkeit eingeräumt werden, an Pensionsempfänger Einmalzahlungen zu leisten, die nicht zu einer Erhöhung der Pension in den Folgejahren führt.

Zu Z 21 (§ 109 Abs. 8):

Die auf besonderen Wunsch der Österreichischen Ärztekammer vorgeschlagene Änderung beruht auf den in der praktischen Anwendung des § 109 Abs. 8 Ärztegesetz 1998 bestehenden Schwierigkeiten.

Die derzeitige Regelung stellt ausschließlich auf ein bestimmtes Finanzierungsverfahren und einen bestimmten Deckungsgrad ab. Das unterstellte Finanzierungsverfahren wird in den Wohlfahrtsfonds nur selten herangezogen. Für die überwiegende Anzahl der tatsächlich verwendeten Finanzierungsverfahren fehlten die erforderlichen Berechnungsangaben. Durch die in § 109 Abs. 8 Ärztegesetz 1990 sehr eng gezogenen Grenzen war die Einführung eines Pensionssicherungsbeitrages auch bei Heranziehung gesetzlich vorgesehenen Finanzierungsverfahren nicht möglich, obwohl nach versicherungsmathematischen Grundsätzen die Einführung eines Pensionssicherungsbeitrags dringend geboten wäre.

Die vorgesehene Änderung des § 109 Abs. 8 leg.cit. ist für die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen einer finanziellen Deckung der Ausgaben bei steigender Lebenserwartung im Sinne einer gerechten

Lastenverteilung auf die Generationen erforderlich. Andernfalls würde die Finanzierungslast ausschließlich von den Ärzten und Ärztinnen im Aktivstand zu tragen sein.

§ 109 Abs. 8 leg.cit. wäre daher so abzuändern, dass die definierten versicherungsmathematischen Voraussetzungen mit den in den Wohlfahrtsfonds faktisch gegebenen Voraussetzungen auch tatsächlich übereinstimmen und die Einführung des Pensionssicherungsbeitrages umsetzbar wird.

Der Gesetzgeber hat bei der Erlassung des § 109 Abs. 8 leg.cit. auf einen solidarischen „Generationenvertrag“ abgestellt, der allerdings nur dann erzielt werden kann, wenn auch die Berechnungserfordernisse so gestaltet werden, dass erforderlichenfalls ein Pensionssicherungsbeitrag auch tatsächlich eingehoben werden kann. Da die Voraussetzungen unterschiedlicher Natur sind, ist einer generelleren Formulierung der Vorzug zu geben. Dennoch ist eine willkürliche Anwendung des § 109 Abs. 8 leg.cit. durch umfangreiche Voraussetzungen und das Erfordernis von zwei unabhängigen Gutachten ausgeschlossen.

Nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik stehen zur Bewertung von Pensionsverpflichtungen unterschiedliche Berechnungsverfahren zur Verfügung. Die Auswahl eines geeigneten Berechnungsverfahrens ist von den Rahmenbedingungen des jeweiligen Pensionssystems abhängig.

Bei der Erlassung des § 109 Abs. 8 leg.cit. wurden die Berechnungsverfahren aus Sicht der Versicherungsmathematik zu eng gefasst. Jede Festlegung kann immer nur ganz bestimmte Situationen (z.B. Deckungsgrad des Systems, Bestandszusammensetzung oder Reifegrad des Pensionssystems) abdecken. Bereits bei einer geringfügig anders gelagerten Ausgangssituation können die gewünschten Ziele durch die erfolgte gesetzliche Einschränkung derzeit nicht erreicht werden.

Durch die nunmehr vorgeschlagene Adaptierung des § 109 Abs. 8 leg.cit. soll eine gewisse Flexibilisierung erreicht werden.

Die Einführung eines Pensionssicherungsbeitrags ist dabei an folgende Voraussetzungen gebunden:

1. Vorliegen von nicht pensionswirksamen Beiträgen in gleicher Höhe der Aktiven,
2. keine Beitragssenkungen in den letzten fünf Jahren vor der Einführung des Pensionssicherungsbeitrages,
3. Vorliegen zweier von einander unabhängiger Gutachten von Aktuaren,
4. Einhaltung der anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
5. Ermittlung der versicherungsmathematischen Deckung sowie
6. ein gruppenspezifischer Nachweis der Unterdeckung.

Wie bereits oben dargestellt, ist die Auswahl eines geeigneten Berechnungsverfahrens von den Rahmenbedingungen des Versorgungssystems abhängig. Da für unterschiedliche Gruppen innerhalb eines Versorgungssystems unterschiedliche Rahmenbedingungen vorliegen können, soll der Aktuar die Möglichkeit haben, die erforderliche Auswahl zu treffen (z.B. für unterschiedliche Arten von Umlageverfahren oder für das Kapitaldeckungsverfahren).

Entscheidend für die Auswahl der Berechnungsverfahren ist die Höhe des Kapitaldeckungsgrades.

In einem reinen Umlagesystem werden die Versicherungsmathematiker die Berechnungen nicht mit dem Anwartschaftsdeckungsverfahren durchführen, da damit nicht überprüft werden kann, ob die laufenden Pensionen in jedem Jahr durch ausreichende Beiträge gedeckt sind. In diesem Fall werden die Berechnungen mit einem Simulationsverfahren, das die jährlichen Einnahmen und Ausgaben entsprechend ausweist, durchgeführt werden.

Je höher der Kapitaldeckungsgrad ist, umso eher wird das Anwartschaftsdeckungsverfahren angewendet werden, sofern es offensichtlich ist, dass die laufenden Pensionen immer aus den jährlichen Beiträgen, den Zinsen auf das vorhandene Vermögen und aus dem vorhandenen Vermögen bezahlt werden können.

Bei einem vollständig kapitalgedeckten Pensionssystem wird es in der Regel auch nicht notwendig sein, mit einem offenen Bestand die Berechnungen durchzuführen.

Die Berechnungen mit einem offenen Bestand sind aus Sicht der Versicherungsmathematik zur Beurteilung der Intensität der intergenerativen Verschiebungen der Finanzierungslasten (zukünftige Beitragszahler bzw. derzeitige Pensionsbezieher) notwendig und werden, abhängig von der Intensität, die Grundlage für die Entscheidung zur Einführung eines Pensionssicherungsbeitrages bilden.

Die Versicherungsmathematiker werden daher zuerst zu prüfen haben, welche Berechnungsmethode angewendet werden sollte. Zur Absicherung werden im Zweifelsfall mehrere Berechnungsmethoden zu verwenden sein. Auf Grund dieser Ergebnisse wird in den Gutachten eine entsprechende Empfehlung auszusprechen sein.

In der Regel wird in einem Gutachten mit der Empfehlung zur Einhebung eines Pensionssicherungsbeitrags auch eine Berechnung unter Berücksichtigung des Pensionssicherungsbeitrags erfolgen. Damit werden im Gutachten sowohl der Personenkreis, die Höhe des Pensionssicherungsbeitrags und der Zeitraum der Einhebung von Anfang an determiniert.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass wegen allfälliger Mehrdeutigkeit des in § 109 Abs. 8 leg.cit. verwendeten Begriffs „Sparte“ dieser nunmehr durch den Begriff „Gruppe“ ersetzt werden soll.

Unter „Gruppe“ sind Leistungsberechtigte mit identischen Leistungsmerkmalen (z.B. Witwen nach Leistungsberechtigten) oder gleichartigen Finanzierungsverfahren (z.B. Leistungsberechtigte im Umlageverfahren) zu verstehen. Durch diese Begriffswahl wird sichergestellt, dass in den Satzungen für unterschiedliche Gruppen unterschiedliche Pensionssicherungsbeiträge festgelegt werden können.

Zu Z 22 (§ 112):

Nach der Verordnung 1408/71 ist eine Befreiung von der Beitragspflicht für Ärzte und Ärztinnen, die aus einem anderen EWR-Vertragsstaat oder aus der Schweizerischen Eidgenossenschaft nach Österreich zuziehen, nicht mehr möglich. Dies gilt unabhängig davon, in welchem Alter der Zuzug erfolgt. Dies bedeutet, dass jedenfalls die Befreiungsmöglichkeit für jene Ärzte und Ärztinnen aufzuheben ist, die aus einem anderen EWR-Vertragsstaat oder aus der Schweizerischen Eidgenossenschaft zuziehen.

Die in § 112 Abs. 2 Ärztegesetz 1998 vorgesehene Befreiungsmöglichkeit kann daher nur für jene Ärzte und Ärztinnen aufrechterhalten werden, auf die die Verordnung 1408/71 nicht anwendbar ist.

Dies könnte Ärzte und Ärztinnen betreffen, die entweder eine ärztliche Berufsberechtigung erst nach dem 45. Lebensjahr erlangen oder aus einem Nicht-EWR-Vertragsstaat nach Österreich migrieren und die österreichische Staatsbürgerschaft nach dem 45. Lebensjahr zuerkannt erhalten.

Unter Sachlichkeitsgesichtspunkten scheint es jedoch problematisch, diese im Verhältnis zu den EWR-Migranten und EWR-Migrantinnen wahrscheinlich geringere Anzahl von in höherem Lebensalter neu eintretenden Ärzten und Ärztinnen anders zu behandeln als EWR-Migranten und EWR-Migrantinnen, sodass die Befreiungsmöglichkeit bei erstmaliger Aufnahme in die Ärzteliste nach dem 45. Lebensjahr für alle Ärzte und Ärztinnen aufgegeben wird und versicherungsmathematische Nachteile durch eine geringere Relation zwischen den einbezahlten Beiträgen und den Leistungen vermieden werden.

Weiters gestattet die Verordnung 1408/71 nicht, dass Kammerangehörige aufgrund einer Mitgliedschaft bei einem ausländischen berufsständischen Versorgungswerk von der Beitragspflicht befreit werden, sodass die diesbezügliche in § 112 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 vorgesehene Möglichkeit zu streichen ist (vgl. § 112 Abs. 2 des Entwurfs).

Nach der Verordnung 1408/71 ist es ebenso nicht mehr möglich, von Ärzten und Ärztinnen, die in einem anderen EWR-Vertragsstaat oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft pensionsversichert waren, für die selben Zeiträume Nachzahlungen zu verlangen. Für alle anderen Ärzte und Ärztinnen (also solche, die nicht aus einem EWR-Vertragsstaat oder aus der Schweizerischen Eidgenossenschaft nach Österreich migrieren, bzw. Ärzte und Ärztinnen, die erst nach dem 35. Lebensjahr die ärztliche Berufsberechtigung erlangen) kann jedoch eine Nachzahlung aufrecht bleiben. In Hinblick darauf, dass diese Ärzte und Ärztinnen über keine aliquote Pension aus einem ausländischen Pensionssystem verfügen, kann im Unterschied zu Migranten und Migrantinnen aus einem EWR-Vertragsstaat oder aus der Schweizerischen Eidgenossenschaft eine Nachzahlung durchaus sinnvoll sein. Um hier aber auf die Besonderheiten der jeweiligen Wohlfahrtskasse eingehen zu können, wird in § 112 Abs. 3 des Entwurfs vorgeschlagen, die Regelung einer allfälligen Nachzahlung der Satzung zu überlassen.

Zu Z 23 und 24 (§§ 115 Abs. 1 zweiter Satz und Abs. 3):

Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz in den Bereich einer anderen Ärztekammer, so soll es bei der bisherigen Vorgangsweise bleiben, wonach die Beiträge (allenfalls nach Abzug eines in der Satzung vorgesehenen Abschlags) der zuständigen Ärztekammer überwiesen und von dieser dann die gesamten Leistungsansprüche übernommen werden sollen. Diese Vorgangsweise ist nach geltender Rechtslage allerdings nur auf echte Versorgungsleistungen und insbesondere nicht auf Leistungen der Krankenunterstützung und der Todesfallbeihilfe anzuwenden. Durch die im Entwurf vorgesehene Änderung soll klar gestellt werden, dass auch Beiträge für die zukünftige Bestattungsbeihilfe von der Überweisung ausgenommen sind.

Nach der Verordnung 1408/71 ist es nicht mehr möglich, Beiträge leistungsvernichtend rückzuerstatten, falls ein Arzt oder eine Ärztin in einen anderen EWR-Vertragsstaat oder in die Schweizerische Eidgenossenschaft migriert und dort in einem System der sozialen Sicherheit von der Pensionsversicherungspflicht erfasst wird. Da in diesen Fällen die Leistungspflicht des betreffenden Wohlfahrtsfonds aufrecht bleibt, kann somit keine Beitragsrückerstattung mehr vorgesehen werden.

Es ist davon auszugehen, dass ein Berufswechsel im Inland, ein Wechsel in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis im Inland sowie ein Wechsel in einen Drittstaat von der Verordnung auch dann nicht berührt wird, wenn der Betreffende später in einen EWR-Vertragsstaat oder in die Schweizerische Eidgenossenschaft migriert, insbesondere dann nicht, wenn zwischen der Beitragsrückerstattung und der Wiederaufnahme einer allfälligen Tätigkeit in einem anderen EWR-Vertragsstaat oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft eine Zeitspanne liegt.

Grundsätzlich bestünde die Möglichkeit, an diese Regelung anzuknüpfen und die Beiträge nur dann rückzuerstatten, wenn innerhalb dieser drei Jahre kein Tatbestand gesetzt wurde, der zu einer Pensionsversicherungspflicht in einem EWR-Vertragsstaat oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft führt. Allerdings ist es den Ärztekammern in den Bundesländern im Rahmen der Vollziehung faktisch nicht möglich, einen positiven Nachweis darüber einzuholen, dass der ehemalige Kammerangehörige in keinem anderen EWR-Vertragsstaat oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft berufstätig ist.

Daher soll in § 115 Abs. 3 des Entwurfs der Rückersatz von Beiträgen daran geknüpft werden, dass der Kammerangehörige der Ärztekammer gegenüber bestätigt, nicht in einem anderen EWR-Vertragsstaat oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft erwerbstätig und damit versichert zu sein.

Zu Z 24a und 26a (§§ 118c und 195 Abs. 6f):

Durch die in §§ 118c und 195 Abs. 6f des Entwurfs vorgeschlagenen Adaptierungen soll das Procedere der Verordnungserlassung verdeutlicht und an aktuelle Erfordernisse, unter besonderer Berücksichtigung der Kompatibilität der Qualitätssicherung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung mit dem Gesamtgefüge der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, angepasst werden.

Zu Z 25 und 26 (§§ 120 Z 6a und 128a):

Die mit dem Verwaltungsreformgesetz 2001, BGBl. I Nr. 65/2002, an die Österreichische Ärztekammer übertragenen Aufgaben (Durchführung von Verfahren gemäß den §§ 9 bis 13, 32, 33, 35 und 39 Abs. 2 ÄrzteG 1998) haben gezeigt, dass im Hinblick auf eine effiziente Entscheidungsfindung im Interesse der Antragsteller unter Nutzung bereits vorhandener fachlich-spezialisierten Strukturen die Einrichtung einer Ausbildungskommission als Organ der Österreichischen Ärztekammer dringend erforderlich scheint.

In der Ausbildungskommission sind Delegierte aller Ausbildungskommissionen der Landesärztekammern sowie des Vorstandes der Österreichischen Ärztekammer vertreten, sodass dem demokratischen Prinzip Rechnung getragen wird. Durch die von der Österreichischen Ärztekammer zu erlassende Geschäftsordnung sollen die Struktur und Aufgaben dieses neuen Organs eine nähere Regelung erfahren.

Sowohl das Bundeskanzleramt als auch das Amt der Wiener Landesregierung haben im Rahmen des allgemeinen Begutachtungsverfahrens verfassungsrechtliche Bedenken hinsichtlich der in § 128a Abs. 6 und 7 des Begutachtungsentwurfs vorgesehenen Möglichkeiten der „endgültigen“ Entscheidung durch den Vorstand nach bereits erfolgter Beschlussfassung durch die Ausbildungskommission geäußert. Diese Konstruktion hätte zur Folge, dass die Entscheidung des Vorstandes die Entscheidung der Ausbildungskommission hinfällig werden lässt bzw. an deren Stelle tritt und dass es somit je nach Ermessen eines überstimmten Mitgliedes oder des Präsidenten eine „vorläufige“ Entscheidung der Ausbildungskommission und eine „endgültige“ Entscheidung des Vorstandes gibt.

Der Verfassungsgerichtshof hat mit seinem Erkenntnis VfSlg. 6675/1972 ausgesprochen, dass Regelungen, die es weder den Parteien eines Verfahrens noch den nachprüfend kontrollierenden Gerichtshöfen des öffentlichen Rechts ermöglichen, die Frage nach der Zuständigkeit eines entscheidenden Organs (oder einer entscheidenden Behörde) aus dem Gesetz selbst oder in einer vom Gesetz vorgesehenen Weise festzustellen, dem Recht auf ein Verfahren vor dem gesetzlichen Richter zuwiderlaufen. Die sachliche Zuständigkeit einer Behörde muss im Gesetz selbst festgelegt sein. Art. 18 in Verbindung mit Art. 83 Abs. 2 B-VG verpflichtet sohin den Gesetzgeber zu einer strengen Prüfungsmaßstäben standhaltenden präzisen Regelung der Behördenzuständigkeit (vgl. VfSlg. 10.311/1984). Im Lichte dieser Rechtsprechung scheint insbesondere die bereits erwähnte, in § 128a Abs. 6 und 7 des Begutachtungsentwurfs vorgesehene Möglichkeit, eine Angelegenheit nach bereits erfolgter Beschlussfassung durch die Ausbildungskommission dem Vorstand der Österreichischen Ärztekammer zur „endgültigen“ Entscheidung vorzulegen, hinsichtlich des Erfordernisses der präzisen Regelung der sachlichen Zuständigkeit verfassungsrechtlich bedenklich.

Obwohl diese Bestimmung ausschließlich als Regelung über den internen Willenbildungsprozess in der Österreichischen Ärztekammer zu verstehen ist und in keiner Weise der Rechtsschutz des Antragstellers beeinträchtigt werden soll, wird in Übereinstimmung mit der ärztlichen Standesvertretung nunmehr die alleinige Entscheidungszuständigkeit der Ausbildungskommission festgelegt, sodass § 128a des Entwurfs den verfassungsrechtlichen Vorgaben nach Art. 18 in Verbindung mit Art. 83 Abs. 2 B-VG jedenfalls

entspricht und eine optimale Verfahrensführung nach dem Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 - AVG möglich ist.

Zu Z 27 und 29 (§§ 208 Abs. 2 und 214 Abs. 14):

Diese Adaptierung dient der legislativen Klarstellung, dass das sogenannte „1:1-Prinzip“ in der ärztlichen Ausbildung an Universitätskliniken mit 1. Jänner 2005 in Kraft tritt.

Zu Z 28 (§ 210 Abs. 7 und 8):

Im Hinblick darauf, dass gemäß § 59 Abs. 1 Z 1 der Wegfall einer für die Ausübung des ärztlichen Berufes erforderlichen Voraussetzung zum Erlöschen der Berufsberechtigung führt, ist eine legislative Klarstellung dahingehend geboten, dass am 1. Mai 2004 in Kraft stehende Bewilligungen gemäß den §§ 32, 33 und 35 für Staatsangehörige der neuen Mitgliedsstaaten trotz der ab 1. Mai 2004 möglichen Berechtigung zur Berufsausübung gemäß §§ 4, 5, 5a, 18, 19 oder 19a unberührt bleiben.

Desgleichen sollen Staatsangehörige der neuen Mitgliedstaaten, die zum Zeitpunkt des 1. Mai 2004 gemäß §§ 7 Abs. 6 und 8 Abs. 4 und 5 in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, zum Facharzt, im Hauptfach eines Sonderfaches oder in einem Additivfach stehen, trotz Erfüllung des Staatsbürgerschaftserfordernisses gemäß § 4 Abs. 2 Z 1 ab dem 1. Mai 2004, diese Ausbildungen nach der bisherigen Rechtslage abschließen können.

Vorblatt zu Art. 8 (Novelle zum Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen)**Probleme:**

Im Herbst 2004 einigten sich der Bund und die Länder über die Grundsätze der Weiterführung der im Jahr 1997 begonnenen Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab dem Jahre 2005 und kamen in weiterer Folge überein, die Details dieser Einigung in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neuordnung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu regeln.

Unter anderem werden der Strukturfonds bzw. die Landesfonds durch die Bundesgesundheitsagentur bzw. die Landesgesundheitsfonds ersetzt.

Ziele:

Anpassung des Dokumentationsgesetzes an die neu zu errichtenden Institutionen (Bundesgesundheitsagentur, Landesgesundheitsfonds).

Inhalt:

Ersatz der Bezeichnungen „Strukturfonds“ und „Landesfonds“ durch die Bezeichnungen „Bundesgesundheitsagentur“ und „Landesgesundheitsfonds“.

Alternative:

Keine, weil die zur Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neuordnung und Finanzierung des Gesundheitswesens notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen sind. Dazu gehört als bundesgesetzliche Regelung jedenfalls die Novellierung dieses Bundesgesetzes.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Dem Bund, den Ländern, den Städten und Gemeinden entstehen durch dieses Gesetz keine Kosten.

EU-Konformität:

Der Entwurf sieht nur Regelungen vor, die nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union fallen.

Erläuterungen zu Art. 8 (Novelle zum Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen)

I. Allgemeiner Teil

Hauptgesichtspunkte des Entwurfs

Im Herbst 2004 einigten sich der Bund und die Länder über die Grundsätze der Weiterführung der im Jahr 1997 begonnenen Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab dem Jahre 2005 und kamen in weiterer Folge überein, die Details dieser Einigung in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neuordnung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu regeln.

Unter anderem werden der Strukturfonds bzw. die Landesfonds durch die Bundesgesundheitsagentur bzw. die Landesgesundheitsfonds ersetzt.

Zuständigkeit:

Die Zuständigkeit des Bundes zur Erlassung dieser Gesetzesnovelle ergibt sich aus Art. 10 Abs. 1 Z 13 B-VG.

II. Besonderer Teil

Zu Z 1 (§§ 2, 3, 4 und 7):

Ersatz der Bezeichnungen „Strukturfonds“ und „Landesfonds“ durch die Bezeichnungen „Bundesgesundheitsagentur“ und „Landesgesundheitsfonds“.

Zu Z 2 und 3 (§ 5 Abs. 2 und § 8a):

Ersatz der Bezeichnungen „Strukturfonds“ und „Landesfonds“ durch die Bezeichnungen „Bundesgesundheitsagentur“ und „Landesgesundheitsfonds“.

Zu Z 4 (§ 10):

Ersatz der Bezeichnung „Landesfonds“ durch die Bezeichnungen „Landesgesundheitsfonds“. Anpassung des Zitats im Zusammenhang mit der Neuerlassung des PRIKRAF-Gesetzes.

Z 5 (§ 12):

Die Novelle tritt mit 1. Jänner 2005 in Kraft. Da die Einrichtung der Landesgesundheitsfonds durch die Länder bis spätestens zum 1. Jänner 2006 zu erfolgen hat, ist sicherzustellen, dass so lange es Landesfonds gibt, diese die Funktionen und Aufgaben der Landesgesundheitsfonds wahrnehmen.

Vorblatt zu Art. 9 (Gesundheitsqualitätsgesetz)

Problem:

1. Derzeit gibt es im Bereich des Gesundheitswesens weder ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem noch bundesländerübergreifende Qualitätsarbeit. Vielmehr sind Bestimmungen bzw. Vorgaben hinsichtlich der Qualität bzw. Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nur vereinzelt vorhanden und über verschiedenste Rechtsvorschriften verteilt.
2. Obwohl das Erbringen von Gesundheitsleistungen für die / den Betroffene/n mit mehr oder weniger hohem Risiko verbunden sein kann, gibt es derzeit kaum transparente Vorgaben für die bei der Erbringung dieser Leistungen einzuhaltende Qualität.

Ziel:

1. Intensivierung der Qualitätsarbeit sowie Implementierung eines bundesländer- und sektorenübergreifenden Qualitätssystems zur Verbesserung und Sicherstellung der Qualität im Gesundheitswesen.
2. Schaffung der Möglichkeit, die Erbringung von Gesundheitsleistungen an die Einhaltung von Bundesqualitätsstandards zu binden.

Inhalt:

1. Entwicklung, Implementierung sowie kontinuierliche Weiterentwicklung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz.
2. Verpflichtung zur Einhaltung bestimmter Vorgaben bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen zur Verbesserung und Sicherstellung der Qualität im Gesundheitswesen.

Alternative:

Die Beibehaltung der derzeitigen Situation kann mittel- bis langfristig einerseits dazu führen, dass die Qualität im österreichischen Gesundheitswesen nicht auf einem hohen Niveau gehalten werden kann, andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass das Qualitätsniveau in den Bundesländern bzw. den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens auseinander driftet.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Die angestrebte Intensivierung der Qualitätsarbeit und Schaffung eines „Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen“ kann positive Auswirkungen auf die Beschäftigung haben.

Finanzielle Auswirkungen:

Auf die finanziellen Erläuterungen wird hingewiesen.

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Gemäß dem Artikel 152 EG-Vertrag hat die Europäische Union keine Kompetenz, was die Organisation und Zurverfügungstellung von Gesundheitsleistungen betrifft. Somit ist sie unter dem Titel „Öffentliche Gesundheit“ auch nicht für Qualitätsvorgaben im Bereich von Gesundheitseinrichtungen und -leistungen zuständig. Andererseits beeinflusst die Europäische Union sehr wohl unter dem Titel anderer Kompetenzbereiche (zum Beispiel im Zusammenhang mit dem Binnenmarkt) die Gesundheitssysteme. So gibt es beispielsweise verbindliche EU-Normen hinsichtlich Qualitätsstandards für Arzneimittel, Medizinprodukte, Blut- und Blutprodukte sowie bei der gegenseitigen Anerkennung von Berufsdiplomen für Gesundheitsberufe. Diese Entwicklungen müssen bei zukünftigen Ausgestaltungen des gegenständlichen Gesetzes berücksichtigt werden.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

Erläuterungen zu Art. 9 (Gesundheitsqualitätsgesetz)

Allgemeiner Teil

Hauptgesichtspunkte des Entwurfes:

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die Absicht verbunden, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen. Dem entsprechend ist sektorenübergreifend ein österreichweites, der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen.

Seit Beginn der 90er Jahre wurde die Durchführung von bundesweit angelegten Qualitätsprojekten initiiert und voran getrieben. Diese Aktivitäten entstanden vielfach als Reaktion auf aktuelle gesundheitspolitische Notwendigkeiten. Dazu zählen u.a. Projekte zu den Themen Qualitätsberichterstattung, Patientinnen- und Patientensicherheit und Vermeidung unerwünschter Ereignisse, Strukturqualitätskriterien, Optimierung des Antibiotika-Einsatzes, Optimierung des Verbrauchs von Blutkomponenten, Patientinnen- und Patientenorientierung, Nahtstellenmanagement, Hygiene, Ergebnisqualität und Qualitätssicherung in der mikrobiologischen Diagnostik. Eine Vielzahl von Fachexpertinnen und -experten aus der Praxis hat diese Arbeiten inhaltlich getragen und wissenschaftlich entsprechend begleitet. Die Inhalte und Ergebnisse dieser Projekte und Aktivitäten leisten einen Beitrag dazu, bundesweit, berufs- und sektorenübergreifend einheitliche Vorgaben für die Realisierung eines flächendeckenden österreichweiten Qualitätssystems zu entwickeln.

Darüber hinaus ist im Regierungsprogramm vorgesehen, dass zur Absicherung eines einheitlichen bundesweiten Rahmens Qualitätssicherung und Standards auf Bundesebene gesetzlich geregelt werden.

In Entsprechung der oben erläuterten Vorgaben und Aktivitäten wird nunmehr durch den vorliegenden Gesetzentwurf die Implementierung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems sowie die Einhaltung von Qualitätsvorgaben bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen verbindlich vorgeschrieben.

Um die Vielfalt der in den vergangenen Jahren in Angriff genommenen Qualitätsthemen strukturiert weiter entwickeln zu können, bedarf es einer rechtlichen Klammer, welche einerseits ein gesamtstrategisches Vorgehen sichert und andererseits den bislang gepflegten Ansatz der freiwilligen Mitwirkung an Qualitätsaktivitäten im Gesundheitswesen stärker in Richtung verbindliche Qualitätsarbeit lenkt. Der vorliegende Entwurf eines Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen stellt diese neuen Rahmenbedingungen sicher. Er zeigt auf, welche grundsätzlichen (Koordinierungs-)Aufgaben der Bund zur Schaffung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems im Gesundheitswesen und zur Sicherung der Qualität von Gesundheitsleistungen wahrnehmen wird. Der Gesetzentwurf stellt eine sinnvolle Ergänzung zu den bereits bestehenden qualitätsbezogenen Regelungen dar. Derzeit enthalten etwa 50 Bundesnormen qualitätsrelevante Bestimmungen, welche sich u.a. auf Dokumentationspflichten, die Qualität von Arzneimitteln und Medizinprodukten, auf die Qualität der Ausbildung und Ausübung der Gesundheitsberufe, auf Patientinnen- und Patientenrechte und Qualitätsarbeit im Krankenanstaltenbereich beziehen.

Die inhaltlichen Kernpunkte des Gesetzes beziehen sich auf Vorgaben für die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und der damit in Zusammenhang stehenden Standardentwicklung, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als Dimensionen der Qualitätsarbeit und eines gesamten Qualitätssystems, die Qualitätsberichterstattung, Anreizmechanismen und Kontrollmechanismen zur Qualitätsarbeit. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass sich die Bundesministerin / der Bundesminister in Ausübung ihrer / seiner Aufgaben auf wissenschaftlichen Input unter Sicherung entsprechender Ressourcen stützen kann.

Finanzielle Auswirkungen:

1. Für die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems werden finanzielle Mittel benötigt werden. Über die Höhe der Mittel können keine abschließenden Angaben gemacht werden. Dies deshalb, weil die seitens des Bundes zukünftig verbindlich gemachten Qualitätsstandards in vielen Bereichen bereits Realität sind und gelebt werden, in anderen Bereichen hingegen erst eine Umsetzung erforderlich ist. In manchen derzeit noch wenig bearbeiteten Qualitätsbereichen wird es zukünftig nötig sein, neue Aktivitätsfelder zu erarbeiten, welche einen zusätzlichen Sach- und Personalaufwand erfordern werden. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Ansätze in den einzelnen Bundesländern bzw. den verschiedenen Sektoren unterschiedlich weit gediehen sind. Tendenziell kann jedoch davon ausgegangen werden, dass im Rahmen der erstmaligen Implementierung mehr Mittel benötigt werden als für die laufenden Weiterentwicklungen und dass Qualitätsmaßnahmen mittel- und langfristig zu Kostendämpfungen führen.

2. Die im Zusammenhang mit der Dokumentation und Qualitätsberichterstattung benötigten Mittel können erst nach der Festlegung der Details durch Verordnung ermittelt werden. Einige Anforderungen können bereits auf Basis bestehender Daten- und Informationssysteme mit relativ geringem Sach- und Personalaufwand bewältigt werden. Derzeit läuft ein bundesweites Projekt, in dessen Rahmen unter anderem auch die Kosten für eine zweckmäßige Dokumentation und Qualitätsberichterstattung berechnet werden sollen. Jedenfalls sind diese Kosten etwa durch Einbeziehung bestehender Dokumentationen bzw. vorhandener Daten so gering wie möglich zu halten.
3. Da konkrete Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen erst zu entwickeln sind, ist in diesem Bereich vorerst nur mit geringen Kosten zu rechnen.
4. Wie eine Studie der Fa. SOLVE Consulting für den Bereich der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten zeigte, halten sich die durch die Umsetzung der bereits derzeit in Geltung befindlichen Strukturqualitätskriterien verursachten Kosten in einem vertretbaren Rahmen.
5. Im Zusammenhang mit dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen wird auf Basis des derzeitigen Wissensstandes in der Aufbauphase mit Kosten von insgesamt ca. zwei Millionen Euro gerechnet. Die Kosten für den Vollbetrieb sind von der zukünftigen Schwerpunktsetzung der Arbeiten (u.a. Standards, Anreizmechanismen, Kontrolle) abhängig. Im Vergleich zu ähnlichen Qualitätsorganisationen in anderen EU-Staaten bewegen sich die hier angenommenen Kosten im unteren Bereich.

Kompetenzgrundlage:

Der vorliegende Entwurf stützt sich auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheitswesen).

Dieser Kompetenztatbestand umfasst nach der langjährigen Judikatur des VfGH „Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung (Sanitätspolizei) – es sei denn, dass eine für eine bestimmte Kompetenzmaterie allein typische Abart dieser Gefahr bekämpft wird“ (vgl. VfSlg. 3650, 4609, 7582, 8035).

Nach H. Mayer fallen darunter etwa:

- der allgemeine Schutz der Gesundheit und des Lebens der Menschen gegen Schäden durch ionisierende Strahlen oder
- die Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Besserung, Heilung, Zahlungen an Erkrankte, Schutz anderer Personen). Hiezu zählen beispielsweise das AIDS-Gesetz, das Geschlechtskrankheitengesetz oder das TBC-Gesetz.

Der Entwurf dieses Bundesgesetzes schafft die Grundlage zur Festlegung von Qualitätsstandards für die Erbringung von Gesundheitsleistungen, also die medizinische, therapeutische und pflegerische Betreuung der Patientinnen und Patienten einschließlich Qualitätsstandards für den Betreuungsverlauf. Diese Qualitätsstandards sollen ausschließlich an der jeweiligen Gesundheitsleistung anknüpfen und unabhängig davon, von wem bzw. im Rahmen welcher Organisationsform die Gesundheitsleistungen erbracht werden, gelten.

Der im Jahre 1993 in das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) aufgenommene § 5b (Qualitätssicherung) enthält entsprechend der Kompetenzmaterie „Heil- und Pflegeanstalten“ gemäß Art. 12 B-VG ausschließlich grundsatzgesetzliche Organisationsbestimmungen. So hat gemäß Abs. 1 etwa die Landesgesetzgebung die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen. Weiters sieht Abs. 4 vor, dass in jeder bettenführenden Krankenanstalt eine Kommission für Qualitätssicherung einzurichten ist.

Demgegenüber intendiert der vorliegende Entwurf weder dazu, den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ein bestimmtes Qualitätssystem vorzuschreiben, noch in die innere Organisation einzugreifen. Vielmehr soll die Einhaltung einer bestimmten, österreichweit gleichen Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen sichergestellt werden.

Denkbar ist beispielsweise, dass im Rahmen von Qualitätsstandards für die Erbringung bestimmter medizinischer Leistungen im Sinne des „State of the art“ eine MR-Untersuchung vorzunehmen ist. Diesem Standard kann entsprochen werden, in dem die Leistungserbringerinnen / Leistungserbringer entweder ein MR-Gerät selbst vorhalten oder die Verfügbarkeit des Gerätes auf andere Weise, etwa durch Verträge, sicherstellen. Somit erfolgt durch die Vorgabe des Standards auf der Basis des vorliegenden Gesetzesentwurfes kein Eingriff in die innere Organisation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Im Sinne des VfGH-Erkenntnisses vom 10. Dezember 1959 (VfSlg. 3650) sind Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung der Materie Gesundheitswesen zuzuordnen, wenn es sich nicht um eine für andere Verwaltungsmaterien typische Abart dieser Gefahr handelt.

Grundsätzlich ist jede Gesundheitsleistung – unabhängig davon, von wem bzw. im Rahmen welcher Organisationsform sie erbracht wird - mit mehr oder weniger großen Risiken für die Behandelte / den Behandelten verbunden. Der Gesundheitszustand jener Personen, die eine Gesundheitsleistung nachfragen, ist in aller Regel ohnehin schon beeinträchtigt. Es besteht daher ein großes öffentliches Interesse daran, zusätzliche Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes dieser Personen durch die Vorgabe entsprechender Qualitätsstandards soweit wie möglich zu verhindern.

Der vorliegende Entwurf hat somit die Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen unabhängig davon, wer sie wo erbringt, zum Ziel. Es handelt sich daher um keine für andere Verwaltungsmaterien typische Abart dieser Gefahr.

Besonderer Teil zu Art. 9 (Gesundheitsqualitätsgesetz)

Zu § 1 (Zielsetzung und Grundsätze):

Eine traditionell übliche Betrachtung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen orientiert sich nach deren Zugehörigkeit zu gewissen Institutionen beziehungsweise nach deren Finanzierungsquellen. Diese Betrachtungsweise verhindert jedoch, die Patientin und den Patienten in den Mittelpunkt der Überlegungen zu stellen. Gerade unter dem Blickwinkel der Qualitätsarbeit ist von viel größerer Bedeutung, die Gesundheitsversorgung entlang eines Krankheitsverlaufes sektorenübergreifend sicher zu stellen. Hinzu kommt, dass sich im zukünftigen Gesundheitswesen die traditionellen Grenzen und Aufgabenbeschreibungen zwischen Gesundheitsversorgungseinrichtungen zunehmend auflösen werden. Im wesentlichen gibt es heute als traditionelle Versorgungsstrukturen die Einzelpraxis und die Krankenanstalt. Die Einführung von Gruppenpraxen und das verstärkte Bemühen um Auslagerungen von Spitalsleistungen in den extramuralen Bereich zeigen bereits jetzt auf, dass zukünftig eine Vielfalt unterschiedlicher organisatorischer Versorgungsformen nebeneinander bestehen werden. Daher ist es notwendig, bundesweite Standards für die Leistungserbringung, unabhängig von der Organisationsform, in der sie erfolgt, zu schaffen.

Zur Verdeutlichung dieser Betrachtungsweise sei das Beispiel Dekubitus angeführt. Dabei handelt es sich um throphische Störungen von Geweben (v.a. Haut- und Unterhautgewebe), welche beispielsweise durch Wundliegen verursacht werden. Dekubitus kann in vielen Bereichen der Versorgung, beispielsweise in einer Krankenanstalt, in einem Pflegeheim, aber auch im niedergelassenen Bereich (Ärztin / Arzt, Hauskrankenpflege), auftreten. Durch die Einhaltung von Standards kann das Auftreten von Dekubitus vermieden bzw. die Behandlung auf einem einheitlichen Niveau gesichert werden. Daher ist es sinnvoll, in diesem Bereich bundesweit geltende Qualitätsstandards zu entwickeln und verbindlich zu machen.

Die Notwendigkeit der Einführung bundesweiter Standards sei weiters am Beispiel Diabetes angeführt. Diabetes ist in der Bevölkerung weit verbreitet und zählt zu den chronischen und mit seinen Folgeerkrankungen zu den kostenintensiven Krankheiten. Um den Behandlungserfolg und die Vermeidung von Folgeerkrankungen sicherzustellen und die Selbstverantwortung der Patientin / des Patienten zu fördern und dadurch die Kostenentwicklung in einem vertretbaren Rahmen zu halten, ist effizientes Nahtstellenmanagement (eventuell in Form von Disease/Case Management) eine unabdingbare Voraussetzung. Gerade hier gibt es Mängel im österreichischen Gesundheitswesen, da die qualitätsgesicherte Kooperation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an den Nahtstellen oftmals ungeklärt ist, was dazu führt, dass in der Betreuungskette für die Patientin / den Patienten unnötige und teure Brüche entstehen. Um diese Mängel zu beheben, ist es notwendig, in diesem Bereich bundesweit geltende Qualitätsstandards zu entwickeln und verbindlich zu machen.

Zu § 2 (Begriffsbestimmungen):

Analysiert man in der Literatur auffindbare wissenschaftliche Definitionen von Qualität auf zugrunde liegende Merkmale, so lassen sich folgende Elemente identifizieren: Qualität betrifft die Relation zwischen (definierten) Idealen und der tatsächlichen Realisierung einer Leistung. Die beobachtete Leistung kann entweder ein Produkt, eine Dienstleistung, ein Prozess oder ein System sein. Im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen kann das anzustrebende Ziel (Ideal) nur die Förderung und Bewahrung der Lebensqualität und die Wiederherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten sein. Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen ist nicht einmalig, sondern kontinuierlich zu leisten. Aufgrund der Ergebnisse von regelmäßigen Evaluierungen sind die notwendigen Maßnahmen zu setzen und deren nachhaltige Wirksamkeit zu überprüfen. In anderen Worten ausgedrückt, wird unter Qualitätsarbeit die Fähigkeit verstanden, am richtigen Ort, zur richtigen Zeit die richtige Gesundheitsleistung zu erbringen und diese kontinuierlich zu überprüfen.

Der Begriff „gesamtosterreichisches Qualitätssystem“ umschreibt ein grundsätzliches Koordinierungs-, Unterstützungs-, Förderungs- und Kontrollsystem des Bundes zur Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen. Im Rahmen des gesamtosterreichischen Qualitätssystems wird kein bestimmtes „systemisches Qualitätsmanagementsystem/-modell“ verbindlich eingeführt. Durch diese Vorgehensweise soll einerseits die Flexibilität der Gesundheitsleisterinnen und Gesundheitsleister in der Qualitätsarbeit gestützt werden, andererseits auch die Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementsystemen und -modellen und der Wettbewerb nicht behindert werden. Es ist davon auszugehen, dass durch die kontinuierliche Entwicklung und verbindliche Anwendung von Bundesqualitätsrichtlinien und Bundesqualitätsleitlinien im österreichischen Gesundheitswesen eine Harmonisierung der eingesetzten Qualitätsstrategien und Qualitätsmodelle in einem überschaubaren Zeitraum herbeigeführt wird. Auf internationale Entwicklungen ist jedenfalls Bedacht zu nehmen.

Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen wird im Rahmen ihrer / seiner bundesweiten Vorgaben darauf zu achten haben, bestehende bundesweite Qualitätsaktivitäten in die zukünftige Weiterentwicklung der Gesamtstrategie sinnvoll und ressourcenschonend zu integrieren. Zum Zweck der Sicherstellung der im § 1 festgeschriebenen Grundsätze hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen für eine entsprechende Abstimmung der am österreichischen Qualitätssystem beteiligten Akteurinnen und Akteure Sorge zu tragen. In diesem Zusammenhang sind unter Akteurinnen und Akteuren insbesondere die Vertreterinnen und Vertreter der Finanziers, der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten zu verstehen.

Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird Qualität im Gesundheitswesen im engeren Sinn als die Fähigkeit der Gesundheitsleistungserbringerinnen und -erbringer verstanden, ihre Leistungen patientinnen- und patientenorientiert, transparent, effektiv und effizient zu gestalten. Bei der Erbringung der Gesundheitsleistungen ist die Patientinnen- und Patientensicherheit zu berücksichtigen.

Patientinnen- und Patientenorientierung – im Sinne der Maximierung der Lebensqualität – heißt, dass die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, als Koproduzentinnen und Koproduzenten an diesem Prozess teilzunehmen. Dem zugrunde liegt das Verständnis, dass Qualität nur im Zusammenwirken von allen Professionen und Fachbereichen erreicht werden kann.

Patientinnen- und Patientensicherheit umfasst alle Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Als unerwünschtes Ereignis können in diesem Zusammenhang Handlungen, Unterlassungen oder Vorfälle, die zum Schaden der Patientin oder des Patienten führen, interpretiert werden.

Transparenz bedeutet eine, in sichtbarer sowie nachvollziehbarer Weise erfolgende, Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse und deren systematische Überprüfung als Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche und Qualitätsverbesserung.

Effektivität bedeutet Zielerreichungsgrad zwischen einem gesetzten Ziel und dessen Realisierung. Das in der Gesundheitsversorgung gesetzte individuelle Ziel ist – wie bereits ausgeführt – idealerweise die völlige Erhaltung der Lebensqualität bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten. Dieses Ziel wird von Fall zu Fall unterschiedlich gut erreicht werden, nichtsdestotrotz sollte man sich an der Idealvorgabe orientieren.

Effizienz stellt generell das Verhältnis zwischen Einsatz und Ergebnis einer Leistung dar. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip hat zum Ziel, eine Leistung möglichst effizient im Sinn eines optimalen Verhältnisses zwischen Einsatz und Ergebnis zu erbringen. Dabei kann einerseits das Maximumprinzip (Einsatz wird konstant gehalten, Ergebnis wird maximiert) oder andererseits das Minimumprinzip (Ergebnis wird konstant gehalten, Einsatz wird minimiert) angewendet werden. Ökonomische Effizienz ist ein wesentliches, nicht aber das ausschließliche Ziel der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen. Parallel zum Prinzip der Effizienz müssen auch alle anderen geltenden Prinzipien der Qualitätsarbeit gleichermaßen berücksichtigt werden. Wesentliche Unterstützung im Hinblick auf effektive und effiziente Gesundheitsversorgung leisten u.a. wissenschaftliche Instrumente wie health technology assessment (HTA) und evidenzgestützte Medizin (EBM) sowie der verstärkte Einsatz gesundheitsökonomischer Evaluationsverfahren (u.a. Kosten-Nutzen-Analysen, Kosten-Effektivitäts-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen, Data Envelopment Analysen).

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die drei Dimensionen der Qualität nach Donabedian, sind Grundlage eines Regelkreises, auf den kontinuierliche Verbesserung aufbaut:

Unter Strukturqualität werden sowohl sachliche als auch personelle Rahmenbedingungen (qualitative und quantitative Ausstattung) verstanden, unter denen Gesundheitsleistungen erbracht werden.

Prozessqualität umfasst einerseits die Vorgehensweise bei medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen und berücksichtigt andererseits den gesamten Betreuungsverlauf. Die Parameter der Prozessqualität sind:

- Zugang zur Versorgung,
- Inanspruchnahme medizinischer/therapeutischer/pflegerischer Leistungen (Angemessenheit),
- technische Qualität der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistung,
- interpersonelle Komponente (Interaktion, Kooperation).

Die Ergebnisqualität als Resultat von Strukturqualität und Prozessqualität wird im Gesundheitswesen auch als Zielerreichungsgrad des professionell eingeschätzten Ergebnisses der Gesundheitsleistung unter Berücksichtigung der subjektiven Zufriedenheit der Patientin und des Patienten und der durch die Leistung gewonnenen Lebensqualität definiert.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Gesundheitsleistungen in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht und Qualitätsstandards auch unter Berücksichtigung der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung entwickelt werden sollen. Die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung wurden bereits in der WHO Ottawa-Charta, 1986, festgelegt (Zitat):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten.“

Die Umsetzung des zentralen Gedankens der Selbstbestimmung aus der Ottawa-Charta wird im Gesundheitswesen nach gängiger Auslegung sowohl über die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsprozesse als auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Gestaltung der Arbeitsabläufe sowie in der Kooperation zwischen Gesundheitssektoren angedeutet. Bereits seit einigen Jahren werden Gesundheitsförderungsprojekte unter Einbeziehung der Erbringerinnen und Erbringer von Gesundheitsleistungen durchgeführt (z.B. das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“, das „Health Promoting Hospitals“-Netzwerk und das Projekt „Health Promotion in Primary Health Care: General Practice & Community Pharmacy“). Erkenntnisse und Erfahrungen unter anderem aus diesen Projekten sollen in sinnvoller Weise in die Strategie zur Implementierung eines österreichweiten Qualitätssystems einfließen.

Unter dem Blickwinkel bundeseinheitlicher Vorgaben im Qualitätsbereich muss gewährleistet sein, dass eine bundesländer-, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Qualitätsstrategie als wesentliches Steuerungsinstrument des österreichischen Gesundheitswesens verfolgt wird. Nur auf diese Weise kann eine weitgehend gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen weitgehend gleicher Qualität sichergestellt werden.

„Bundeseinheitlich“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Vorgaben österreichweit und damit gleichermaßen für alle Bundesländer zu gelten haben. „Bundesländerübergreifend“ bedeutet, dass die Bundesländer im Rahmen der Durchführung und Förderung von Qualitätsaktivitäten dort sinnvoll kooperieren sollen, wo Synergieeffekte lukriert werden können.

„Sektorenübergreifend“ bedeutet, dass die Vorgaben grundsätzlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer – unabhängig von deren Organisationsform – gelten. Anders gesagt, muss sichergestellt werden, dass die Qualität der Gesundheitsleistungen gleich gut ist, egal wo und in welcher Versorgungsform sie bereitgestellt werden.

„Berufsübergreifend“ bedeutet, dass die einzelnen Berufsgruppen in kooperativer Weise ihren jeweiligen Beitrag zur Sicherstellung des angestrebten Qualitätsniveaus leisten.

Zu § 3 (Anwendungsbereich):

Der Anwendungsbereich des vorliegenden Gesetzes umfasst alle Gesundheitsleistungen, unabhängig von der Organisationsform der Leistungserbringerin / des Leistungserbringers, sofern es sich um eine am oder für den Menschen erbrachte Gesundheitsleistung durch einen auf der Grundlage von Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG geregelten Gesundheitsberuf handelt. Nicht von den Vorgaben dieses Gesetzes erfasst sind demnach Gewerbeberufe sowie jene Gesundheitsleistungen, die von nicht einschlägig ausgebildeten Privaten innerhalb ihrer Familie oder im Rahmen von Nachbarschaftshilfe erbracht werden. Hinsichtlich der Pfl-

ge sind im Rahmen dieses Gesetzes jene Aktivitäten erfasst, welche in den Kompetenzbereich des Bundes fallen und nicht in anderen Vorschriften geregelt werden.

Zu §§ 4 und 5 (Qualitätsstandards, Dimensionen der Qualitätsarbeit):

Um österreichweit und sektorenübergreifend bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen ein gleiches Qualitätsniveau sicherstellen zu können, kann die / der zuständige Bundesministerin / Bundesminister Qualitätsstandards entweder in Form von Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen oder in Form von Bundesqualitätsleitlinien im Sinne einer Hilfestellung empfehlen.

Diese Vorgangsweise stellt sicher, dass in Österreich ein System implementiert wird, welches erlaubt, durch den Bund anerkannte Qualitätsstandards zu entwickeln, zu warten und der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dabei können Qualitätsstandards entweder durch die Bundesministerin / den Bundesminister für Gesundheit und Frauen oder kooperierende Akteurinnen und Akteure entwickelt und gewartet werden. Wünschen Akteure und Akteurinnen ihre Qualitätsstandards in Bundesqualitätsstandards umzuwandeln, so haben sie sich einem zukünftig einzurichtenden Anerkennungsverfahren zu unterziehen, im Rahmen dessen die Kompatibilität des Qualitätsstandards mit der Strategie eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems im Sinne der unter § 4 Abs. 2 genannten Elemente geprüft wird und die Verantwortlichkeiten im Hinblick auf die Wartung und Fortentwicklung des Qualitätsstandards sichergestellt werden muss.

In die Erarbeitung der genannten Qualitätsstandards sind die relevanten Akteure und Akteurinnen (Patientinnen und Patienten, Berufsgruppen, Fachgesellschaften, Rechtsträger, Finanziers etc.) in geeigneter Form einzubeziehen. Dies sichert nicht nur zusätzliches Wissen und Erfahrung, sondern fördert auch die Akzeptanz der Vorgaben bei den Anwenderinnen und Anwendern.

Besonderes Augenmerk bei der Standardentwicklung sollte – abgesehen von den für die Qualitätsarbeit allgemein genannten Grundsätzen (Patientinnen-, Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz) – im Sinne des Nahtstellenmanagements auch auf einen reibungslosen Übergang zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen gelegt werden.

Die konkrete Ausformung von Bundesqualitätsstandards (d.h. Bundesqualitätsrichtlinien oder Bundesqualitätsleitlinien) wird je nach Sachgebiet unterschiedlich sein. Abhängig vom jeweiligen Themenbereich sind einerseits detaillierte, andererseits nur allgemeine Vorgaben enthaltende Bundesqualitätsrichtlinien oder Bundesqualitätsleitlinien vorstellbar. Darüber hinaus sind auch grundsätzlich Vorgaben für die Entwicklung von Qualitätsstandards möglich (Leitlinien für Leitlinien- bzw. Richtlinienentwicklung). Zu diesem Zweck wird sich der Bund beispielsweise sowohl der Ergebnisse von durchgeführten Qualitätsprojekten bedienen als auch die Arbeiten im Rahmen des Europarates zum Thema „Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für die optimale medizinische Praxis“ berücksichtigen.

Die Bundesqualitätsstandards (d.h. -richtlinien und -leitlinien) können jeweils erforderliche Vorgaben im Hinblick auf personelle und sachliche Anforderungen, Verfahren, Verhalten sowie Ergebnisse enthalten. Darüber hinaus können an Bundesqualitätsstandards Indikatoren gekoppelt werden, deren Inhalte auch in die österreichische Qualitätsberichterstattung Eingang finden sollen.

Bei der Entwicklung von Qualitätsvorgaben hat sich die traditionelle Gliederung nach Donabedian in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität insbesondere deshalb bewährt, weil die Begriffe in Fachkreisen eingeführt und akzeptiert sind. Diese Gliederung hat schon bisher in Rechtsnormen auf Bundesebene ihren Niederschlag gefunden. Im Sinn der kontinuierlichen Weiterentwicklung bereits bestehender und eingeführter Arbeitsmethoden wird die genannte Systematik beibehalten und durch das Element der kontinuierlichen Verbesserung zu einem Qualitätssystem vervollständigt.

Bei der weiteren Entwicklung von bundeseinheitlichen Vorgaben und Grundsätzen soll auf bereits Bewährtem aufgebaut werden. Nachstehend werden die bereits laufenden wesentlichen Aktivitäten sowie geplante zukünftige Aktivitäten des Bundes dargestellt.

Vorgaben des Bundes im Bereich Strukturqualität:

In den vergangenen Jahren wurden Strukturqualitätskriterien für den Krankenanstaltenbereich entwickelt. Unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, Standards für alle Bereiche der Leistungserbringung (unabhängig von der Institution) zu schaffen, sind Strukturqualitätskriterien zukünftig unter dem Blickwinkel einer sektorenübergreifenden Anwendung anzupassen und mittelfristig an alle Erbringerinnen und Erbringer von Gesundheitsleistungen zu überbinden.

Vorgaben des Bundes im Bereich Prozessqualität:

Im Bereich der Prozessqualität hat der Bund eine Reihe von Projekten u.a. zu den Themenbereichen Nahtstellenmanagement, Patientinnen- und Patientenorientierung, Antibiotikastrategie, Optimierung des Verbrauchs von Blutkomponenten, Hygiene, Patientinnen- und Patientensicherheit und Palliative Care

initiiert. Die Ergebnisse dieser Projekte, welche insbesondere in Form von best practice-Instrumenten vorliegen werden, werden als Grundlage dienen, auf Bestehendem aufzubauen, bundeseinheitliche Vorgaben sektorenübergreifend im Bereich der Prozessqualität zur Verfügung zu stellen und zu implementieren. Neben weiter führender Projektarbeit besteht die Möglichkeit durch Erlassung von Verordnungen verbindliche Anforderungen zu schaffen. Ergänzend können Musterinstrumente zur Verfügung gestellt werden, um die Prozessqualität kontinuierlich zu verbessern. Im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen wird nachzuweisen sein, in welcher Weise den Anforderungen entsprochen wurde.

Vorgaben des Bundes im Bereich der Ergebnisqualität:

Bereits in den vergangenen Jahren hat der Bund Aktivitäten zum Thema Ergebnisqualität initiiert (z.B. die Projekte „Quality Indicator Project“, „Ergebnisqualität im Krankenhaus“). Die Ergebnisqualität kann nicht unbeeinflusst von Struktur- und Prozessqualität betrachtet werden, ist zugleich aber der am schwersten fassbare und messbare Bereich. Die Bemühungen des Bundes zielen in erster Linie darauf ab, den strukturierten Einsatz wissenschaftlicher Methoden im Bereich der Ergebnisqualität zu fördern sowie verstärkte Transparenz im Hinblick auf die Einhaltung entsprechender Bundesvorgaben zu gewährleisten. Aus diesem Grund wird das Instrument der österreichweiten Qualitätsberichterstattung auch dazu dienen, die sektorenübergreifende Entwicklung, Verbindlichmachung und die gelebte Anwendung von Outcomeindikatoren und von Referenzgrößen sicher zu stellen. Weitere Initiativen und bestehende Arbeiten im Bereich der Ergebnisqualität sollen sinnvoll in die Gesamtstrategie einbezogen werden.

Die voran gegangenen Erläuterungen betreffend Standardentwicklung sowie die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität machen deutlich, dass durch den vorliegenden Entwurf eines Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen zunächst der Grundstein gelegt werden soll, strategische Standardentwicklung- und -wartung in Österreich zu konzipieren und umzusetzen. Es ist evident, dass der Prozess der Entwicklung von bundesweiten Qualitätsstandards und Vorgaben im Bereich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der kontinuierlichen Verbesserung in den kommenden Jahren im Rahmen einer Gesamtstrategie und eines mehrjährigen Prioritätenkonzeptes langfristig angelegt und umgesetzt werden muss.

Auf Basis der Ergebnisse der bereits laufenden bzw. abgeschlossenen Qualitätsprojekte des Bundes sind in einem ersten Schritt Bundesqualitätsstandards und -indikatoren zu folgenden Themen beispielsweise denkbar:

- Qualitätsberichterstattung
- Antibiotikastrategie
- Hygiene und nosokomiale Infektionen
- österreichweit einheitliche Erhebung und Analyse der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit

Gewissen Themenbereichen wird überdies besonderes Augenmerk geschenkt werden, u.a.:

Weiterentwicklung der Qualitätskomponenten im Rahmen der Leistungsangebotsplanung:

Eine sinnvolle Weiterentwicklung der Arbeiten zu Strukturqualitätskriterien unter gleichzeitiger Einbeziehung von Elementen der Prozess- und Ergebnisqualität erscheint sinnvoll. Diese Aktivitäten im Rahmen der Leistungsangebotsplanung müssen sich jedoch in das Gesamtkonzept eines österreichweiten Qualitätssystems einfügen und mit weiteren relevanten Aktivitäten abgestimmt werden.

Forcierung der Qualitätsaspekte im Nahtstellenmanagement:

Zur Gewährleistung eines effizienten, effektiven sowie patientinnen- und patientengerechten Betreuungsverlaufes ist es nötig, das Nahtstellenmanagement im österreichischen Gesundheitswesen zu verbessern. Der Einsatz von Methoden und Instrumenten der Qualitätsarbeit in diesem Bereich bietet die Möglichkeit, strukturiert Lösungsansätze zu entwickeln. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang Kernprozesse der intra- und extramuralen Leistungserbringung wie Zuweisung, Aufnahme, Entlassung und Übernahme. Auch die Zugangsweise über Disease/Case/Care Management Programme erscheint gerechtfertigt. Dabei sollten jedenfalls folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige als Koproduzentinnen und Koproduzenten ihrer Gesundheit
- Anwendung EBM-gestützter Leitlinien
- entsprechende Informations- und Dokumentationssysteme
- sinnvolle Koordinierung und Abstimmung diverser Leistungserbringerinnen und -erbringer unabhängig von deren organisatorischer Zugehörigkeit

Disease/Case/Care Management Programme bieten sich insbesondere im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes, chronisch obstruktiver Lungenkrankheit, Allergien, Schlaganfall und bösartige Krebserkrankungen an.

Patientinnen- und Patientensicherheit:

Dieser Bereich umfasst alle Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Gemäß internationaler Studien liegt die Rate unerwünschter Ereignisse im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen je nach Definition und Abgrenzung bei 4%-16%. Als unerwünschtes Ereignis können in diesem Zusammenhang Handlungen, Unterlassungen oder Vorfälle, die zum Schaden der Patientin oder des Patienten führen, interpretiert werden.

Die Bemühungen werden in erster Linie darauf abzielen, die Entwicklung einer Kultur des Umgangs mit Fehlern im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen zu unterstützen. Denkbare Ansätze in diesem Zusammenhang sind die Förderung des Aufbaus einer entsprechenden Kultur, von Melde- und Feedbacksystemen (Monitoring- und Reportingsystem), von Konzepten zur Ausbildung und zum kontinuierlichen Assessment der Erbringerinnen und Erbringer von Gesundheitsleistungen.

Qualitätsstandards in der Ausbildung von Gesundheitsberufen:

Im Zusammenhang mit der Implementierung eines österreichweiten Qualitätssystems ist die Entwicklung und Verankerung von Qualitätsnormen für die Gesundheitsberufe von besonderer Bedeutung. Die Festlegung solcher Standards erfolgt regelmäßig in den entsprechenden Ausbildungsvorschriften.

Zu § 6 (Qualitätsberichterstattung):

Der Bund sieht seine Aufgabe unter anderem darin, den Fortschritt im Hinblick auf den Aufbau und die Weiterentwicklung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems zu verfolgen. Zu diesem Zweck soll eine österreichweite Qualitätsberichterstattung aufgebaut werden, die einen jährlichen umfassenden österreichischen Qualitätsbericht zum Ziel hat. Dieser ist als flexibles, laufend weiter zu entwickelndes Instrument anzulegen, welches als Grundlage für die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und eine umfassende Planung im österreichischen Gesundheitswesen dienen soll. Damit das Ziel einer einheitlichen Qualitätsberichterstattung erreicht werden kann, sind einheitliche Dokumentationsvorgaben erforderlich. Diese sollen möglichst an bestehende Dokumentationsverpflichtungen anschließen bzw. vorhandene Daten nutzen und somit den (Zusatz)aufwand möglichst gering halten. Eine Abgrenzung zu bestehenden Berichten (z.B. Gesundheitsbericht) ist zu gewährleisten.

Die Akteurinnen und Akteure im österreichischen Gesundheitswesen sollen im Rahmen ihres Wirkungsbereiches einen Beitrag nach Maßgabe der Weiterentwicklung des österreichischen Qualitätsberichtes zur flächendeckenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung und der dafür erforderlichen Dokumentation leisten.

Dabei sind alle Ebenen einzubeziehen, insbesondere jene

- der Leistungserbringerinnen und -erbringer,
- der Trägerorganisationen,
- der Länder,
- der Kassen,
- der Sozialversicherung,
- der beruflichen Standesvertretungen,
- der Gesundheitsagenturen auf Landesebene.

In einem laufenden bundesweiten Qualitätsprojekt, in dem u.a. Vertreter der Länder, der Sozialversicherung, der Patientenanzwaltschaften und der Österreichischen Ärztekammer eingebunden sind, wird derzeit der erste österreichische Qualitätsbericht als Pilotprojekt realisiert. Mit einem definierten Teilnehmerinnen- und Teilnehmerkreis wird die praktische Realisierbarkeit gemeinsam erarbeiteter Berichtsansforderungen getestet. Auf Basis dieser Arbeiten sollen die einzusetzenden Instrumente verbessert bzw. weiterentwickelt werden. Darüber hinaus sind sukzessive weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem Kreis der Erbringerinnen und Erbringer von Gesundheitsleistungen einzubeziehen.

Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Sinne der verstärkten Transparenz auch dafür Sorge zu tragen, dass entsprechende Rückmeldesysteme an die zur Qualitätsberichterstattung Verpflichteten eingerichtet werden. Sie / Er hat darüber hinaus die Intensität der Mitwirkung der Akteurinnen und Akteure am österreichischen Qualitätssystem für die interessierte Öffentlichkeit in geeigneter Form bekannt zu machen.

Zu § 7 (Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen):

Die Sicherstellung bzw. Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen ist allein durch Verpflichtungen und Vorgaben sowie Sanktionen nicht erreichbar. Daher sollen neben den Vorgaben bzw. Sanktionen Fördermaßnahmen und Anreizsysteme entwickelt und implementiert werden, um die verschiedenen Akteurinnen und Akteure zu ermutigen, von sich aus Qualitätssicherung und -verbesserung auch über die verpflichtenden Vorgaben hinaus zu betreiben.

Wesentlich erscheint jedenfalls die Verbreitung des Wissens und die Förderung des Einsatzes von Methoden und Instrumenten der Qualitätsarbeit, beispielsweise durch Unterstützung entsprechender wissenschaftlicher Arbeiten und regelmäßiger Informationsveranstaltungen.

Vorstellbar sind überdies die öffentliche Verleihung eines Preises (Qualitätsoskar) an Akteurinnen und Akteure für besondere Leistungen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung bzw. -verbesserung und/oder die Auszeichnung von Gesundheitsleistern, die unter Einhaltung der spezifischen Vorgaben ihre Leistungen auf einem besonders hohen Niveau erbringen.

Gleichzeitig soll die verstärkte Transparenz gegenüber der interessierten Expertinnen- und Expertenschaft und der Öffentlichkeit dazu dienen, positive Beispiele betreffend Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen einem breiten interessierten Publikum zu vermitteln.

Zu § 8 (Kontrolle):

Im Zusammenhang mit der Sicherung und Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen eine bundesweite Beobachtung und Kontrolle sicherzustellen. Diese umfasst jedenfalls die Überprüfung der Mitwirkung an der österreichischen Qualitätsberichterstattung, die Überprüfung der Umsetzung von Bundesqualitätsrichtlinien und die Evaluierung der Umsetzung bzw. Anwendung von Bundesqualitätsleitlinien bzw. des Einsatzes gleichwertiger Instrumente.

Die Bundesministerin / der Bundesminister hat sicher zu stellen, dass begleitende externe Kontrollen zur Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen erfolgen. Zu diesem Zweck haben die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen sowie die von ihr / ihm beauftragten Personen, Einrichtungen und Behörden das Recht, Auskünfte und Meldungen zu verlangen, in alle für die Qualitätssicherung, einschließlich der Datenqualität, relevanten Unterlagen Einsicht zu nehmen und bei Bedarf Erhebungen vor Ort durchzuführen. Diese Rechte stehen zu, soweit dies zur Wahrnehmung der Aufgaben erforderlich ist. Sonstige Beobachtungs- und Kontrollpflichten bzw. -rechte aufgrund anderer Rechtsvorschriften bleiben davon unberührt.

Zu § 9 (Unterstützung durch das „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“):

Da die aufgrund dieses Gesetzes der Bundesministerin / dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen obliegenden Aufgaben mangels Ressourcen nicht zur Gänze vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen selbst wahrgenommen werden können, kann sie / er sich bei der Erfüllung dieser Aufgaben eines „Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen“ bedienen.

Dieses auf dem Gebiet der Qualität im Gesundheitswesen fungierende Bundesinstitut hätte insbesondere folgende Aufgaben zu erfüllen:

- Mitwirkung an der Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen für die Standardentwicklung im Bereich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und die Analyse der Verbesserung einschließlich eines Prioritätenkonzeptes und eines Anerkennungsverfahrens, für die Dokumentation zur Qualitätsberichterstattung und für die Qualitätsberichterstattung, für Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen und für die Kontrolle,
- Überprüfung, Empfehlung sowie Erarbeitung von Qualitätsstandards, die von der Bundesministerin / dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindlich (Bundesqualitätsrichtlinien) erlassen oder als Orientierungshilfe (Bundesqualitätsleitlinie) empfohlen werden können,
- Erstellung des jährlichen Qualitätsberichtes,
- Durchführung von bzw. Mitwirkung bei der Setzung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen und
- Durchführung der bzw. Mitwirkung an der Kontrolle der Einhaltung der Bestimmungen dieses Gesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen oder sonstiger Vorgaben.

Dieses „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“ soll unter gleichzeitiger Einbindung bereits bestehender sinnvoller Qualitätsaktivitäten Expertengremien aufbauen, um möglichst viel Wissen und Erfahrungen für ihre Arbeit nützen zu können und die erforderliche Akzeptanz sicherzustellen. Darüber hinaus soll die systematische Einbeziehung von Patientinnen und Patienten erfolgen. Denkbar ist auch der

Aufbau von bzw. die Nutzung bereits bestehender Informationsplattformen, welche die Dissemination des Wissens über Qualitätsinstrumente und –methoden fördern.

Da auch im Zusammenhang mit dem „Bundesinstitut für Gesundheitswesen“ vom Grundsatz des möglichst effizienten und effektiven Mitteleinsatzes auszugehen ist, ist zunächst zu prüfen, ob nicht eine bereits bestehende Einrichtung mit durchzuführenden Aufgaben betraut werden kann. Allerdings wird auch in diesem Fall für eine entsprechende personelle (Anzahl und Qualifikation) und technisch- organisatorische Ausstattung zu sorgen sein.

Unabhängig davon, in welcher Weise das „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“ die zukünftigen Aufgaben im Bereich der Qualitätsarbeit realisieren wird, ist darauf zu achten, dass

- die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen jederzeit auf das Bundesinstitut zurückgreifen kann,
- die Bundesministerin / der Bundesminister ihre / seine Koordinierungsfunktion bei wesentlichen Entscheidungen (insbesondere hinsichtlich der am österreichweiten Qualitätssystem Beteiligten und der Einbindung von Expertinnen und Experten) wahr nimmt,
- bei der Personalausstattung der Interdisziplinarität, insbesondere auch den Gesundheitsberufen (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegeberufe, sonstige Gesundheitsberufe) sowie beteiligten Berufsgruppen wie Gesundheitsjuristen und Gesundheitsökonomien entsprechend Rechnung getragen wird.

Entwicklungen in anderen EU-Mitgliedstaaten betreffend Qualitätsinstitutionen

Qualität im Gesundheitswesen ist spätestens während der 90er Jahre in allen Mitgliedstaaten der EU zu einem Thema geworden. Mangels einer expliziten EU-Harmonisierungskompetenz sind die einzelnen Staaten allerdings sehr unterschiedliche Wege gegangen, was die Ausgestaltung ihrer Qualitätspolitik betrifft. Einige der Staaten haben das Schwergewicht auf externe Kontrolle und Akkreditierungsmaßnahmen gelegt, andere auf Forschung und Unterstützung in Form von Standards, Leitlinien und Richtlinien, wiederum andere auf interne Qualitätsverbesserungsmaßnahmen und Informationsunterstützung. Dementsprechend unterschiedlich sind auch die rechtlichen Vorgaben betreffend Qualität und Qualitätsinstitutionen für die Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Kaum ein Mitgliedstaat kommt heute ohne eigens geschaffene Qualitätsinstitutionen aus. Im Auftrag des Ressorts wurden in den Jahren 1999 und 2002 Studien in Auftrag gegeben, welche einen Überblick über die in anderen EU-Ländern existierenden Einrichtungen geben sollen. Als Ergebnisse wurden unter anderem folgende Informationen geliefert:

EU-Mitgliedstaat	Name der Institution	Kommentare
Frankreich	ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé)	Arbeitsschwerpunkte sind die Erstellung von Richtlinien und Standards, Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen Budget 1999: 20 Mio € Personalstand 1999: 150 Mitarbeiter
Finnland	STAKES (Staatliche Forschungs- und Entwicklungszentrale für Soziales und Gesundheit)	Arbeitsschwerpunkte sind Forschung und Entwicklung, nicht-verbindliche Standards, Implementations- und Benchmarkingprojekte, Evidenzgestützte Medizin Budget 1997: 32 Mio € Personalstand 1997: 374 Mitarbeiter
Niederlande	LCZK (National Centre for the Coordination of the Policy on Quality of Health Care)	Arbeitsschwerpunkte Information, Vernetzung, Beratung Budget 1999: 50.000 € Personalstand 1999: zwei Mitarbeiter
	CBO (Dutch Institute for Quality Improvement)	Arbeitsschwerpunkte sind Leitlinienentwicklung, Visitationsprogramme, Methodenentwicklung, wissenschaftliche und organisatorische Unterstützung bei der Einführung von Qualitätsprogrammen, Schulungen
	NIAZ (Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals)	Arbeitsschwerpunkt ist Durchführung

		von Akkreditierungen
	HKZ (Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector)	Arbeitsschwerpunkt ist die Entwicklung von Zertifizierungsroutinen für den Gesundheits- und Sozialbereich
Großbritannien	NICE (National Institute for Clinical Excellence)	Arbeitsschwerpunkte sind Entwicklung und Verwaltung von Standards Berichterstattung Budget 1999: ca. 10 Mio Pfund
	CHI (Commission for Health Improvement)	Arbeitsschwerpunkte sind Qualitätsinspektionen, Beratungsfunktionen, Berichterstattung Budget 2000: 25,5 Mio Pfund
	NPSA (National Patient Safety Agency)	Arbeitsschwerpunkte sind der Aufbau eines Berichterstattungssystems über medizinische Fehler, Präventionsberatung
Deutschland	DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)	dem BM für Gesundheit nachgeordnete Behörde zur Bereitstellung aktueller Informationen aus dem gesamten Gebiet der Biowissenschaften Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung und Verwaltung von Datenbanken Entwicklung und Verwaltung datenbankgestützter Informationssysteme Herausgabe amtlicher Klassifikationen Kooperation bei der Entwicklung und Verwaltung von Standards und Methoden gemeinsam mit AWMF, BQS, AQS, KTQ, ÄZQ
	AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften)	Arbeitsschwerpunkte: Erstellung und Verwaltung von Leitlinien, Standards und Indikatoren
	Bundeskuratorium für Qualitätssicherung und BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung)	Vereinigung aller relevanten Akteure im Gesundheitswesen Zentrales Beratungs- und Beschlussgremium für die externe Qualitätssicherung im stationären Bereich Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung von Verfahren zur Qualitätssicherung Durchführung von Benchmarking in und zwischen den Krankenhäusern
	AQS (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung)	Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung von Empfehlungen und Richtlinien für Qualitätssicherung insbesondere an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
	KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus)	Arbeitsschwerpunkte: Zertifizierung und Qualitätsberichterstattung in Krankenhäusern
	ÄZQ (Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung)	Arbeitsschwerpunkte: Beratungsstelle für Bundesärztekammer und Kassenärztliche

		Bundesvereinigung
--	--	-------------------

Zu § 11 (Schluss- und Inkrafttretensbestimmungen):

Dieses Gesetz tritt mit Ausnahme der Strafbestimmung mit 1.1.2005 in Kraft. Da im ersten Jahr im Wesentlichen der Aufbau des Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen und danach die Entwicklung von Grundsätzen und Vorgaben bewerkstelligt werden müssen und den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren Zeit gegeben werden muss, sich den neuen Bedingungen anzupassen, erscheint eine Sanktionierung von Beginn an nicht zweckmäßig.

Vorblatt zu Art. 10 (Gesundheitstelematikgesetz)

Problem:

Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) finden nicht zuletzt im Hinblick auf die daran geknüpften Erwartungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität Eingang in das Gesundheitswesen. Seitens der Europäischen Union wird im Rahmen diesbezüglicher Initiativen (vgl. eEurope, eHealth-Aktionsprogramm) intensiv die breite Verfügbarkeit und Nutzbarmachung dieser Technologien auch im Gesundheitswesen angestrebt.

Mit dem in seinen unterschiedlichen Ausprägungen vielfach bereits etablierten elektronischen Gesundheitsdatenaustausch verbunden sind allerdings auch ebenso viele unterschiedliche Möglichkeiten, die Sicherheit und die Vertraulichkeit von Gesundheitsdaten während des elektronischen Transports zu beeinträchtigen. Die Datensicherheitsbestimmungen des DSG 2000 geben diesbezüglich nur einen sehr allgemeinen Handlungsrahmen vor, der den Besonderheiten des Gesundheitswesens nicht ausreichend Rechnung trägt.

Das Fehlen ausreichender Grundlageninformationen über die Gesundheitstelematik ist nicht nur auf nationaler Ebene einer bereichsübergreifenden Planung und wirksamen Steuerung des Technologieeinsatzes hinderlich, sondern wird auch im Hinblick auf die nationalen Berichtspflichten im Zusammenhang mit den Plänen und Maßnahmen der Europäischen Union im eHealth-Bereich deutlich.

Zielsetzung:

Festlegung von Mindeststandards zur Gewährleistung der Datensicherheit beim elektronischen Transport von Gesundheitsdaten zur Reduktion des Gefahrenpotenzials sowie Schaffung der Voraussetzungen für die Verbreiterung der Entscheidungsgrundlagen im Bereich der Gesundheitstelematik.

Alternativen:

Keine

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Verbesserung der Investitionssicherheit durch die Präzisierung der im Bereich der Datensicherheit zu verwendenden Methoden und Verfahren.

Finanzielle Auswirkungen:

Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes sind quantifizierbare Kosten für den Bundeshaushalt im Umfang von ca. 633.000 Euro verbunden. Ferner sind mit dem Entwurf monetär nicht quantifizierbare Aufwände für andere Gebietskörperschaften verbunden. Die Begründung und - soweit möglich - die Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen sind dem allgemeinen Teil der Erläuterungen zu entnehmen.

Diesem finanziellen Aufwand stehen mittel- bis längerfristig eintretende Nutzeneffekte - wie etwa Verbesserungen der Datensicherheit, der Versorgungsqualität, des Investitionsschutzes und der Entscheidungsgrundlagen - gegenüber, die jedoch monetär nicht quantifiziert werden können.

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Der Entwurf sieht Regelungen vor, die nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union fallen.

Erläuterungen zu Art. 10 (Gesundheitstelematikgesetz)

Allgemeiner Teil

Hauptgesichtspunkte des Entwurfes:

Gesellschaftspolitisches Umfeld: Die zunehmende Verwendung von IKT in allen Lebensbereichen wird als Weg in die Informationsgesellschaft bezeichnet. Mit „Gesundheits-Telematik“ wird die Nutzbarmachung und Anwendung dieser Technologien im Gesundheitswesen bezeichnet. Den verstärkten Bemühungen zur Nutzung von Technologien liegt die Erkenntnis zu Grunde, dass expandierende Informationsmengen (medizinisches Wissen), neue Möglichkeiten der Versorgung auf Grund des rasanten medizinischen und medizintechnischen Fortschritts zu erschließen und der Zwang zu Effizienzsteigerungen nur mit Hilfe adäquater informations- und kommunikationstechnologischer Unterstützung zu bewältigen sein werden. Die Maßnahmen der Europäischen Union zur Beschleunigung des Einsatzes von IKT erweitern den Handlungsbedarf um eine zusätzliche Dimension.

Die besondere Bedeutung der Telematik für das Gesundheitswesen ergibt sich aus der Möglichkeit des multimedialen Datentransfers im Rahmen der medizinischen Vorsorge und Versorgung. Dieser elektronische Datenaustausch deckt sich mit dem, was traditionell erfasst, dokumentiert und ausgetauscht wird: Daten und Abbildungen betreffend den Gesundheitszustand oder den Krankheitsverlauf bzw. zu Erfahrung verdichtetes medizinisches Fachwissen.

Dem evidenten Nutzen des IKT-Einsatzes stehen in der Praxis erhebliche Probleme gegenüber, zu deren Lösung der einzelne Akteur für sich allein aller Voraussicht nach nicht in der Lage ist. Der spezifische Handlungsbedarf zur Erlassung dieses Bundesgesetzes ergibt sich demnach aus der Notwendigkeit,

- das sich beim Transport von Gesundheitsdaten in weitgehend offenen Netzen ergebende Gefahrenpotenzial in Bezug auf mögliche Verletzungen der Vertraulichkeit und der Integrität von Gesundheitsdaten so weit wie möglich zu reduzieren,
- eine österreichweite Harmonisierung unterschiedlicher Ansätze für Datensicherheitsmaßnahmen einzuleiten bzw. den Standard für Datensicherheitsmaßnahmen anzuheben und
- den Entscheidungsträgerinnen/Entscheidungsträgern eine breitere Informationsgrundlage für die Bewertung dieser Technologien zur Verfügung zu stellen. Dies nicht zuletzt auch im Hinblick auf die eHealth-Initiativen der Europäischen Union.

Vorarbeiten und Rahmenbedingungen: Von der STRING-Kommission wurden die sogenannten MAGDALENA-Empfehlungen (Medizinisch-administrativer Gesundheitsdatenaustausch-Logisches und Elektronisches Netzwerk Austria) ausgearbeitet, die auch grundlegende Anforderungen an die Sicherheit des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches enthalten. Die diesbezüglichen Regelungen des Entwurfs sind daher die normative Umsetzung dieser Expertise.

In Art. 7 der derzeit geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung haben die Vertragsparteien u.a. vereinbart, „den Aufbau von Sicherheitsinfrastrukturen“ zu unterstützen und sich damit auf eine kohärente Entwicklung der Gesundheitstelematik in diesem Bereich verständigt.

Im eHealth-Aktionsplan der Kommission (KOM (2004) 356) werden mit ambitionierten zeitlichen Vorgaben gemeinsame Herausforderungen, Pilotprojekte und Aspekte der Zusammenarbeit adressiert, die nicht zuletzt durch die damit verbundene Ergebniskontrolle (Monitoring, Benchmarking und Berichtswesen) die Aktivitäten auf nationaler Ebene beeinflussen.

Maßnahmen zur Verbesserung der Datensicherheit: Im elektronischen Verkehr mit personenbezogenen Daten muss die Identität des Kommunikationspartners bekannt sein. Dies ist im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung, weil in einem hohem Ausmaß sensible Gesundheitsdaten Dritter transportiert werden. Der Entwurf sieht daher grundsätzlich eine Identifizierung in elektronischer Form mittels Zertifikaten vor. Ausgenommen davon sollen jene Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartner sein, die in den eHealth-Verzeichnisdienst eingetragen sind. Für bestimmte Kommunikationsarten (Server-Server, Client-Server) ist eine abweichende Vorgangsweise aus technischen oder wirtschaftlichen Erwägungen vorgesehen.

Die Kenntnis der Identität des Kommunikationspartners ist allerdings für einen sicheren und vertrauensvollen Transport von sensiblen Gesundheitsdaten nicht ausreichend. Vielmehr dürfen Gesundheitsdaten (schon aufgrund des DSGVO 2000) nur solchen Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartnern zur Verfügung gestellt werden, die zu ihrer Verwendung befugt sind. Dies soll durch den Nachweis bzw. Prüfung ihrer Rolle, die ihre berufliche oder betriebliche Befugnis zur Verwendung der Gesundheitsdaten

bescheinigt, sicher gestellt werden. Beim elektronischen Transport der Gesundheitsdaten zwischen berechtigten Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartnern besteht insbesondere in offenen Netzen ferner die Gefahr der unbefugten Einsichtnahme Dritter. Daher sollen in diesen Fällen die von der Informationstechnologie entwickelten kryptographischen Verfahren Anwendung finden. Ein weiteres Gefahrenpotenzial im elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten ist die unbemerkte Veränderung der Daten während des Transports durch Unbefugte. Diese Beeinträchtigung der Datensicherheit soll durch die Verwendung elektronischer Signaturen verhindert werden.

Die qualitativen Anforderungen an die zu verwendenden Zertifikate, Verschlüsselungsmechanismen und elektronische Signaturen werden mit Verordnung präzisiert. Damit soll der außerordentlichen Dynamik in der Entwicklung der IKT und somit auch der Missbrauchsmöglichkeiten mit einer möglichst hohen Flexibilität in der Rechtsanpassung begegnet werden. Die festgelegten bzw. mit Verordnung zu präzisierenden Maßnahmen sind in qualitativer Hinsicht als Mindestanforderungen konzipiert, um eine zweckmäßige Entwicklung des IKT-Einsatzes nicht aus ökonomischen Erwägungen zu behindern, aber doch eine Verbesserung des Status quo zu bewirken. Das bedeutet, dass weder Zertifikate noch Signaturen den besonderen Qualifikationsmerkmalen des Signaturgesetzes entsprechen müssen. Durch die Übergangsbestimmungen wird darüber hinaus die Umstellung ausreichend planbar und der damit verbundene Aufwand in zeitlicher Hinsicht entschärft.

Informationsmanagement: Ein beträchtliches Hemmnis für die Planung und Gestaltung eines bundesweiten Gesundheitsdatenaustausches ist – neben den bekannten Interoperabilitätsproblemen – der Umstand, dass die dafür erforderlichen Strukturinformationen nur unzureichend oder gar nicht verfügbar sind. Von verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens werden Verzeichnisse ihrer Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartner geführt, die zwar dem eigenen Bedarf entsprechen, deren Führung aber mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Vor dem Hintergrund, auch die Effizienzpotenziale des IKT-Einsatzes in volkswirtschaftlicher Sicht nutzbar zu machen, wurde von der Praxis vehement ein Verzeichnis gefordert, das als Informationsbasis für die technologische Erreichbarkeit der Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter dienen soll. Nach Meinung von Expertinnen/Experten erscheint hierzu nur ein alle Leistungserstellerinnen/Leistungsersteller umfassendes Directory zweckmäßig zu sein, das insbesondere auch die Integration bestehender Initiativen anstrebt.

Für die Planung und Bewertung des IKT-Einsatzes ist es notwendig, jene Instrumente zu schaffen, mit denen die für die Gesundheitstelematik geeignetsten Aktionsfelder identifiziert und ihre Effekte nachgewiesen werden können. Voraussetzung dafür ist die Erzielung von Transparenz, da erst mit der Verfügbarkeit dieses Wissens eine Absicherung von Entscheidungen ermöglicht wird. Die Grenzen anwenderinenspezifischer/anwenderspezifischer Grundlagenarbeiten werden insbesondere dann sichtbar, wenn die Sektoren übergreifende Zusammenführung von strukturellen Informationen oder die überregionale Analytik zur Ableitung unterschiedlicher Kenngrößen notwendig bzw. die volkswirtschaftliche Ausrichtung der Entwicklung anhand möglicherweise konfligierender Zielvorstellungen zu forcieren ist. Der Entwurf trägt diesen Erwägungen dahingehend Rechnung, als er die Einrichtung eines speziell auf die IKT im Gesundheitswesen ausgerichteten Monitoring vorsieht. Mit dessen Ergebnissen kann das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen als unmittelbarer Ansprechpartner der Einrichtungen der Europäischen Union und verschiedener internationaler Organisationen gleichzeitig den Verpflichtungen zur Erteilung entsprechender Auskünfte nachkommen. Insgesamt kann durch die vorliegende Konzeption somit ein mehrfach anfallender Erstellungs- und Wartungsaufwand vermieden, aber der damit erzielte Mehrwert allen Beteiligten zur Verfügung gestellt werden.

Finanzielle Auswirkungen:

Kosten

Quantifizierbare Mehrkosten werden verursacht durch:

Die Berechnung der quantifizierbaren finanziellen Auswirkungen erfolgte anhand der Richtlinien gemäß § 14 Abs. 5 BHG, in der geltenden Fassung (Angaben auf Tsd. Euro gerundet). Die quantifizierbaren Kosten fallen zu annähernd gleichen Anteilen einmalig für den Aufbau der im Entwurf vorgesehenen Strukturen und als laufende Aufwände in den Folgejahren an.

1. eHealth-Verzeichnisdienst

Personalkosten	33.000,-
Gemeinkosten (Aufschläge)	12.000,-
Fremdleistungskosten	150.000,-

Personalkosten und kalk. Kosten (Gemeinkosten) entstehen im Wesentlichen durch das Projektmanagement (Vorbereitung und Durchführung der Auftragsvergabe und die Führung des Verzeichnisdienstes).

Die Fremdleistungskosten resultieren aus der Auftragsvergabe betreffend Konzeption, Einrichtung und Betriebsführung-Wartung des eHealth-Verzeichnisdienstes).

2. Monitoring/Evaluierungen

Personalkosten	11.000,-
Gemeinkosten (Aufschläge)	4.000,-
Fremdleistungskosten	320.000,-

Personal- und Gemeinkosten entstehen im Zusammenhang mit dem Projektmanagement (Vorbereitung und Durchführung von Fremdvergaben, der Dokumentation und Publikation von Berichten und Studien). Die Konzeption des Infrastrukturberichtsweesen (Entwicklung standardisierter Berichtsvorlagen, konkrete Erhebungen) und die Durchführung von Evaluierungsstudien erfolgen im Wege der externen Auftragsvergabe (Fremdleistungskosten).

3. Qualitätssicherung Web-Informationen

Personalkosten	8.000,-
Gemeinkosten (Aufschläge)	3.000,-
Fremdleistungskosten	50.000,-

Die Entwicklung der Leitlinien wird im Wege der Auftragsvergabe (Fremdleistungskosten) erfolgen. Für das Projektmanagement und die Betreuung des Beschwerdemanagement fallen Personal- und kalkulatorische Kosten an.

4. Informationsdienst

Personalkosten	4.000,-
Gemeinkosten (Aufschläge)	2.000,-
Fremdleistungskosten	36.000,-

Die Konzeption und Wartung des Informationsdienstes werden extern vergeben (Fremdleistungskosten). Für die laufende Dateneingabe und -pflege sowie das Projektmanagement entstehen Personal- und kalkulatorische Kosten.

Nicht quantifizierbare Mehrkosten werden verursacht durch:

Strafbestimmungen: Bezüglich eines allfälligen Mehraufwandes auf Grund der Strafbestimmungen ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Verwaltungsstrafverfahren ab 2008 gering sein wird, zumal infolge der Übergangsbestimmungen ein angemessener Zeitraum für die gesetzeskonforme Adaptierung der Infrastruktur eingeräumt wird. Ferner kann davon ausgegangen werden, dass die unter Strafsanktion stehende zweckwidrige Verwendung der aus dem eHealth-Verzeichnisdienst replizierten Daten nicht zum Tragen kommt. Unter diesen Voraussetzungen und auf Grund der Schätzung bezüglich ähnlicher, jedoch umfassenderer Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, kann von weniger als fünf Fällen je Zuständigkeitsbereich einer Strafbehörde und Jahr ausgegangen werden.

Umstellungsaufwand der Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter: Gebietskörperschaften, soweit sie als Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter betroffen sind, sind insbesondere in Bezug auf die Identitäts- und Rollenprüfung, die Verschlüsselung und Verwendung elektronischer Signaturen mit einem Anpassungsaufwand konfrontiert, der sich aus der Beschaffung und/oder Adaptierung des vorhandenen IT-Equipments bzw. der Beschaffung der Zertifikate (Fremdleistungskosten) ergeben kann. Hinzu kommen – abhängig von der Organisationsform – Aufwände, die im Wesentlichen in Form von Personalkosten anfallen werden. Relativiert werden diese Aufwände durch eine (intensive) Nutzung des eHealth-Verzeichnisdienstes. Auf Grund der Heterogenität der Systeme und des Umfanges der zu treffenden Maßnahmen auch in Bezug auf die Vielfalt der bereits implementierten Lösungen können die in diesem Zusammenhang entstehenden finanziellen Auswirkungen auch nicht annähernd seriös quantifiziert werden. Dies aber auch deshalb, weil eine nachvollziehbare Trennung der Kosten, die auf Grund dieses Bundesgesetzes entstehen und jenen Kosten, die durch die Präzisierung des Standes der technischen Möglichkeiten bezüglich Datensicherheit im DSG 2000 verursacht würden und daher der Vollziehung dieses Gesetzes zuzurechnen wären, nur mit einem unverhältnismäßigem Aufwand möglich wäre.

Einsparungen/Nutzeneffekte:

Die mit diesem Bundesgesetz intendierten Verbesserungen der Datensicherheit, der Entscheidungsgrundlagen und des Investitionsschutzes führen zu keinen unmittelbar wirksam werdenden bzw. monetär quan-

tifizierbaren Einsparungen. Die mittel- bis langfristig wirksam werdenden Nutzeneffekte für das Gesundheitswesen, insbesondere in qualitativer Hinsicht, sind jedoch evident.

Kompetenzgrundlage:

Soweit der vorliegende Entwurf Bestimmungen der Datensicherheit enthält, stützt er sich auf Art. 1 DSG 2000, BGBl. I. Nr. 165/2000. Im Übrigen stützt er sich auf Art. 10 Abs. 1 Z 13 B-VG (Statistik, soweit sie nicht nur den Interessen eines einzelnen Landes dient) und Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheitswesen).

Besonderer Teil zu Art. 10 (Gesundheitstelematikgesetz)

Zu § 1 des Entwurfs (Gegenstand):

Absatz 1 enthält die Regelungsschwerpunkte des Entwurfs: Nach der geltenden Rechtslage (§ 2 DSG 2000) besteht eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes hinsichtlich des Datenschutzes bei automationsunterstützter Datenverarbeitung. Diese Kompetenz umfasst auch Maßnahmen der Datensicherheit (vgl. § 14 DSG 2000). Die Regelungen des 2. Abschnitts präzisieren die im Datenschutzgesetz vorgesehenen Datensicherheitsmaßnahmen beim elektronischen Transport für den Gesundheitsbereich. Die Datensicherheitsbestimmungen beziehen sich auf den automationsunterstützten Datenaustausch in allen technischen Ausprägungen (z.B. Datenleitungen, wireless services).

Planung und Steuerung des IKT-Einsatzes im Gesundheitswesen bedürfen entsprechender Grundlageninformationen. Durch die verschiedenen Initiativen der EU sind die Mitgliedstaaten angehalten, u.a. ihre „e-Health-Aktivitäten“ und ihre diesbezüglichen Fortschritte offen zu legen. Um diesen Anforderungen entsprechen zu können, soll die Verfügbarkeit von Informationen mit dem einzurichtenden Informationsmanagement gewährleistet werden.

Zu § 2 des Entwurfs (Begriffsbestimmungen):

Zu Z 1:

Das DSG 2000 qualifiziert personenbezogene Gesundheitsdaten als „sensible“ Daten, für die das höchste Schutzniveau gilt. Eine Präzisierung, welche Daten dem Begriff „Gesundheitsdaten“ zuzuordnen sind, erfolgt nicht. Mit der WHO-Definition von Gesundheit (Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen) wird deutlich, dass Gesundheitsdaten nicht mit Krankheitsdaten gleichzusetzen sind. In Z 1 des Entwurfes wird daher einerseits klar gestellt, dass unter Gesundheitsdaten auch Vorsorge-, Verrechnungs- und Versicherungsdaten zu verstehen sind. Andererseits werden diese Daten demonstrativ nach Datenkategorien beschrieben. Mit „Struktur“ wird der anatomische Aufbau des Körpers oder von Teilen des Körpers bezeichnet. Der Begriff „Teil“ des Körpers bezieht sich nicht nur auf sichtbare Ausprägungen, sondern auf alle Organe und Systeme, die in der medizinischen Wissenschaft als abgrenzbare Teile des Ganzen angesehen werden. Mit „Funktion“ werden die im menschlichen Körper ablaufenden Prozesse oder Vorgänge umschrieben, während „Zustand“ eine Beschreibung des Status ist. Ferner sind den Begriffen „Struktur“ bzw. „Funktion“ sowohl die personenbezogenen Basis-Informationen über das Erbgut (Sequenzdaten der DNA) als auch die daraus gewonnenen Erkenntnisse, etwa über die Bedeutung einer bestimmten Sequenz sowie die im Rahmen der Proteomik gewonnenen Erkenntnisse zu subsumieren. Mit lit. c werden Datenarten bezeichnet, die bei Bedarf im Rahmen der medizinischen Diagnostik erhoben werden und andererseits Sachverhalte – z.B. Daten über das Sexualleben, die dem Begriff „Lebensgewohnheiten“ zuzuordnen sind – betreffen, die selbst Gegenstand medizinischer Fragestellungen sein können.

Zu Z 2:

Ansatzpunkt für die im vorliegenden Entwurf vorgesehenen Datensicherheitsmaßnahmen ist das Gefahrenpotenzial beim Transport von Gesundheitsdaten. Als Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter sind jene Einrichtungen anzusehen, die durch eine „regelmäßige“ und „berufsmäßige“ Auslösung von Kommunikationsvorgängen mit Gesundheitsdaten zu diesem Gefahrenpotenzial beitragen. Durch die Qualifikation der „Regelmäßigkeit“ sollen gelegentliche Übertragungsvorgänge, wie etwa fallweises Melden gesundheitsbezogener Angaben der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von Unternehmen, nicht dem Gesetz unterliegen.

Zu Z 3:

Der elektronische Gesundheitsdatenaustausch kann in unterschiedlicher technologischer Ausprägung (z.B. Mail, automatisierte Server-Server/Kommunikation, Client-Server/Applikationen) erfolgen. Dem Gesetz unterliegen alle Varianten und unabhängig davon, ob die Gesundheitsdaten aktiv weitergeben oder der Kommunikationspartnerin/dem Kommunikationspartner Zugriffsrechte auf Datenbestände eingeräumt werden. Nicht von Bedeutung ist, in welchem Datenformat oder in welcher Kombination von Datenformaten („multimediale Gesundheitsdaten“) die Gesundheitsdaten in elektronischer Form verwendet werden.

Zu Z 4:

Gemäß DSG 2000 (§ 7) ist die Übermittlung von Daten nur dann zulässig, wenn der Empfänger dem Übermittelnden seine ausreichende gesetzliche Zuständigkeit oder rechtliche Befugnis – soweit diese nicht außer Zweifel steht – im Hinblick auf den Übermittlungszweck glaubhaft gemacht hat. Durch die berufliche/betriebliche Klassifizierung, die von der hiezu befugten Autorität zu bestätigen ist, soll dieser

Prozess der Glaubhaftmachung in elektronisch überprüfbarer Form unterstützt und damit das für den elektronische Gesundheitsdatenaustausch vorauszusetzende Vertrauen gewährleistet werden. Grundsätzlich wird jedoch im Entwurf davon ausgegangen bzw. vorausgesetzt, dass Gesundheitsdaten rechtlich zulässig (gemäß DSGVO 2000) ausgetauscht werden.

Zu § 3 (Nachweis und Prüfung von Identität und Rolle):

Die Bestimmung legt in grundsätzlicher Form fest, dass Gesundheitsdaten in elektronischer Form nur ausgetauscht werden dürfen, wenn die Identität und die Rolle elektronisch nachgewiesen und geprüft sind.

Eine Gesundheitsdiensteanbieterin/Ein Gesundheitsdiensteanbieter hat die Wahlmöglichkeit, ob sie/er die Nachweise gesondert erbringt und prüfbar macht oder dies im Wege der Eintragung in den eHealth-Verzeichnisdienst ermöglicht.

Zu § 4 (Identität):

Nachweis und Prüfung der Identität erfolgen durch Vorlage bzw. Prüfung eines Zertifikats. Der Identitätsnachweis kann unter Hinweis auf die Eintragung in den eHealth-Verzeichnisdienst unterbleiben, die Prüfung wird durch Verifizierung der Verzeichniseintragung vereinfacht. Die Identitätsprüfung hat im Rahmen der Eintragung zu erfolgen, die Aktualität der Daten wird durch die Verpflichtung zur laufenden Berichtigung gewährleistet.

Durch die Festlegung von qualitativen Mindestanforderungen an die zu verwendenden Zertifikate steht jenen Gesundheitsdiensteanbietern, die bereits über fortgeschrittenere Technologien (z.B. Bürgerkarte) verfügen, die Möglichkeit offen, diese auch zu verwenden.

Die Abs. 3 und 4 sehen besondere Bestimmungen für die Identifizierung bei speziellen technischen Lösungen (server-server, client-server) vor, wobei die Modalitäten für Identitätsprüfungen im Rahmen von client-server/Anwendungen zu dokumentieren und ihre Beachtung nachzuweisen sind (Abs. 5 bzw. § 8 Abs. 2).

Zu § 5 (Rollen)

Mit der in Abs. 1 vorgesehenen Verordnung sind die Rollen für den elektronischen Gesundheitsdatenaustausch sowie jene Stellen, die diese Rollen bestätigen, festzulegen. Bezüglich der Rollen werden dies nicht nur die Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter im engeren Sinn sein, sondern auch Personen oder Institutionen, die an den Schnittstellen von Gesundheits- und Sozialwesen tätig sind und aufgrund ihrer beruflichen oder betrieblichen Tätigkeit regelmäßig Gesundheitsdaten verwenden (z.B. Rehabilitationseinrichtungen).

Die Bestätigung der Rollen soll im Wesentlichen durch juristische Personen des öffentlichen Rechts erfolgen. Dies können berufliche Interessenvertretungen (z.B. Österreichische Ärztekammer, Österreichische Apothekerkammer) oder solche Einrichtungen sein, die aufgrund bestehender Rechtsvorschriften zur Festlegung von Voraussetzungen für den Betrieb oder die Erteilung von Betriebsbewilligungen berufen sind. Bestehen für bestimmte Rollen solche Einrichtungen nicht, ist in der Verordnung zu festzulegen, welche Stelle eine solche Bestätigung erteilt.

Der Nachweis bzw. die Prüfung der Rolle orientieren sich an den Bestimmungen der Identitätsprüfung, womit unterstrichen wird, dass diese Vorgänge im Rahmen des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches eine Einheit bilden sollen. Im Hinblick darauf, dass Identitätsnachweis und -prüfung auch mittels qualitativ besseren Methoden möglich sein soll, werden beide Vorgänge getrennt geregelt.

Zu § 6 des Entwurfs (Vertraulichkeit):

Die Sensibilität der Gesundheitsdaten gebietet, für ihren Transport mittels Medien, die eine Verletzung der Vertraulichkeit der Daten nicht ausschließen lassen, einen angemessenen Schutz durch Verwendung kryptographischer Verfahren und Methoden vorzusehen. Die dafür in Betracht kommenden qualitativen Mindestanforderungen sind in der Verordnung gemäß § 7 Abs. 5 festzulegen.

Nicht ausschließlich dem Zugriff von Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern unterliegt etwa die Übermittlung von Gesundheitsdaten per Funk (z.B. wireless LAN) sowie die Übermittlung von Gesundheitsdaten über vertraglich zugesicherte Leitungen von Fremdbetreiberinnen/Fremdbetreibern, wenn diese Leitungen auch anderen Nutzerinnen/Nutzern (z.B. bei Vereinbarungen über die Zurverfügungstellung von Bandbreiten) zur Verfügung gestellt werden (können). Ausschlaggebend für die Beurteilung der Ausschließlichkeit des Zugriffs ist eine objektive Betrachtung anhand der jeweiligen technischen Ausprägungen des verwendeten Mediums und nicht die im Zuge der Bereitstellung der Leitung allenfalls erfolgten (vertraglichen) Zusicherungen der/des Verfügungsberechtigten der Leitung. Die Ausschließlichkeit ist jedenfalls dann nicht gegeben, wenn der Datentransport – wenn auch

nur teilweise – über das Internet erfolgt. Als wirtschaftlich nicht vernünftig ist ein Aufwand insbesondere dann anzusehen, wenn er auf Grund des dafür erforderlichen Aufwands (einzusetzende Ressourcen) von einem betriebswirtschaftlich zweckmäßig handelnden Subjekt zur Erzielung des beabsichtigten Erfolgs nicht getätigt würde.

Die Vertraulichkeit kann wirksam nur dann gewährleistet werden, wenn die Verschlüsselung vor Durchführung des Transports der Gesundheitsdaten durchgeführt wird. Abs. 2 schließt daher auch aus, dass Gesundheitsdaten über die in Abs. 1 bezeichneten Medien im Klartext an eine Dienstleisterin/einen Dienstleister, Netzbetreiberin/Netzbetreiber (Provider) oder an einen sonstigen, zwischen weitergebender/weitergebendem und empfangender/empfangendem Gesundheitsdiensteanbieterin/absendenden Gesundheitsdiensteanbieter eingeschaltete Informationsmittlerin/ingeschalteten Informationsmittler weitergegeben werden. Nicht ausgeschlossen ist dadurch, dass Informationsmittlerinnen/Informationsmittler Gesundheitsdaten zu Transportzwecken entschlüsseln oder umschlüsseln (Ent- und Neuverschlüsselung). Diesbezügliche Datenschutz- bzw. Datensicherheitsvereinbarungen müssen jedoch zwischen Auftraggeberin/Auftraggeber und Dienstleisterin/Dienstleister für den konkreten Einzelfall getroffen werden.

Zu § 7 des Entwurfs (Integrität):

Die Überprüfbarkeit der Integrität (Unverfälschtheit) der elektronisch ausgetauschten Gesundheitsdaten ist durch die elektronische Signierung der weiterzugebenden Gesundheitsdaten sicher zu stellen. Die Empfängerin/Der Empfänger der Gesundheitsdaten hat sich durch Signaturprüfung zu vergewissern, dass die Gesundheitsdaten während des elektronischen Transports nicht verändert wurden.

Die Verwendung elektronischer Signaturen kann bei bestimmten Arten des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches etwa aus technischen Gründen nicht zweckmäßig oder notwendig sein (z.B. bei Datenzugriffen oder –weitergaben über virtual private networks). Abs. 2 lässt daher abweichende Lösungen zu, für die die Gründe, die technische Ausprägung und die Kontrollmechanismen zu dokumentieren sind und die der Auskunftspflicht gemäß § 8 Abs. 2 unterliegen.

Die Anbringung elektronischer Signaturen kann automationsunterstützt erfolgen, demnach müssen die elektronischen Signaturen im Sinne dieses Bundesgesetzes nicht die Anforderungen einer sicheren elektronischen Signatur gemäß Signaturgesetz erfüllen.

Bestehen auf Grund der Signaturprüfung Zweifel an der Integrität der übertragenen Daten (Fehlschlagen der Signaturprüfung), dürfen die empfangenen Gesundheitsdaten nicht verwendet werden. Auf die speziell auf Notfälle abstellende Regelung in § 17 Abs. 2 wird hingewiesen.

Zu § 8 (Dokumentation):

Von diesem Bundesgesetz nicht erfasst wird der innerorganisatorische (innerbetriebliche) elektronische Gesundheitsdatenaustausch. Die im innerorganisatorischen Bereich zu treffenden bzw. getroffenen Datenschutz- und Datensicherheitsmaßnahmen einschließlich der Mechanismen ihrer Kontrolle sind gemäß § 14 DSGVO 2000 zu dokumentieren, was mit Abs. 1 klar gestellt wird. In den §§ 4, 5 und 7 sind jedoch für bestimmte technische Ausprägungen des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches Abweichungen von den getroffenen Regelungen zugelassen, die einer ergänzenden Dokumentations- und Auskunftspflicht unterliegen.

Zu § 9 des Entwurfs (eHealth-Verzeichnisdienst):

Auf Grund der Fragmentierung des Gesundheitswesens und damit auch der Leistungserstellung sind bundesweit keine komprimierten Informationsgrundlagen über Art und Anzahl der am elektronischen Gesundheitsdatenaustausch teilnehmenden Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter verfügbar. Der eHealth-Verzeichnisdienst dient einerseits der statistischen Erfassung und Ausweisung von Personen und Einrichtungen, die am elektronischen Gesundheitsdatenaustausch teilnehmen, andererseits werden in ihm die Zuordnungen von Rollen zu Gesundheitsdiensteanbietern ausgewiesen. Durch Vorkehrungen für eine hohe Datenqualität und –aktualität wird nicht nur das notwendige Vertrauen hinsichtlich der rollenbezogenen Identität der Kommunikationspartnerin/des Kommunikationspartners geschaffen, sondern können die organisatorischen und technischen Maßnahmen zur Gewährleistung von Datensicherheit auf ein ökonomisch zweckmäßiges Ausmaß beschränkt werden. Der weitere Nutzeffekt des Verzeichnisdienstes ist die Verwendung der Daten für Planungs- und Berichtszwecke.

Der Zugriff auf den Verzeichnisdienst wird zunächst auf Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter, Registrierungsstellen und die Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsverwaltung eingeschränkt. Der Verzeichnisdienst nimmt daher am Replikationsmechanismus mit vergleichbaren Verzeichnissen nicht teil; diese Möglichkeit kann allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt und nach Vorliegen entsprechender Erfahrungen mit Verordnung eröffnet werden. Demgegenüber wird es den in Abs. 5 genannten Stellen gestattet, die Daten auf ihre Anlagen zu replizieren. Damit wird eine

Vereinfachung der Prüfungsvorgänge vor Ort und die Reduzierung der Verfügbarkeit des Verzeichnisses angestrebt.

Mit Verordnung (Abs. 6) der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/des Bundesministers für Gesundheit und Frauen wird eine Präzisierung der in den Verzeichnisdienst aufzunehmenden Daten vorgenommen bzw. werden nähere Bestimmungen über die Führung des Verzeichnisses erlassen.

Zu § 10 des Entwurfs (Inhalte des Verzeichnisses):

In den Verzeichnisdienst jedenfalls aufzunehmen sind die in Abs. 1 bezeichneten Daten. Dem Förderungsaspekt der elektronischen Kommunikation von Gesundheitsdaten entsprechend, können jedoch zusätzliche Angaben, etwa über die von der Gesundheitsdiensteanbieterin/vom Gesundheitsdiensteanbieter angebotenen elektronischen Dienste (z.B. web services), aufgenommen werden (Abs. 4).

Zur Aufnahme des in Abs. 1 Z 3 vorgesehenen Identifikationsmerkmals für Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter ist festzuhalten, dass es derzeit kein Österreich weit akzeptiertes Identifikationsmerkmal für Gesundheitsdiensteanbieter gibt, sondern verschiedene Systeme (Krankenanstaltennummer, Vertragspartnernummer, Apothekenbetriebsnummer u.dgl.) zur Anwendung gelangen, die von den jeweils vergebenden Institutionen verwaltet werden. Für manche Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter bestehen derzeit keine vergleichbaren Kennzeichen. Für eine systematische Erfassung und Auffindbarkeit von Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern spielt jedoch eine eindeutige Identifikation eine entscheidende Rolle. Ihr Fehlen könnte insbesondere bei der Erstellung und Wartung von Datenbanksystemen, die Österreich weite Daten enthalten, zu erheblichen Problemen führen. Auf die vordringliche Inangriffnahme dieser Problematik wurde bereits in den Magdalena-Empfehlungen hingewiesen. Für den Aufbau des Identifikationskennzeichens bieten sich die veröffentlichten Standards für die Registrierung von Personen, Organisationen bzw. Informationsobjekten als Orientierung an. Dies sind insbesondere die diesbezüglichen ISO/IEC-Standards und die in Umsetzung dieser Standards verabschiedete ÖNORM A 2642 (Abs. 2). Dieses System gewährleistet eine weltweit eindeutige Identifizierung von Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern.

Zur Rolle (Abs. 1 Z 4) ist festzuhalten, dass eine Gesundheitsdiensteanbieterin/ein Gesundheitsdiensteanbieter mehrere Rollen einnehmen kann (z.B. Psychotherapeut/Psychotherapeutin - niedergelassene Ärztin/niedergelassener Arzt). Im Verzeichnisdienst müssen alle Rollen, einschließlich der sie bestätigenden (unterschiedlichen) Autoritäten, aufgenommen werden können.

Die geografische Lokalisierung von Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern (Abs. 1 Z 5) bezweckt, den Verzeichnisdienst nach regionalen Gesichtspunkten für Planungs- und Berichtszwecke auswerten zu können (z.B. zur Feststellung der elektronischen Versorgungsdichte). Dafür kommen der ISO-Standard 3166 oder ähnliche Standards in Betracht. Bei Bedarf nach präziseren regionalen Angaben wäre die dafür erforderlichen Detaillierungen in der Verordnung gemäß § 9 Abs. 6 vorzunehmen.

Zu § 11 des Entwurfs (Antrag auf Aufnahme in den eHealth-Verzeichnisdienst):

Die Aufnahme in den Verzeichnisdienst ist grundsätzlich freiwillig. Die Bestimmung korrespondiert mit den Bestimmungen der §§ 3 bis 5, wonach der Nachweis und die Prüfung von Identität und Rolle grundsätzlich auch auf anderem Wege möglich sein soll.

In den Verzeichnisdienst können auch nicht im Inland tätige Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter aufgenommen werden, auf verfahrenstechnische Besonderheiten wird jeweils (z.B. Abs. 3) verwiesen.

Kann die Registrierungsgeberin/der Registrierungsgeber ihren/seinen beruflichen bzw. betrieblichen Tätigkeitsbereich keiner der festgelegten Rollen zuordnen, hat sie/er der Registrierungsstelle ergänzende Angaben zur Verfügung zu stellen.

Zu § 12 des Entwurfs (Registrierungsverfahren):

Die Registrierungsstelle hat die Angaben der Registrierungsgeberin/des Registrierungsgebers zu prüfen und sie/ihn bei Mängeln zur Verbesserung aufzufordern. Ebenso hat sie sich von ihrer/seiner Identität zu überzeugen, sofern diese ihr nicht bereits bekannt ist. Bei nicht im Inland tätigen Registrierungsgeberinnen/Registrierungsgebern hat sie zudem die Gleichwertigkeit der angegebenen Rolle zu überprüfen. Verbleiben Zweifel an den Voraussetzungen für die Registrierung, hat die Registrierungsstelle die Registrierung an die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/den Bundesminister für Gesundheit und Frauen abzutreten.

Um die Gefahr eines „Datenfriedhofes“ zu reduzieren, werden gemäß Abs. 4 durch drei Jahre hindurch unveränderte (nicht aktualisierte) Registrierungen gesperrt und – sofern auch auf Benachrichtigung der

Registrierten/des Registrierten weiterhin keine Aktualisierung erfolgt – nach Ablauf von fünf Jahren endgültig gelöscht.

Die formlose (elektronische) Verständigung über die durchgeführte Registrierung oder Sperre muss die OID, die Information über Aktualisierungspflicht (§ 11 Abs. 2) sowie die Folgen ihrer Unterlassung enthalten.

Zu § 13 des Entwurfs (Registrierungsstellen):

Bezüglich der Registrierung von Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern sind bereits Initiativen in praktischer Umsetzung, die in die Registrierungsorganisation einbezogen werden sollen. Bei der Ermächtigung sind jedoch die in Abs. 1 festgelegten qualitativen Anforderungen zu beachten, deren nachprüfbare Einhaltung die Qualität des Verzeichnisdienstes sicher stellen soll. Um die Aktualität bzw. Richtigkeit des Verzeichnisdienstes zu gewährleisten, können die Registrierungsstellen Berichtigungen von Registrierungen auch aufgrund eigener Wahrnehmungen durchführen (vgl. § 12 Abs. 4).

Abs. 3 trifft Vorkehrungen für eine ausreichende Publizität der Registrierungsorganisation; für die Veröffentlichung bietet sich insbesondere der Informationsdienst gemäß § 16 an.

Zu § 14 des Entwurfs (Monitoring):

In einem geradezu boomenden Markt werden ständig neue Technologien und Kommunikationsdienstleistungen (z.B. im Bereich der mobilen Datenübertragung) angeboten, deren Verwendung auch im Gesundheitswesen zweckmäßig sein kann. Von Österreich – wie auch einigen anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union – werden durchschnittlich mehr als 8% des BIP für das Gesundheitswesen aufgewendet. Allerdings betreffen derzeit nur rund 1% dieser Ausgaben Investitionen für Informations- und Kommunikationstechnologien. Absicht der EU ist es, diesen Anteil bis 2010 auf 5% zu steigern. Entsprechendes Datenmaterial für Österreich, weder über den aktuellen Stand der Ausstattung, noch vergleichbare ökonomische Kenngrößen, ist nicht verfügbar. Ebenso nicht verfügbar sind Grundlagendaten über die Art und den Umfang gesundheitstelematischer Anwendungen und den tatsächlichen Umfang des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches. Diese fehlenden Basisinformationen haben sich nicht nur im Rahmen des Monitoring und Berichtswesens gegenüber der EU als wenig vorteilhaft erwiesen, sondern schränken auch die Entscheidungsgrundlagen auf nationaler Ebene ein. Abs. 1 sieht daher nicht nur eine entsprechende Marktbeobachtung und Analysetätigkeit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/des Bundesministers für Gesundheit und Frauen im Bereich der Technologien vor, sondern versucht durch den Aufbau eines standardisierten Berichtswesens unter Einbeziehung der im Verzeichnisdienst enthaltenen Daten (Abs. 2) diese Informationslücken zu schließen. Das Monitoring wird demnach auch die Planungs- und Koordinationsaufgaben auf den strategischen Ebenen unterstützen und zur Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung beitragen. Darüber hinaus sollen die damit erzielten Ergebnisse auch für das Berichtswesen an die EU verwendet werden (Abs. 3) und somit zu einer – durch Fakten belegbaren – besseren Positionierung Österreichs beitragen.

Die Veränderungen, die der Einsatz moderner Technologien mit sich bringt, werden zwar vielfach in Diskussionen eingebracht, sind aber mangels methodisch abgesicherter Untersuchungen nicht ausreichend nachgewiesen. Evaluierungen des Telematikeinsatzes im Gesundheitswesen nach volkswirtschaftlichen und/oder versorgungsspezifischen Gesichtspunkten sind bisher – wenn überhaupt – nur punktuell (projektbezogen), nach betriebswirtschaftlichen Aspekten oder nach regionalen Gesichtspunkten erfolgt. Die gesellschaftspolitischen Dimensionen des Technologieeinsatzes, zumeist mit dem Schlagwort „digital divide“ beschrieben, sind ebenfalls nicht ausreichend belegt. Abs. 4 sieht daher vor, die Auswirkungen des IKT-Einsatzes im österreichischen Gesundheitswesen zu untersuchen bzw. darzustellen.

Zu § 15 des Entwurfs (Qualitätssicherung gesundheitsbezogener Web-Informationen):

Internet-Seiten, die gesundheitsbezogene Informationen offerieren, verzeichnen aufgrund des offenkundigen Interesses der Betroffenen an ihrem Gesundheitszustand bzw. an Behandlungsmöglichkeiten eine immens hohe Anzahl an Zugriffen. Demgegenüber ist allerdings auch bekannt, dass viele dieser einschlägigen Angebote qualitativ unzureichend oder für den Verbraucher gar irreführend sein können. Gesetzliche Maßnahmen, die die Anbieterinnen/Anbieter von gesundheitsbezogenen Informationen zu einem sorgfältigen Verhalten verpflichten, sind aufgrund der Beschaffenheit des Internet nicht zielführend. Mit den in Abs. 1 vorgesehenen Leitlinien soll daher primär den Verbraucherinnen/den Verbrauchern eine Orientierungshilfe für die Beurteilung gesundheitsbezogener Web-Inhalte angeboten werden. In weiterer Folge geben sie aber auch den Informationsanbieterinnen/Informationsanbietern Anhaltspunkte dafür, welche Kriterien bei der Gestaltung ihres Angebotes zu beachten sind. Diese Maßnahmen erfolgen im Kontext zu einer vergleichbaren Aktivität der Europäischen Union, als deren Ergebnis bereits Vorgaben für die Erarbeitung solcher Kriterien publiziert wurden. Mit dem Beschwerdemangement (Abs. 2) soll

die Möglichkeit eröffnet werden, Verstößen nachzugehen und diese bei Nichtbereinigung den Verbrauchern informativ zur Verfügung zu stellen.

Die Leitlinien (Kriterien) und das Beschwerdemanagement sollen sich nicht auf solche Web-Angebote beziehen, die nach anerkannten Standards qualitätsgeprüft bzw. -überwacht sind (Abs. 3). Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang stellvertretend für eine Vielzahl von diesbezüglichen Initiativen die schweizer Health on the Net Foundation.

Zu § 16 des Entwurfs (Informationsdienst):

Im Rahmen der Gesundheitstelematik entsteht eine hohe Anzahl von Informationen, die zwar von allgemeinem Interesse sind, jedoch schwer zugänglich oder im Rahmen des vorgesehenen Berichtswesens nicht abbildbar sind. Der Informationsdienst soll daher zu einer elektronischen Informationsplattform ausgestaltet werden. Die in Abs. 2 genannten besten Praktiken werden insbesondere jene Anwendungen und Dienste im Gesundheitswesen betreffen, die im Rahmen des Berichtswesens nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt bzw. nicht umfassend genug dargestellt werden können. Auf die diesbezügliche Initiativen der EU (eEurope-Aktionspläne und eHealth-Aktionsplan) wird hingewiesen. Wird ein solcher Informationsdienst eingerichtet, sind in ihm jedenfalls die Ergebnisse des Berichtswesens und der Evaluierungen sowie die im Zusammenhang mit dem EU-Monitoring entstehenden Informationen zu veröffentlichen (Abs. 4). Die Beachtung datenschutz- oder urheberrechtlicher Restriktionen bei den Veröffentlichungen wird durch Abs. 5 sicher gestellt.

Zu § 17 des Entwurfs (Verwaltungsstrafbestimmungen):

Abs. 1 normiert Verwaltungsstraftatbestände bei Verstößen gegen Datensicherheitsbestimmungen. Mit Abs. 3 werden Verstöße gegen die unzulässige Verwendung der aus dem eHealth-Verzeichnisdienst replizierten Daten geahndet.

Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter können insbesondere bei medizinischen Notfällen mit einer Pflichtenkollision konfrontiert werden, die aus der Pflicht zur Hilfeleistung und der Einhaltung der Datensicherheitsbestimmungen resultiert. Abs. 2 normiert daher einen Schulausschlussgrund für jene Fälle, in denen zwar objektiv eine Verwaltungsübertretung vorliegt, das Leben oder die gesundheitsbezogene Integrität der/des Betroffenen jedoch die eindeutig schützenswerteren Rechtsgüter darstellen.

Zu § 20 des Entwurfs (Übergangsbestimmungen):

Abs. 1 bewirkt eine Vorlaufzeit für die Implementierung des Verzeichnisdienstes, mit der nicht nur die technologischen Vorkehrungen getroffen werden können, sondern auch der Arbeitsanfall für Registrierungen bis zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens besser gesteuert werden kann.

Mit dem Entwurf sind eine Reihe von Neuerungen beim elektronischen Gesundheitsdatenaustausch vorgesehen, die mit einem Umstellungsaufwand der Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter verbunden sind. Für die Umsetzung der in Abschnitt 2 festgelegten Datensicherheitsmaßnahmen wird daher in Abs. 2 ein Übergangszeitraum bis Ende 2007 vorgesehen, wobei angenommen wird, dass in diesem Zeitraum auch aus anderen Gründen Software-Anpassungen durchgeführt werden bzw. ungeeignete Hardware ersetzt wird.

Textgegenüberstellung zu Art. 1 (KAKuG)

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
§ 2a. (1)	§ 2a. (1)
(2)	(2)
(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. a und b auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.	(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b und c auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.
(4)	(4)
§ 3. (1)	§ 3. (1)
(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn insbesondere	(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn insbesondere
a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;	a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;
b);	b);
c)	c)
d)	d)

<p>(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 Fondsrankenanstalt) 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.</p>	<p>(2a) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (im Folgenden kurz: Träger der Fondsrankenanstalt) 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.</p>
<p>(3)</p>	<p>(3)</p>
<p>(4) Eine Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere</p>	<p>(4) Eine Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere</p>
<p>a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 und bei Fondsrankenanstalten überdies eine Bewilligung gemäß Abs. 2a erteilt worden ist;</p>	<p>a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 und bei Fondsrankenanstalten überdies eine Bewilligung gemäß Abs. 2a erteilt worden ist;</p>
<p>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;</p>	<p>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;</p>
<p>c) die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;</p>	<p>c) die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;</p>
<p>d) gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 6) keine Bedenken bestehen;</p>	<p>d) gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 6) keine Bedenken bestehen;</p>
<p>e) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 7 Abs. 1) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 7 Abs. 4) sowie glaubhaft gemacht wird, daß auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird.</p>	<p>e) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 7 Abs. 1) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 7 Abs. 4) sowie glaubhaft gemacht wird, daß auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird.</p>

<p>(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es lediglich bei Ambulatorien einer Bewilligung zur Errichtung; diese ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung der Ärzte bzw. Dentisten oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Dentistenkammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn der Bedarf durch die Landesregierung festgestellt ist. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betriebe der Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 4 lit. b, c und d gegeben sind.</p>	<p>(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es lediglich bei Ambulatorien einer Bewilligung zur Errichtung; diese ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung der Ärzte bzw. Dentisten oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Dentistenkammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn der Bedarf durch die Landesregierung festgestellt ist. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines Ambulatoriums beauftragt. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betriebe der Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 4 lit. b, c und d gegeben sind.</p>
(6)	(6)
(7)	(7)
(8)	
<p>§ 4. (1) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 beziehen, ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind. Diese ist insbesondere nur dann zu erteilen, wenn das Vorhaben dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan entspricht. Bei Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.</p>	<p>§ 4. (1) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 beziehen, ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind. Diese ist insbesondere nur dann zu erteilen, wenn das Vorhaben dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan entspricht. Bei Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.</p>
(2)	(2)
<p>§ 10. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Krankenanstalten zu verpflichten:</p>	<p>§ 10. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Krankenanstalten zu verpflichten:</p>
1.	1.
2.	2.
3.;	3.;

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 Pfléglingen zu übermitteln;	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 Landesgesundheitsfonds im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfléglingen zu übermitteln;“
5.	5.
6.;	6.;
7;	7.
8.	8.
(2)	(2)
(3)	(3)
(4)	(4)
(5).....	(5).....
§ 10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, für öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und für private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befindet.	§ 10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes bzw. des diesen ersetzenden Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (im Folgenden: ÖSG) befindet.
(2)	(2)
§ 11. (1)	§ 11. (1)

<p>(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.</p>	<p>(2) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand (§ 34) oder Zahlungen aus dem Landesgesundheitsfonds (§ 27b) erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass die wirtschaftliche Aufsicht durch den Landesgesundheitsfonds wahrgenommen wird.</p>
<p>(3)</p>	<p>(3)</p>
<p>(4) Der Abschluß von Verträgen nach § 148 Z 10 ASVG bedarf, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht das Land ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.</p>	<p>(4) Der Abschluß von Verträgen nach § 148 Z 10 ASVG bedarf, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht das Land ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.</p>
<p>(5)</p>	<p>(5)</p>
<p>§ 16. (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn</p>	
<p>a);</p>	<p>a);</p>
<p>b);</p>	<p>b);</p>
<p>c);</p>	<p>c);</p>
<p>d);</p>	<p>d);</p>
<p>e) LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren 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 sind;</p>	<p>e) LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren 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 sind;“</p>
<p>f)</p>	<p>f)</p>
<p>g)</p>	<p>g)</p>
<p>(2)</p>	<p>(2)</p>
<p>§ 24. (1)</p>	<p>§ 24. (1)</p>

<p>(2) Bei der Entlassung eines Pfleglings ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Arztbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu enthalten hat. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben, wenn medizinisch vertretbar, den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu berücksichtigen. Dieser Arztbrief ist nach Entscheidung des Pfleglings</p>	<p>(2) Bei der Entlassung eines Pfleglings ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Arztbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu enthalten hat. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben, wenn medizinisch vertretbar, den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu berücksichtigen. Erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Arztbrief ist nach Entscheidung des Pfleglings</p>
1.	1.
2.	2.
3.	3.
(3)	(3)
(4)	(4)
§ 26. (1)	§ 26. (1)
(2)	(2)
	<p>(3) Die Träger können ihrer Verpflichtung nach Abs. 1 auch durch Vereinbarung mit anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten, mit Gruppenpraxen oder anderen ärztlichen Kooperationsformen entsprechen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass alle einschlägigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes eingehalten werden. Solche Verträge bedürfen der Genehmigung der Landesregierung.</p>
LKF-Gebühr; Pflege- und Sondergebühr	LKF-Gebühr; Pflege- und Sondergebühr
<p>§ 27. (1) Mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.</p>	<p>§ 27. (1) Mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.</p>

<p>(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.</p>	<p>(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.</p>
<p>(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.</p>	<p>(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 Eurowertes je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie der Berechnung der Pflegegebühren nicht zu Grunde gelegt werden.</p>
<p>(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:</p>	<p>(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:</p>
<p>1. ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren eingehoben werden können;</p>	<p>1. ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren eingehoben werden können;</p>
<p>2. ob und welches Entgelt für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme vorgeschrieben werden kann;</p>	<p>2. ob und welches Entgelt für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme vorgeschrieben werden kann;</p>
<p>3. ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind, sofern diese Leistungen nicht durch den Landesfonds abgegolten werden;</p>	<p>3. ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind, sofern diese Leistungen nicht durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden;</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pfléglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.</p>	<p>(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4, §§ 27a und 46) darf von Pfléglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.</p>
<p>(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.</p>	<p>(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.</p>

Landesfonds	Landesgesundheitsfonds
<p>§ 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.</p>	<p>§ 27b. (1) Die an sozialversicherten Pflegelingen in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen sind mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren gemäß § 27 Abs. 4 über Landesgesundheitsfonds abzurechnen. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass auch Leistungen, die für nicht sozialversicherte Pflegelinge in Fondskrankenanstalten erbracht werden, über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden.</p>
<p>(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:</p>	<p>(2) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen Personen erbracht werden, sind über die Landesgesundheitsfonds leistungsorientiert durch nach den folgenden Grundsätzen zu ermittelnde LKF-Gebührenersätze abzurechnen:</p>
<p>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 Pflegeling ermittelt.</p>	<p>1. Im LKF-Kernbereich werden auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung die LKF-Punkte für den einzelnen Pflegeling ermittelt.</p>
<p>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.</p>	<p>2. Im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches kann die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesgesundheitsfonds auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen. Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:</p>
	<p>a) Zentralversorgung,</p>
	<p>b) Schwerpunktversorgung,</p>
	<p>c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und</p>
	<p>d) Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.</p>
	<p>Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.</p>
<p>3. In der Gestaltung des LKF-Steuerungsbereiches sind nur folgende Qualitätskriterien möglich:</p>	
<p>a) Krankenanstalten-Typ,</p>	
<p>b) Personalfaktor,</p>	
<p>c) Apparative Ausstattung,</p>	

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.	(3) Bis zur Einführung eines bundesweiten einheitlichen Abrechnungssystems für den ambulanten Bereich ist durch die Landesgesetzgebung zu bestimmen, in welcher Form ambulante Leistungen an Pflegelingen gemäß Abs. 1 und Leistungen im Nebenkostenstellenbereich durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden. Dies kann durch die Landesgesetzgebung auch dem Landesgesundheitsfonds übertragen werden.
(4) Weiters können im Rahmen der Landesfonds Mittel für Ausgleichszahlungen vorgesehen werden.	(4) Weiters können im Rahmen der Landesgesundheitsfonds 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.	(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. xxx/2004, ist Voraussetzung dafür, dass der Träger der Krankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erhält.

<p>§ 28. (1) Der Eurowert 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 Pflegling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Eurowert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Eurowert 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 Eurowert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.</p>	<p>§ 28. (1) Der Eurowert 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 Pflegling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Eurowert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Eurowert 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 Eurowert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.</p>
<p>(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.</p>	<p>(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 den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden.</p>
<p>(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.</p>	<p>(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.</p>
<p>(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.</p>	<p>(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.</p>

<p>(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.</p>	<p>(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.</p>
<p>§ 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.</p>	<p>§ 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.</p>
<p>(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</p>	<p>(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</p>
<p>1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,</p>	<p>1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,</p>
<p>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,</p>	<p>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,</p>
<p>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,</p>	<p>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,</p>
<p>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</p>	<p>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</p>
<p>5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind.</p>	<p>5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind.</p>

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

(3) Die Landesgesetzgebung kann die Regelungen gemäß Abs. 1 und 2 für Fondskrankenanstalten durch Finanzierungsregelungen über den Landesfonds zur Gänze oder teilweise ersetzen.	(3) Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass die Mittel zur Deckung des Betriebsabganges durch den Landesgesundheitsfonds verteilt werden.
§ 35. (1)	§ 35. (1)
(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 11 Abs. 2) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat in dem Falle einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.	(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 11 Abs. 2) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat in dem Falle einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.
(3)	(3)
§ 42. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte, die die Landesbehörden auf Grund der einschlägigen Bestimmungen der Ausführungsgesetze der Länder zu diesem Teil dieses Bundesgesetzes erteilen beziehungsweise verfügen, sind dem Landeshauptmann unverzüglich bekanntzugeben. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Strukturkommission (§ 59c) bekannt zu geben.	§ 42. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte, die die Landesbehörden auf Grund der einschlägigen Bestimmungen der Ausführungsgesetze der Länder zu diesem Teil dieses Bundesgesetzes erteilen beziehungsweise verfügen, sind dem Landeshauptmann unverzüglich bekanntzugeben. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Bundesgesundheitsagentur (§ 56a ff) bekannt zu geben.
§ 48. Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pflégelings geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschriften ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch unbeglichenen LKF-Gebühren oder Pflegegebühren auf den Rechtsträger der Krankenanstalt über.	§ 48. Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pflégelings geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschriften ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch unbeglichenen LKF-Gebühren oder Pflegegebühren auf den Rechtsträger der Krankenanstalt über.
§ 55. Der Bund ersetzt:	§ 55. Der Bund ersetzt:
1.;	1.;
2.;	2.;
3. Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse oder die auf Grund der Unterbringung tatsächlich entstandenen Kosten für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.	3. Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse oder die auf Grund der Unterbringung tatsächlich entstandenen Kosten für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.
Strukturfonds	Bundesgesundheitsagentur
§ 56a. Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.	§ 56a. Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Bundesgesundheitsagentur als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

<p>§ 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:</p>	<p>§ 57. (1) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur 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:</p>
<p>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;</p>	<p>1. 1,416 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. xxx/2004, genannten Betrages;</p>
<p>2. 31 249 318,69 Euro;</p>	<p>2. 31.426.240,71 Euro;</p>
<p>3. 127 177 459,79 Euro.</p>	<p>3. 127.000.000,00 Euro.</p>
<p>(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 83 573 759,29 Euro.</p>	<p>(2) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an die Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a jährlich Mittel in der Höhe von 83.573.759,29 Euro.</p>
<p>(3) Der Strukturfonds leistet an die Länder (Landesfonds) zur Finanzierung der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten jährlich folgende Beiträge:</p>	<p>(3) Die Bundesgesundheitsagentur leistet an die Landesgesundheitsfonds zur Finanzierung der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten jährlich folgende Beiträge:</p>
<p>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;</p>	<p>1. 1,416 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. xxx/2004 genannten Betrages;</p>
<p>2. 23 982 035,28 Euro;</p>	<p>2. 24.000.000,00 Euro;</p>
<p>3. 90 841 042,71 Euro;</p>	<p>3. 91.000.000,00 Euro;</p>
<p>4. 127 177 459,79 Euro 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.</p>	<p>4. 127.000.000,00 Euro nach Maßgabe des § 59d und nach Abzug der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, der Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen, Mittel für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung (z.B. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screening-programm, molekulargenetischen Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen und Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) und allfällige Mittel für Anstaltspflege im Ausland.</p>

<p>§ 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.</p>	<p>§ 58. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2005 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 Bundesgesundheitsagentur 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 § 12 Abs. 1 FAG 2005, BGBl. I Nr. xxx/2004, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Bundesgesundheitsagentur sind auszugleichen.</p>
<p>(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.</p>	<p>(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 die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.</p>
<p>(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.</p>	<p>(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 die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.</p>
<p>(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.</p>	<p>(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 die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.</p>
<p>§ 59. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 1 und 2 sind auf die Länder (Landesfonds) nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:</p>	<p>§ 59. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 1 und 2 sind auf die Landesgesundheitsfonds nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:</p>
<p>Burgenland 2,572</p>	<p>Burgenland 2,572</p>
<p>Kärnten 6,897</p>	<p>Kärnten 6,897</p>
<p>Niederösterreich 14,451</p>	<p>Niederösterreich 14,451</p>
<p>Oberösterreich 13,692</p>	<p>Oberösterreich 13,692</p>
<p>Salzburg 6,429</p>	<p>Salzburg 6,429</p>
<p>Steiermark 12,884</p>	<p>Steiermark 12,884</p>
<p>Tirol 7,982</p>	<p>Tirol 7,982</p>
<p>Vorarlberg 3,717</p>	<p>Vorarlberg 3,717</p>
<p>Wien 31,376</p>	<p>Wien 31,376</p>

<p>(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.</p>	<p>(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2005 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 Landesgesundheitsfonds 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 § 12 Abs. 1 FAG 2005, BGBl. I Nr. xxx/2004, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Landesgesundheitsfonds sind auszugleichen.</p>				
<p>(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.</p>	<p>(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.</p>				
<p>(4) die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 3 sind auf die Länder nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:</p>	<p>(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 3 sind auf die Landesgesundheitsfonds nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:</p>				
<table border="1"> <tr> <td>Burgenland</td> <td>2,559</td> </tr> </table>	Burgenland	2,559	<table border="1"> <tr> <td>Burgenland</td> <td>2,559</td> </tr> </table>	Burgenland	2,559
Burgenland	2,559				
Burgenland	2,559				
<table border="1"> <tr> <td>Kärnten</td> <td>6,867</td> </tr> </table>	Kärnten	6,867	<table border="1"> <tr> <td>Kärnten</td> <td>6,867</td> </tr> </table>	Kärnten	6,867
Kärnten	6,867				
Kärnten	6,867				
<table border="1"> <tr> <td>Niederösterreich</td> <td>14,406</td> </tr> </table>	Niederösterreich	14,406	<table border="1"> <tr> <td>Niederösterreich</td> <td>14,406</td> </tr> </table>	Niederösterreich	14,406
Niederösterreich	14,406				
Niederösterreich	14,406				
<table border="1"> <tr> <td>Oberösterreich</td> <td>13,677</td> </tr> </table>	Oberösterreich	13,677	<table border="1"> <tr> <td>Oberösterreich</td> <td>13,677</td> </tr> </table>	Oberösterreich	13,677
Oberösterreich	13,677				
Oberösterreich	13,677				
<table border="1"> <tr> <td>Salzburg</td> <td>6,443</td> </tr> </table>	Salzburg	6,443	<table border="1"> <tr> <td>Salzburg</td> <td>6,443</td> </tr> </table>	Salzburg	6,443
Salzburg	6,443				
Salzburg	6,443				
<table border="1"> <tr> <td>Steiermark</td> <td>12,869</td> </tr> </table>	Steiermark	12,869	<table border="1"> <tr> <td>Steiermark</td> <td>12,869</td> </tr> </table>	Steiermark	12,869
Steiermark	12,869				
Steiermark	12,869				
<table border="1"> <tr> <td>Tirol</td> <td>8,006</td> </tr> </table>	Tirol	8,006	<table border="1"> <tr> <td>Tirol</td> <td>8,006</td> </tr> </table>	Tirol	8,006
Tirol	8,006				
Tirol	8,006				
<table border="1"> <tr> <td>Vorarlberg</td> <td>3,708</td> </tr> </table>	Vorarlberg	3,708	<table border="1"> <tr> <td>Vorarlberg</td> <td>3,708</td> </tr> </table>	Vorarlberg	3,708
Vorarlberg	3,708				
Vorarlberg	3,708				
<table border="1"> <tr> <td>Wien</td> <td>31,465</td> </tr> </table>	Wien	31,465	<table border="1"> <tr> <td>Wien</td> <td>31,465</td> </tr> </table>	Wien	31,465
Wien	31,465				
Wien	31,465				
<p>(5) Diese Mittel sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.</p>	<p>(5) Diese Mittel sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.</p>				
<p>(6) Die Mittel des Strukturfonds gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:</p>	<p>(6) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:</p>				
<p>1. Zunächst sind von den 127 177 459,79 Euro jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:</p>	<p>1. Zunächst sind von den 127.177.459,79 Euro jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:</p>				

a) 3 633 641,71 Euro für das Bundesland (den Landesfonds) Oberösterreich,	a) 3.630.000,00 Euro für den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
b) 4 360 370,05 Euro für das Bundesland (den Landesfonds) Steiermark,	b) 4.360.000,00 Euro für den Landesgesundheitsfonds Steiermark
c) 3 633 641,71 Euro für das Bundesland (den Landesfonds) Tirol.	c) 3.630.000,00 Euro für den Landesgesundheitsfonds Tirol.
2. Sodann sind von den verbleibenden 115 549 806,32 Euro die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 2 906 913,37 Euro jährlich, die Mittel für die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen im Ausmaß von 2 180 185,03 Euro jährlich, bei einem Mehrbedarf jedoch bis zu höchstens 3 633 641,71 Euro 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.	2. Sodann sind von den verbleibenden 115.380.000,00 Euro die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 2,9 Mio. Euro jährlich, die Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen und Strukturreformen im Ausmaß von 3,5 Mio. Euro jährlich, die Mittel zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen und für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung im Ausmaß von 3,5 Mio. Euro jährlich abzuziehen und von der Bundesgesundheitsagentur 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. 39 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 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.	3. Die nach dem Abzug gemäß Z 2 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl, die sich nach dem vom Österreichischen Statistischen Zentralamt auf Grund der ordentlichen Volkszählung 2001 festgestellten Ergebnis bestimmt, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Landesgesundheitsfonds 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.	4. Im Ausmaß der Landesquoten gemäß Z 3 sind die Vermögenserträge der Bundesgesundheitsagentur und allenfalls in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpfte Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, für Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung den einzelnen Landesgesundheitsfonds zuzuteilen.
(7) Die Mittel gemäß Abs. 1 Z 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner, wobei die erste Rate am 20. April 2001 fällig ist, an die Länder (Landesfonds) zu überweisen, sofern die Voraussetzungen des § 59c erfüllt sind.	(7) Die Mittel gemäß Abs. 6 Z 1 und 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 2005 fällig ist, an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen, sofern die Voraussetzungen des § 59c erfüllt sind.
§ 59a. Aufgaben des Strukturfonds sind insbesondere	§ 59a. Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sind:

	(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat im Rahmen der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich folgende Aufgaben unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen sowie regionaler und länderspezifischer Erfordernisse wahrzunehmen:
1. Weiterentwicklung des Gesundheitssystems;	1. Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche;	2. Erstellung von Vorgaben für die transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich,
3. Festlegung und Revision des zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes einvernehmlich zwischen Bund und Ländern;	3. Leistungsangebotsplanung als Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 1 zu berücksichtigen sind, und Entwicklung geeigneter Formen der Zusammenarbeit von Leistungserbringern,
4. Qualitätssicherung einschließlich der Überprüfung der der LKF Bepunktung zu Grunde liegenden Leistungen;	4. Entwicklung und Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche,
5. Entwicklung und Implementierung eines verbindlichen flächendeckenden Qualitätssystems einvernehmlich zwischen Bund und Ländern unter Beiziehung der jeweils betroffenen Berufsgruppen;	5. Erarbeitung von Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung eines Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,
6. Planung des ambulanten Bereiches einvernehmlich zwischen Bund und Ländern unter Beiziehung der jeweils betroffenen Berufsgruppen;	6. Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
7. Klärung überregionaler Fragen bei der Umsetzung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes;	7. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik und der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA),
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;	8. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
9. Unterstützung des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen;	9. Erarbeitung von Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) gemäß Art. 26 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,

10. Entscheidung über die Finanzierung von Planungen und Strukturformen des Strukturfonds auf Vorschlag der Arbeitsgruppe gemäß § 59f Abs. 8 sowie Entscheidung über den Mehrbedarf an Mitteln im Einvernehmen zwischen Bund und Ländern;	10. Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur,
11. Erlassung von Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens;	11. Erstellung des Voranschlages und des Rechnungsabschlusses und
12. Erlassung von Richtlinien für Strukturqualitätskriterien und für fächer-spezifische, abgestufte Leistungsspektren im Einvernehmen zwischen Bund und Ländern;	12. Evaluierung der von der Bundesgesundheitsagentur wahrgenommenen Aufgaben.
13. Handhabung des Sanktionsmechanismus.	
	(2) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kostendämpfungen abgesichert wird.
§ 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	§ 59b. Organe des Bundes und Beauftragte der Bundesgesundheitsagentur 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 Fondskrankenanstalten handelt.
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.	

<p>§ 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.</p>	<p>§ 59c. Bei maßgeblichen Verstößen gegen festgelegte Pläne (z.B. Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes bzw. ÖSG) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation (z.B. des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. xxx/2004) hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 zurückzuhalten, bis der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.</p>
<p>§ 59d. (1) Der Strukturfonds hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) zur Erreichung folgender Ziele einzusetzen:</p>	<p>§ 59d. (1) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) zur Erreichung folgender Ziele einzusetzen:</p>
<p>1. Im Bereich der Organtransplantation ist die Kontinuität im Spenderaufkommen auf hohem Niveau (zirka 30 Organspender pro Millionen Einwohner) sicherzustellen.</p>	<p>1. Im Bereich des Organspendewesens ist die Kontinuität im Spenderinnen- und Spenderaufkommen auf hohem Niveau sicherzustellen. Darüber hinaus ist eine Steigerung der Anzahl der Organspender anzustreben (auf ca. 30 Organspenderinnen/Organspender pro Mio. EW).</p>
<p>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.</p>	<p>2. Im Bereich des Stammzelltransplantationswesens ist dafür zu sorgen, dass Spenderinnen/Spender in ausreichender Zahl registriert sind und zur Verfügung stehen. Das Vorgehen sowie die Zusammenarbeit aller daran beteiligten Institutionen für Spenderinnen/Spender und Patientinnen/Patienten hat so sicher und wirksam wie möglich zu erfolgen. Die Feststellung, ob das nationale Spendervolumen als ausreichend zu betrachten ist, obliegt dem beim ÖBIG eingerichteten Transplantationsbeirat (Bereich Stammzellspende)</p>
<p>(2) Der Strukturfonds hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) an die</p>	<p>(2) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) an die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer</p>
<p>1. Leistungserbringer für die Organgewinnung einschließlich der Vorbereitung und Transporte sowie</p>	<p>1. für den Bereich des Organspendewesens und</p>
<p>2. die Leistungserbringer im Rahmen des Stammzellspendewesens, insbesondere für die Registerfunktion und für die HLA-A,B-Typisierung der zu registrierenden potenziellen Stammzellspender</p>	<p>2. Den Bereich des Stammzellspendewesens</p>
<p>gemäß Abs. 3 bis 5 zu verteilen.</p>	<p>gemäß Abs. 3 bis 5 zu verteilen.</p>

(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:	(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:	1. Im Bereich des Organspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
a) Einrichtung „Regionaler Transplantationsreferenten“ mit der zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensiveinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen.	a) Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung an die spenderbetreuenden Krankenanstalten bzw. die betreffende Abteilung;
b) Zweckgewidmete pauschalierte Kostenersätze an die spenderbetreuenden Krankenanstalten pro gemeldetem und explantiertem Organ-spender.	b) Einrichtung und Administration „Regionaler Transplantationsreferenten“ bzw. regionaler Förderprogramme, mit der zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensiveinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen;
c) Zweckgewidmete Kostenersätze für den Einsatz von Transplantationskoordinatoren in den Transplantationszentren.	c) Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung 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.	d) Förderung der Einrichtung mobiler Hirntoddiagnostik-Teams sowie geeigneter Maßnahmen im Bereich bundesweiter Vorhaltung der Hirntoddiagnostik, die dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entspricht;
e) Abdeckung der Transportkosten, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen.	e) Förderung der Transporte, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen;
f) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von ÖBIG-Transplant.	f) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von ÖBIG-Transplant (Bereich Organspende).
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:	2. Im Bereich des Stammzellspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
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;	a) Förderung der HLA-Typisierung. Die Zahl der jährlich zu fördernden HLA-Typisierungen sowie deren Aufteilung auf die geeigneten Leistungserbringer sind jährlich im Voraus auf Expertenvorschlag vom Transplantationsbeirat des ÖBIG (Bereich Stammzellspende) festzulegen;

b) die Suche von Stammzellspendern (Registerfunktion).	b) Förderung der Suche und Betreuung von Stammzellspendern;
	c) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von ÖBIG-Transplant (Bereich Stammzellspende).
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.	3. Der Förderungsgeber kann auf Vorschlag des im ÖBIG eingerichteten Transplantationsbeirates (für den jeweiligen Bereich) beschließen, die Mittel auch für andere als die unter Z 1 und 2 genannten Maßnahmen einzusetzen.
	4. Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis zum 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.
(4) In der Strukturkommission werden einvernehmlich zwischen Bund und Ländern Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens erlassen.	(4) In der Bundesgesundheitskommission werden 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.	(5) Der jährlich erfolgte Mitteleinsatz ist in einer Jahresabrechnung zu dokumentieren und hinsichtlich der Effizienz zu evaluieren.
§ 59e. Über den Einsatz der für die Finanzierung von Planungen und Strukturereformen gemäß § 59 Abs. 6 Z 2 einzubehaltenden Mittel sowie einen Mehrbedarf entscheidet die Strukturkommission.	§ 59e. (1) Zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung (z.B. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm, molekulargenetischen Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen und Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) können von der Bundesgesundheitsagentur höchstens 3,5 Mio. Euro jährlich verwendet werden.
	(2) Die Bundesgesundheitskommission hat im Bedarfsfall Richtlinien über die Verwendung dieser Mittel zu erlassen.

	(3) Die Verwendung der Mittel gemäß Abs. 1 wird in der Bundesgesundheitskommission im Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgelegt.
	(4) Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis zum 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.
§ 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. Über den Einsatz der für die Finanzierung von Projekten und Planungen gemäß § 59 Abs. 6 Z 2 einzubehaltenden Mittel (max. 3,5 Mio. Euro) entscheidet die Bundesgesundheitsagentur.
§ 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	§ 59g. (1) Das Organ der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskommission.
(2) Die Strukturkommission besteht aus 27 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind:	(2) Die Bundesgesundheitskommission besteht aus 26 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind:
1. sieben Mitglieder bestellt die Bundesregierung;	1. Sieben Mitglieder bestellt die Bundesregierung;
2. je ein Mitglied bestellt jede Landesregierung aus dem Kreis der Mitglieder der jeweiligen Landeskommision;	2. je ein Mitglied bestellt jedes Land;
3. sechs Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;	3. sechs Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
4. je ein Mitglied bestellen die Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden;	4. je ein Mitglied bestellen die Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden;
5. ein Mitglied bestellt die Österreichische Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat;	5. ein Mitglied bestellt die Österreichische Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat;
6. ein gemeinsames Mitglied bestellen die Patientenanwaltschaften;	6. ein gemeinsames Mitglied bestellen die Patientenvertretungen;
7. ein Mitglied bestellt die Österreichische Ärztekammer	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.	8. für jedes der so bestellten Mitglieder der Bundesgesundheitskommission kann ein ständiges, stimmberechtigtes Ersatzmitglied bestellt werden. Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Vertretung durch Vollmacht möglich.

<p>(3) Mitglied der Strukturkommission kann nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist.</p>	<p>(3) Mitglied der Bundesgesundheitskommission kann nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist.</p>
<p>(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.</p>	<p>(4) Ist die Bestellung von Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission erforderlich, so hat das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Stellen schriftlich dazu aufzufordern. Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission Berechtigten von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, so bleiben die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit der Bundesgesundheitskommission außer Betracht.</p>
<p>(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.</p>	<p>(5) Den Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister oder, sofern diese Agenden durch den Bundesminister einem Staatssekretär zur selbstständigen Besorgung übertragen worden sind, dieser zu führen. Ist der zuständige Bundesminister, oder im Falle der Übertragung der mit der selbstständigen Besorgung beauftragte Staatssekretär verhindert, den Vorsitz zu führen, kann ihn der für die Geschäftsführung der Bundesgesundheitskommission zuständige leitende Beamte vertreten.</p>
<p>(6) Die Strukturkommission hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.</p>	<p>(6) Die Bundesgesundheitskommission hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.</p>
<p>(7) Die Beschlüsse der Strukturkommission werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen gefasst, wobei die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder je drei Stimmen haben.</p>	<p>(7) Die Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur führt das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.</p>
<p>(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.</p>	<p>(8) Die Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen gefasst, wobei die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder je drei Stimmen haben. Für Beschlussfassungen ist – ausgenommen in den Angelegenheiten gemäß § 59 a Abs. 1 Z 10, sofern es sich um Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen gemäß § 59f handelt, und § 59 a Abs. 1 Z 11 – ein Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erforderlich.</p>
<p>§ 59g. Der Strukturfonds hat gegenüber jenen Stellen, die zur Bestellung von Mitgliedern der Strukturkommission berechtigt sind, jährlich Bericht über seine Tätigkeit zu erstatten</p>	
<p>§ 59h. Die Gebarung des Strukturfonds unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof.</p>	<p>§ 59h. Die Gebarung der Bundesgesundheitsagentur unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof.</p>

<p>§ 59i. (1) Der Strukturfonds ist von allen Abgaben befreit.</p>	<p>§ 59i. (1) Die Bundesgesundheitsagentur ist mit Ausnahme der Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren von allen Abgaben befreit.</p>
<p>(2) Die vom Strukturfonds in unmittelbarer Erfüllung seiner Aufgaben ausgestellten Schriften und die von ihm abgeschlossenen Rechtsgeschäfte sind von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.</p>	<p>(2) Die von der Bundesgesundheitsagentur in unmittelbarer Erfüllung ihrer Aufgaben ausgestellten Schriften und die von ihr abgeschlossenen Rechtsgeschäfte sind von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.</p>
<p>(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.</p>	<p>(3) Die finanziellen Leistungen der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds und die Mittel gemäß §§ 59d und 59e unterliegen weder der Umsatzsteuer noch den Steuern vom Einkommen und Vermögen.</p>
<p>§ 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 Pfleglingen zu entrichtenden Kostenbeiträge (§ 27a) sind kein Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1994. Die Landesfonds sind von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben befreit.</p>	<p>§ 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 Pfleglingen zu entrichtenden Kostenbeiträge (§ 27a) sind kein Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes. Die Landesgesundheitsfonds sind von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben mit Ausnahme der Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren befreit.</p>
<p>§ 67. (1)</p>	<p>§ 67. (1)</p>
<p>(2) Mit der Vollziehung</p>	<p>(2) Mit der Vollziehung</p>
<p>1. der §§ 43 und 44 ist der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur,</p>	<p>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 Gesundheit und Frauen,</p>
<p>2. des § 46 ist der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,</p>	<p>2. des § 46 ist der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,</p>
<p>3. der §§ 48 und 50 ist der Bundesminister für Justiz,</p>	<p>3. der §§ 48 und 50 ist der Bundesminister für Justiz,</p>
<p>4. der § 55 bis 59h ist der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,</p>	<p>4. der §§ 55 bis 59h ist der Bundesminister für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,</p>
<p>5. der §§ 59i und 64 ist der Bundesminister für Finanzen und</p>	<p>5. der §§ 59i und 64 ist der Bundesminister für Finanzen und</p>
<p>6. ist im Übrigen hinsichtlich des zweiten Teiles der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen</p>	<p>6. ist im übrigen hinsichtlich des zweiten Teiles der Bundesminister für Gesundheit und Frauen</p>
<p>betraut.</p>	<p>betraut.</p>

Artikel 2
Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

7. UNTERABSCHNITT

Mitwirkung der Sozialversicherung an der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens

Grundsätze

§ 84a. (1) Zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung der Versicherten haben sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung von wissenschaftlichen (insbesondere gesundheitsökonomischen) Erkenntnissen an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen. Der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger haben die dabei abgestimmten Ergebnisse (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes durch koordiniertes Vorgehen zu beachten.

(2) Der Hauptverband hat Vertreter/Vertreterinnen in die Bundesgesundheitskommission der Bundesgesundheitsagentur zu entsenden.

(3) Die jeweils örtlich zuständige Gebietskrankenkasse hat Vertreter/Vertreterinnen in die Gesundheitsplattform des jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu entsenden; hiebei hat sie auch auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen. Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, die Pensionsversicherungsanstalt, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter haben Vertreter/Vertreterinnen in die Gesundheitsplattformen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden.

(4) Die Sozialversicherungsträger haben für Maßnahmen zu Leistungsverchiebungen durch gemeinsame Strukturveränderungen oder diesbezügliche Projekte im intra- und extramuralen Bereich im Rahmen des Landesgesundheitsfonds (§ 59a Abs. 1 Z 9 KAKuG) für die Jahre 2005 und 2006 in der Höhe von mindes-

tens 1 % und in den Jahren 2007 und 2008 in der Höhe von mindestens 2 % ihrer Mittel im Bedarfsfall bereit zu halten.

(5) Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds pseudonymisierte Diagnose- und Leistungsdaten aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sind der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger verpflichtet, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds auf deren Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Daten in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen. Zur Sicherstellung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen haben alle Daten vor der Übermittlung an die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsfonds über eine beim Hauptverband eingerichtete Datenpseudonymisierungsstelle zu fließen.

Nahtstellenmanagement

§ 84b. Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen kann zur Sicherstellung eines dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Behandlungsprozesses eines Krankheitsbildes für den Übergang zwischen einer Anstaltspflege und einer Krankenbehandlung Kriterien festlegen, die unter Beachtung von ökonomischen Grundsätzen und den Erfordernissen einer einheitlichen Qualitätssicherung insbesondere beinhalten:

1. den Informationsaustausch über die medizinischen Behandlungsdaten,
2. die verantwortlichen Leistungserbringer/innen sowie
3. die Bestimmung eines Fallmanagers/einer Fallmanagerin für den gesamten Behandlungsprozess eines Krankheitsbildes.

Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 144. (1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer Krankenanstalt, die über Landesfonds finanziert wird (landesfondsfinanzierte Krankenanstalt), ist, sofern im Sprengel des Versicherungsträgers eine solche Krankenanstalt besteht und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer anderen Krankenanstalt untergebracht wird, zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. § 134 gilt entsprechend. Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 151). Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.

Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 144. (1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer Krankenanstalt, die über Landesgesundheitsfonds finanziert wird (landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt), ist, sofern im Sprengel des Versicherungsträgers eine solche Krankenanstalt besteht und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer anderen Krankenanstalt untergebracht wird, zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. § 134 gilt entsprechend. Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 151). Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.

(2) bis (6) unverändert.

Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 145. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 144 gewährt wird, in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt zeigt dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen an.

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 148. (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesfonds nach Art. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung finanziert werden, sind gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

1. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.
2. Die den Krankenanstalten gemäß § 27b des Krankenanstaltengesetzes gebührenden Zahlungen sind zur Gänze von den Landesfonds zu entrichten.
3. Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:
 - a) LKF-Gebührenersätze der Landesfonds gemäß § 27b Abs. 2 KAG,
 - b) Zahlungen der Landesfonds gemäß § 27b Abs. 3 KAG,
 - c) Kostenbeiträge nach § 27a KAG,
 - d) Ausgleichszahlungen gemäß § 27b Abs. 4 KAG.

(2) bis (6) unverändert.

Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§ 145. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 144 gewährt wird, in eine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt zeigt dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen an.

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§ 148. (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds nach Art. 14 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens finanziert werden, sind nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

1. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die nach § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.
2. Die den Krankenanstalten nach § 27b des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) gebührenden Zahlungen sind zur Gänze von den Landesgesundheitsfonds zu entrichten.
3. Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:
 - a) LKF-Gebührenersätze der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 2 KAKuG,
 - b) Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 3 KAKuG,
 - c) Kostenbeiträge nach § 27a KAKuG
 - d) Ausgleichszahlungen nach § 27b Abs. 4 KAKuG.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen (Art. 11 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung) und die im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes angeführten Leistungen.

4. Der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 ist von der Krankenanstalt für Rechnung des Landesfonds einzuheben.
5. Die Versicherungsträger haben ohne Einschaltung des Landesfonds folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt:
 - a) das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);
 - b) das Recht, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten (§ 10 Abs. 1 Z 4 des Krankenanstaltengesetzes);
 - c) das Recht, den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;
 - d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen auf elektronischem Weg zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen eines Landesfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versicherungszuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfaßt auch die entsprechenden Statistiken; ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Landesfonds zur Verfügung gestellt werden.
6. Die Länder haben Sorge zu treffen, daß der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich elektronisch vorzunehmen ist, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit einheitlich zu gestalten sind.
7. Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte durch den Landesfonds.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen (Art. 20 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) und die im § 27 Abs. 2 des KAKuG angeführten Leistungen.

4. Der Kostenbeitrag nach § 447f Abs. 7 ist von der Krankenanstalt für Rechnung des Landesgesundheitsfonds einzuheben.
5. Die Versicherungsträger haben ohne Einschaltung des Landesgesundheitsfonds folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt:
 - a) das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);
 - b) das Recht, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten (§ 10 Abs. 1 Z 4 KAKuG);
 - c) das Recht, den Patienten/die Patientin durch eine/n beauftragte/n Fachärztin/Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;
 - d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen auf elektronischem Weg zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen eines Landesgesundheitsfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versicherungszuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfasst auch die entsprechenden Statistiken; ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Landesgesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden.
6. Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich ist elektronisch vorzunehmen, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit einheitlich zu gestalten sind.
7. Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte durch den Landesgesundheitsfonds.

8. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß § 27b KAG gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der jeweilige Landesfonds als Versicherungsträger. Der Landesfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.
9. Wenn Leistungen gemäß Z 3 gewährt werden, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Landesfonds gegenüber dem Versicherten, Patienten oder den für ihn unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hievon sind nur der Kostenbeitrag gemäß § 27a KAG und der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7.
10. Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach Z 3 zweiter Satz handelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem zuständigen Landesfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

Beziehungen zu anderen als in § 148 genannten Krankenanstalten

§ 149. (1) und (2) unverändert.

(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.

(3a) bis (5) unverändert.

8. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß § 27b KAKuG gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der jeweilige Landesgesundheitsfonds als Versicherungsträger. Der Landesgesundheitsfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.
9. Wenn Leistungen gemäß Z 3 gewährt werden, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Landesgesundheitsfonds gegenüber dem/der Versicherten, dem Patienten, der Patientinnen oder den für ihn/sie unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hievon sind nur der Kostenbeitrag gemäß § 27a KAKuG und der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7.
10. Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach Z 3 zweiter Satz handelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem zuständigen Landesgesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

Beziehungen zu anderen als in § 148 genannten Krankenanstalten

§ 149. (1) und (2) unverändert.

(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 den nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des § 27b KAKuG abzurechnen. Auf den Fonds ist § 148 Z 8 sinngemäß anzuwenden. Auf den Fonds ist § 148 Z 8 sinngemäß anzuwenden.

(3a) bis (5) unverändert.

Pflegekostenzuschuß des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuß zu leisten, wenn

1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesfondsfinanzierte Krankenanstalten oder Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3 nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen, oder
 2. unverändert.
- (2) und (3) unverändert.

Unfallheilbehandlung

§ 189. (1) und (2) unverändert.

(3) Grundsatzbestimmung. Gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 gilt als Grundsatz, daß die Unfallversicherungsträger im Rahmen der im § 148 geregelten Beziehungen zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern gleichgestellt sind.

Medizinische Maßnahmen

§ 302. (1) und (2) unverändert.

(3) (**Grundsatzbestimmung**) Gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 gilt als Grundsatz, daß die Pensionsversicherungsträger im Rahmen der im § 148 geregelten Beziehungen zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern gleichgestellt sind.

(4) unverändert.

Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege

§ 322a. (1) Die sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger werden über ein vom Hauptverband zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.

(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen

Pflegekostenzuschuß des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuß zu leisten, wenn

1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten oder Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3 nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen, oder
 2. unverändert.
- (2) und (3) unverändert.

Unfallheilbehandlung

§ 189. (1) und (2) unverändert.

(3) (**Grundsatzbestimmung**) Nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG gilt als Grundsatz, dass die Unfallversicherungsträger im Rahmen der im § 148 geregelten Beziehungen zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern gleichgestellt sind.

Medizinische Maßnahmen

§ 302. (1) und (2) unverändert.

(3) (**Grundsatzbestimmung**) Nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG gilt als Grundsatz, dass die Unfallversicherungsträger im Rahmen der im § 148 geregelten Beziehungen zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern gleichgestellt sind.

(4) unverändert.

Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege

§ 322a. (1) Die sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger werden über ein vom Hauptverband zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.

(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen eines

eines Geschäftsjahres gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf zwei Dezimalstellen zu runden. Die Beitragseinnahmen sind dabei ausgehend vom Jahr 1994 jährlich gegenüberzustellen. Für den Gesamterhöhungsprozentsatz ist das Produkt der Erhöhungsprozentsätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze bis zum Jahr 1997 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2004 hat unter Berücksichtigung der jeweils für diese Jahre geltenden Bestimmungen des § 447f Abs. 1 zu erfolgen. Bei der Berechnung der Erhöhungsprozentsätze für das Jahr 2001 sind bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern die Beiträge für pflichtversicherte Pensionisten nicht zu berücksichtigen.

(3) unverändert.

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr bis zum Jahr 2004 sind diese Beträge um jenen Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) bis (8) unverändert.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsträger

§ 332. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 123 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat dem Landesfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Sozialversicherung gemäß § 447f Abs. 1 gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versi-

geschäftsjahres gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf zwei Dezimalstellen zu runden. Die Beitragseinnahmen sind dabei ausgehend vom Jahr 1994 jährlich gegenüberzustellen. Für den Gesamterhöhungsprozentsatz ist das Produkt der Erhöhungsprozentsätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze bis zum Jahr 1997 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2008 hat unter Berücksichtigung der jeweils für diese Jahre geltenden Bestimmungen des § 447f Abs. 1 zu erfolgen. Bei der Berechnung der Erhöhungsprozentsätze für das Jahr 2001 sind bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern die Beiträge für pflichtversicherte Pensionisten nicht zu berücksichtigen.

(3) unverändert.

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr bis zum Jahr 2008 sind diese Beträge um jenen Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) bis (8) unverändert.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsträger

§ 332. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 123 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds, die nach § 148 Z 2 von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat dem Landesgesundheitsfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Sozialversicherung gemäß § 447f Abs. 1 gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den

versicherungsträger nicht über.

(2) bis (6) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001

§ 590. (1) bis (4a) unverändert.

(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.

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

§ 609. (1) bis (6) unverändert.

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

Dabei sind jeweils außer Acht zu lassen:

1. bis 8. unverändert.

9. die Aufwendungen im Zusammenhang mit

- a) den zusätzlichen Verwaltungskosten auf Grund der EU-Erweiterung mit 1. Mai 2004 und
- b) den Vorkehrungen für die Einrichtung von Pensionskonten.

(8) bis (20) unverändert.

Versicherungsträger nicht über.

(2) bis (6) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001

§ 590. (1) bis (4a) unverändert.

(5) Aufgehoben:

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

§ 609. (1) bis (6) unverändert.

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

Dabei sind jeweils außer Acht zu lassen:

1. bis 8. unverändert.

9. die Aufwendungen im Zusammenhang mit

- a) den zusätzlichen Verwaltungskosten auf Grund der EU-Erweiterung mit 1. Mai 2004 und
- b) den Vorkehrungen für die Einrichtung von Pensionskonten,

10. die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Errichtung und Führung einer Datenpseudonymisierungsstelle nach § 84a Abs. 5.

(8) bis (20) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004

§ 621. (1) Der siebente Unterabschnitt samt Überschrift im Abschnitt V des Ersten Teiles, die Überschrift zu § 144, die §§ 144 Abs. 1, die Überschrift zu § 145, §§ 145 Abs. 1 und 2, 148 samt Überschrift, 149 Abs. 3, 150 Abs. 1 Z 1, 189 Abs. 3, 302 Abs. 3, 322a Abs. 1, 2 und 4, 332 Abs. 1 samt Überschrift und 609 Abs. 7 Z 9 und 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004 treten mit

1. Jänner 2005 in Kraft.

(2) § 590 Abs. 5 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten die im § 567 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 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 - wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 148, 189 Abs. 3 und 302 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xx/2004 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen.

Artikel 3

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Kostenbeteiligung

§ 86. (1) Für die vom Versicherungsträger gewährten Sachleistungen mit Ausnahme der Anstaltspflege hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, den in der Satzung festgesetzten Kostenanteil zu entrichten. Die Höhe des Kostenanteils ist durch die Satzung unter Bedachtnahme auf

1. bis 4. unverändert.

festzusetzen, wobei der Kostenanteil 30% der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten nicht überschreiten darf. Die Satzung kann weiters bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen, skelettierte Metallprothesen und Vollmetallkronen an Klammerzähnen bei Teilprothesen anstelle des Kostenanteils höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20% von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird.

(2) bis (7) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 91. (1) unverändert.

(2) Besondere Untersuchungen, ambulant durchzuführende Operationen und Behandlungen sowie physikalische Heilbehandlung werden auch durch Krankenanstalten, die durch Landesfonds finanziert werden (landesfondsfinanzierte Kran-

Kostenbeteiligung

§ 86. (1) Für die vom Versicherungsträger gewährten Sachleistungen mit Ausnahme der Anstaltspflege hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, den in der Satzung festgesetzten Kostenanteil zu entrichten. Die Höhe des Kostenanteils ist durch die Satzung unter Bedachtnahme auf

1. bis 4. unverändert.

festzusetzen, wobei der Kostenanteil 30% der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten nicht überschreiten darf. Die Satzung kann weiters bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen, skelettierte Metallprothesen und Vollmetallkronen an Klammerzähnen bei Teilprothesen anstelle des Kostenanteils höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20% von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird.

(2) bis (7) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 91. (1) unverändert.

(2) Besondere Untersuchungen, ambulant durchzuführende Operationen und Behandlungen sowie physikalische Heilbehandlung werden auch durch Krankenanstalten, die durch Landesgesundheitsfonds finanziert werden (landesgesundheits-

kenanstalten) und Kuranstalten gewährt.

(3) unverändert.

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 97. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

Medizinische Maßnahmen

§ 160. (1) und (2) unverändert.

(3) (Grundsatzbestimmung) Gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 gilt als Grundsatz, daß der Versicherungsträger im Rahmen der im § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geregelten Beziehungen zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz gleichgestellt ist.

(4) unverändert.

Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflge

§ 182a. Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Versicherungsträger

§ 190. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Familienangehörige im Rahmen der Familienversicherung bzw. als Angehörige gemäß § 83 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat dem Landesfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung gemäß

fondsfinanzierte Krankenanstalten) und Kuranstalten gewährt.

(3) unverändert.

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§ 97. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten ist § 148 ASVG anzuwenden.

Medizinische Maßnahmen

§ 160. (1) und (2) unverändert.

(3) (**Grundsatzbestimmung**) Nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG gilt als Grundsatz, dass der Versicherungsträger im Rahmen der im § 148 ASVG geregelten Beziehungen zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern nach dem ASVG gleichgestellt ist.

(4) unverändert.

Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflge

§ 182a. Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Versicherungsträger

§ 190. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Familienangehörige im Rahmen der Familienversicherung bzw. als Angehörige gemäß § 83 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat dem Landesfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung

§ 447f Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001

§ 288. (1) und (2) unverändert.

(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) und (5) unverändert.

gemäß § 447f Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001

§ 288. (1) und (2) unverändert.

(3) Aufgehoben.

(4) und (5) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004

§ 309. (1) Die §§ 86 Abs. 1, 91 Abs. 2, 97 samt Überschrift, 160 Abs. 3, 182a und 190 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(2) § 288 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten § 182a und die in § 269 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung - mit Ausnahme des § 182a - wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 97 und 160 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xx/2004 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen.

Artikel 4

Änderung des Bauern- Sozialversicherungsgesetzes

Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung

§ 80. (1) unverändert.

(2) Bei Sachleistungen, mit Ausnahme der Anstaltspflege, hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 vH der dem

Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung

§ 80. (1) unverändert.

(2) Bei Sachleistungen, mit Ausnahme der Anstaltspflege, hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 vH der dem Ver-

Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20% von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird. Für ärztliche Hilfe und chirurgisch konservierende Zahnbehandlung durch niedergelassene Ärzte, Dentisten und Gruppenpraxen beträgt der Kostenanteil (Behandlungsbeitrag) einheitlich 6,69 € pro Behandlungsfall. Als Behandlungsfall gilt die einmalige bzw. kausal zusammenhängende mehrmalige Leistungsanspruchnahme auf Basis eines durch den Krankenversicherungsträger ausgefolgten und an den Arzt übergebenen Kranken- bzw. Zahnbehandlungsscheines. An die Stelle des im zweiten Satz genannten Betrages tritt ab 1. Jänner jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag, gerundet auf Cent. Die Satzung kann, soweit dies für die Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers erforderlich ist, den Behandlungsbeitrag mit einem über die jeweils geltende Höhe hinaus gehenden Betrag festsetzen. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 ASVG zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 vH der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese Kostenzuschüsse können durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des Versicherten tritt der Ehegatte des Versicherten, an den die Pension gemäß § 71 Abs. 4 auszuzahlen ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

(3) bis (7) unverändert.

Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 89. (1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer Krankenanstalt, die über Landesfonds finanziert wird (landesfondsfinanzierte Krankenanstalt), ist,

sicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20% von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird. Für ärztliche Hilfe und chirurgisch konservierende Zahnbehandlung durch niedergelassene Ärzte, Dentisten und Gruppenpraxen beträgt der Kostenanteil (Behandlungsbeitrag) einheitlich 6,69 € pro Behandlungsfall. Als Behandlungsfall gilt die einmalige bzw. kausal zusammenhängende mehrmalige Leistungsanspruchnahme auf Basis eines durch den Krankenversicherungsträger ausgefolgten und an den Arzt übergebenen Kranken- bzw. Zahnbehandlungsscheines. An die Stelle des im zweiten Satz genannten Betrages tritt ab 1. Jänner jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag, gerundet auf Cent. Die Satzung kann, soweit dies für die Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers erforderlich ist, den Behandlungsbeitrag mit einem über die jeweils geltende Höhe hinaus gehenden Betrag festsetzen. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 ASVG zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 vH der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese Kostenzuschüsse können durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des Versicherten tritt der Ehegatte des Versicherten, an den die Pension gemäß § 71 Abs. 4 auszuzahlen ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

(3) bis (7) unverändert.

Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 89. (1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer Krankenanstalt, die über Landesgesundheitsfonds finanziert wird (landesgesundheitsfondsfinanzierte

sofern im Sprengel der für den Erkrankten zuständigen Landesstelle eine solche Krankenanstalt besteht und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer anderen Krankenanstalt untergebracht wird, zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. § 84 gilt entsprechend. Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 94). Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.

(2) bis (5) unverändert.

Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 90. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 89 gewährt wird, in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt hat dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen anzuzeigen.

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 91. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

Medizinische Maßnahmen

§ 152. (1) und (2) unverändert.

(3) **(Grundsatzbestimmung)** Gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 gilt als Grundsatz, daß der Versicherungsträger im Rahmen der im § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geregelten Beziehungen zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz

Krankenanstalt), ist, sofern im Sprengel der für den Erkrankten zuständigen Landesstelle eine solche Krankenanstalt besteht und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer anderen Krankenanstalt untergebracht wird, zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. § 84 gilt entsprechend. Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 94). Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.

(2) bis (5) unverändert.

Einweisung in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§ 90. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 89 gewährt wird, in eine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt hat dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen anzuzeigen.

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§ 91. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten ist § 148 ASVG anzuwenden.

Medizinische Maßnahmen

§ 152. (1) und (2) unverändert.

(3) **(Grundsatzbestimmung)** Nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG gilt als Grundsatz, dass der Versicherungsträger im Rahmen der im § 148 ASVG geregelten Beziehungen zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern nach dem ASVG gleichgestellt ist.

setz gleichgestellt ist.

(4) unverändert.

Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege

§ 170a. Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Versicherungsträger

§ 178. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 78 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat dem Landesfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung gemäß § 447f Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 68 des Budgetbegleitgesetzes 2001, BGBl. I Nr. 142/2000

§ 277. (1) und (2) unverändert.

(3) § 274 Abs. 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 142/2000 tritt rückwirkend mit 1. Juli 2000 in Kraft.

(4) bis (6) unverändert.

(4) unverändert.

Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege

§ 170a. Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Versicherungsträger

§ 178. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 78 Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Der Versicherungsträger hat dem Landesfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung gemäß § 447f Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.

(2) und (3) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 68 des Budgetbegleitgesetzes 2001, BGBl. I Nr. 142/2000

§ 277. (1) und (2) unverändert.

(3) Aufgehoben.

(4) bis (6) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004

§ 298. (1) Die §§ 80 Abs. 2, Überschrift zu 89, 89 Abs. 1, Überschrift zu 90, 90 Abs. 1 und 2, 91 samt Überschrift, 152 Abs. 3, 170a und 178 Abs. 1 in der Fas-

sung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(2) § 277 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten § 170a und die in § 258 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung - mit Ausnahme des § 170a - wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 91 und 152 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xx/2004 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 2004 in Kraft zu setzen.

Artikel 5

Änderung des Beamten- Kranken und Unfallversicherungsgesetzes

Ärztliche Hilfe

§ 63. (1) bis (3) unverändert.

(4) In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 v.H. des jeweiligen Vertragshonorares zu entrichten. § 22 Abs. 6 erster Satz gilt entsprechend. Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden oder die die Versicherungsanstalt mit einem Pauschale abgilt, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten.

Beziehungen zu den Krankenanstalten

§ 68. (1) (**Grundsatzbestimmung**) Für die Regelung der Beziehungen der

Ärztliche Hilfe

§ 63. (1) bis (3) unverändert.

(4) In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 v.H. des jeweiligen Vertragshonorares zu entrichten. § 22 Abs. 6 erster Satz gilt entsprechend. Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden oder die die Versicherungsanstalt mit einem Pauschale abgilt, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten.

Beziehungen zu den Krankenanstalten

§ 68. (1) (**Grundsatzbestimmung**) Für die Regelung der Beziehungen der

Versicherungsanstalt zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe anzuwenden, daß die Krankenanstalten verpflichtet sind, die gemäß § 66 anspruchsberechtigten Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen und die Versicherungsanstalt abweichend von § 148 Z 10 dritter Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes berechtigt ist, vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz zu treffen.

(2) und (3) unverändert.

Unfallheilbehandlung

§ 96. (1) bis (3) unverändert.

(4) (**Grundsatzbestimmung**) Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsanstalt als Träger der Unfallversicherung zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten gelten gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 die in § 68 Abs. 1 aufgestellten Grundsätze.

Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflge

§ 118a. Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsanstalt

§ 125. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer Rechtsvorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf die Versicherungsanstalt insoweit über, als diese Leistungen zu erbringen hat oder darüber hinaus als freiwillige Leistung erbringt. Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Die Versicherungsanstalt hat dem Landesfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung gemäß § 447f Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf die Versicherungsanstalt nicht über.

Versicherungsanstalt zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe anzuwenden, daß die Krankenanstalten verpflichtet sind, die gemäß § 66 anspruchsberechtigten Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen und die Versicherungsanstalt abweichend von § 148 Z 10 dritter Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes berechtigt ist, vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz zu treffen.

(2) und (3) unverändert.

Unfallheilbehandlung

§ 96. (1) bis (3) unverändert.

(4) (**Grundsatzbestimmung**) Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsanstalt als Träger der Unfallversicherung zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten gelten nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG die in § 68 Abs. 1 aufgestellten Grundsätze.

Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflge

§ 118a. Für den Ausgleich der sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger ist § 322a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsanstalt

§ 125. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer Rechtsvorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf die Versicherungsanstalt insoweit über, als diese Leistungen zu erbringen hat oder darüber hinaus als freiwillige Leistung erbringt. Der Anspruch umfaßt auch die Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds, die nach § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. Die Versicherungsanstalt hat dem Landesfonds jenen Teil der Regreßeinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung gemäß § 447f Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf die Versicherungsanstalt nicht über.

(2) bis (4) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001

§ 198. (1) bis (3) unverändert.

(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) und (6) unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001

§ 198. (1) bis (3) unverändert.

(4) Aufgehoben.

(5) und (6) unverändert.

Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004

§ 212. (1) Die §§ 63 Abs. 4, 68 Abs. 1, 96 Abs. 4 und 118a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(2) § 198 Abs. 4 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten § 118a und die in § 184 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 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.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu § 96 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xx/2004 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 2004 in Kraft zu setzen.

Artikel 6

Änderung des Sozialversicherung -Ergänzungsgesetzes

Beziehungen der Träger zu den Landesfonds und dem Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG in zwischenstaatlichen Fällen

§ 7a. (1) Die den Landesfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004 als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben, werden gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich jeweils in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend gemacht. Die Gebietskrankenkassen reichen diese Forderungen wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiter und überweisen den Landesfonds die von den zuständigen ausländischen Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes be-

Beziehungen der Träger zu den Landesgesundheitsfonds und dem Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG in zwischenstaatlichen Fällen

§ 7a. (1) Die den Landesgesundheitsfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2005 bis 2008 als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben, werden gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich jeweils in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend gemacht. Die Gebietskrankenkassen reichen diese Forderungen wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiter und überweisen den Landesgesundheitsfonds die von den zuständigen ausländischen Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald diese bei ihnen

stimmt, sobald diese bei ihnen eingelangt sind.

(2) In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder eines Kostenerstattungsverzichtes überweisen die Gebietskrankenkassen den Landesfonds die diesen als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes erwachsenden Kosten mit Ende des Jahres der Geltendmachung, wobei eine generelle Kürzung des Pauschbetrages entsprechend zu berücksichtigen ist.

(2a) und (3) unverändert.

(4) Die Kosten einer Anstaltspflege im Ausland, die die österreichischen Träger der Sozialversicherung auf Grund des innerstaatlichen Rechts oder auf Grund der Verordnung oder eines Abkommens aufzuwenden oder zu erstatten haben, weil die betreffende Person

1. aus medizinischen Gründen aus einer inländischen in eine ausländische Krankenanstalt verlegt wurde oder
2. die ihrem Zustand angemessene Behandlung im Inland nicht oder nicht in einem Zeitraum erhalten konnte, der für diese Behandlung normalerweise erforderlich ist,

sind den Trägern der Sozialversicherung aus Mitteln des Bundes gemäß Art. 12 Abs. 4 Z 4 der im Abs. 1 genannten Vereinbarung in dem Ausmaß zu ersetzen, in dem die insgesamt von den Trägern der Sozialversicherung in einem Jahr für diese Fälle aufgewendeten Beträge den Betrag von 4 915 663,18 Euro übersteigen. Dieser Betrag ist für die Jahre 2002 bis 2004 entsprechend Art. 13 Abs. 2 und 3 dieser Vereinbarung zu valorisieren. Die Träger der Sozialversicherung haben die Aufwendungen in diesen Fällen jeweils unverzüglich an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu melden. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat laufend die Entwicklung der Aufwendungen zu überwachen und gegebenenfalls die Erstattung aus den Mitteln des Bundes im Namen der betroffenen Träger geltend zu machen. Die Erstattungen aus den Mitteln des Bundes sind am Ende des Jahres der Geltendmachung an die betroffenen Träger im Verhältnis der insgesamt in diesen Fällen aufgewendeten Beträge zu überweisen.

eingelangt sind.

(2) In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder eines Kostenerstattungsverzichtes überweisen die Gebietskrankenkassen den Landesgesundheitsfonds die diesen als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes erwachsenden Kosten mit Ende des Jahres der Geltendmachung, wobei eine generelle Kürzung des Pauschbetrages entsprechend zu berücksichtigen ist.

(2a) und (3) unverändert.

(4) Die Kosten einer Anstaltspflege im Ausland, die die österreichischen Träger der Sozialversicherung auf Grund des innerstaatlichen Rechts oder auf Grund der Verordnung oder eines Abkommens aufzuwenden oder zu erstatten haben, weil die betreffende Person

1. aus medizinischen Gründen aus einer inländischen in eine ausländische Krankenanstalt verlegt wurde oder
2. die ihrem Zustand angemessene Behandlung im Inland nicht oder nicht in einem Zeitraum erhalten konnte, der für diese Behandlung normalerweise erforderlich ist,

sind den Trägern der Sozialversicherung von der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 39 Abs. 2 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in dem Ausmaß zu ersetzen, als diese Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen. Dieser Betrag ist für 2005 auf Basis des Betrages 2003 (Art. 32 Abs. 3 der Vereinbarung BGBl. I Nr. 60/2002) zuzüglich den Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen 2004 und 2005 zu berechnen, wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in die Hundertsätze einzurechnen sind. Die vorläufigen und endgültigen Beträge ergeben sich in analoger Anwendung der Valorisierungsbestimmungen gemäß Art. 17 Abs. 6 Z 2 und 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Träger der Sozialversicherung haben die Aufwendungen in diesen Fällen jeweils unverzüglich an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu melden. Der Hauptverband hat laufend die Entwicklung der Aufwendungen zu überwachen und halbjährlich aktuell über Art und Umfang der gemäß Abs. 2 für Anstaltspflege im Ausland erbrachten Leistungen der Bundesgesundheitskommission zu berichten. Er hat gegebenenfalls die Erstattung aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur im Namen der betroffenen Träger geltend zu machen. Die Erstattungen aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur sind am Ende des Jahres der Geltendmachung an die betroffenen Träger im Verhältnis der insgesamt in diesen Fällen auf-

gewendeten Beträge zu überweisen.

§ 9g. Die Überschrift zu § 7a sowie § 7a Abs. 1, 2 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

Artikel 7 (6. Ärztegesetz-Novelle)**Geltende Fassung****Inhaltsverzeichnis****1. Hauptstück:****Ärzteordnung §§ 1 bis 63**

...

3. Abschnitt:**Gemeinsame Vorschriften für alle Ärzte (§§ 23 bis 63)**

...

§ 34. Professoren mit ausländischen medizinischen oder zahnmedizinischen Doktoraten

...

2. Hauptstück:**Kammerordnung (§§ 64 bis 134)**

...

4. Abschnitt:**Österreichische Ärztekammer (§§ 117 bis 133)**

...

§ 128 Präsidial

§ 5. (1) Staatsangehörige der Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im Rahmen einer allgemeinmedizinischen Tätigkeit (§ 31 Abs. 1) berechtigt, wenn sie

1. und 2. ...
3. im Besitz eines ärztlichen Diplomes, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises einschließlich einer Bescheinigung nach Artikel 9 Abs. 1, 3 oder 5 der Richtlinie 93/16/EWG oder ...

(2) Staatsangehörige der Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind zur selbstständigen Berufsausübung als Fachärzte

Vorgeschlagene Fassung**Inhaltsverzeichnis****1. Hauptstück:****Ärzteordnung §§ 1 bis 63**

...

3. Abschnitt:**Gemeinsame Vorschriften für alle Ärzte (§§ 23 bis 63)**

...

§ 34. Berufung von Universitätsprofessoren aus dem Ausland

...

2. Hauptstück:**Kammerordnung (§§ 64 bis 134)**

...

4. Abschnitt:**Österreichische Ärztekammer (§§ 117 bis 133)**

...

§ 128 Präsidialausschuss

§ 128a Ausbildungskommission

...

§ 5. (1) Staatsangehörige der Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im Rahmen einer allgemeinmedizinischen Tätigkeit (§ 31 Abs. 1) berechtigt, wenn sie

1. und 2. ...
3. im Besitz eines ärztlichen Diplomes, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises einschließlich einer Bescheinigung nach Artikel 9 Abs. 1, 3 oder 5 oder Artikel 9a der Richtlinie 93/16/EWG oder ...

(2) Staatsangehörige der Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind zur selbstständigen Berufsausübung als Fachärzte

Geltende Fassung

berechtigt, wenn sie

1. bis 3. ...
4. im Besitz eines fachärztlichen Diplomes, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises einschließlich einer Bescheinigung nach Artikel 9 Abs. 2, 2a, 4 oder 5 der Richtlinie 93/16/EWG oder ...

§ 19. Staatsangehörige der Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind zur selbständigen Berufsausübung als Zahnarzt berechtigt, wenn sie

1. bis 2. ...
3. im Besitz eines Diplomes, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises des Zahnarztes einschließlich Bescheinigung gemäß Artikel 7 Abs. 1 oder 3 oder Artikel 7a Abs. 1 der Richtlinie 78/686/EWG oder
4. im Besitz eines Diplomes, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises des Arztes einschließlich einer Bescheinigung gemäß Artikel 19 oder 19a der Richtlinie 78/686/EWG, ...

§ 27. (1) Die Österreichische Ärztekammer hat in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in den Bundesländern die Anmeldungen für die Ausübung des ärztlichen Berufes entgegenzunehmen und eine Liste der zur Berufsausübung berechtigten Ärzte und Gruppenpraxen (Ärzteliste) zu führen. Die Liste ist hinsichtlich Namen, Berufsbezeichnungen, sonstiger Titel, Diplomen der Österreichischen Ärztekammer oder der Ärztekammern in den Bundesländern, Verträgen mit den Sozialversicherungsträgern und Krankenfürsorgeanstalten sowie Berufssitz, Dienstort, Zustelladresse oder - bei Ärzten gemäß § 47 - Wohnadresse öffentlich. Die Einsichtnahme in den öffentlichen Teil der Liste sowie die Anfertigung von Abschriften ist jedermann gestattet; für Kopien ist ein von der Österreichischen Ärztekammer festzusetzender Kostenersatz zu leisten. In Ärzteverzeichnissen und bei Auskünften aus der Ärzteliste können von den Ärzten bekannt gegebene medizinische Tätigkeitsbereiche sowie über die Ordinationstelefonnummer hinausgehende Kommunikationseinrichtungen veröffentlicht werden.

(2) ...

Vorgeschlagene Fassung

berechtigt, wenn sie

1. bis 3. ...
4. im Besitz eines fachärztlichen Diplomes, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises einschließlich einer Bescheinigung nach Artikel 9 Abs. 2, 2a, 4 oder 5 oder Artikel 9a der Richtlinie 93/16/EWG oder ...

§ 19. Staatsangehörige der Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind zur selbständigen Berufsausübung als Zahnarzt berechtigt, wenn sie

1. bis 2. ...
3. im Besitz eines Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises des Zahnarztes einschließlich einer Bescheinigung gemäß Artikel 7 Abs. 1 oder 3, Artikel 7a Abs. 1 oder Artikel 7b Abs. 1, 2, 3 oder 4 der Richtlinie 78/686/EWG oder
4. im Besitz eines Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises des Arztes einschließlich einer Bescheinigung gemäß Artikel 19, 19a, 19c oder 19d der Richtlinie 78/686/EWG oder ...

§ 27. (1) Die Österreichische Ärztekammer hat in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in den Bundesländern die Anmeldungen für die Ausübung des ärztlichen Berufes entgegenzunehmen und eine Liste der zur Berufsausübung berechtigten Ärzte und Gruppenpraxen (Ärzteliste) zu führen. Die Liste ist hinsichtlich Namen, Berufsbezeichnungen samt allfälligen amtlich verliehenen Titeln und Zusätzen gemäß § 43 Abs. 4, Diplomen der Ärztekammern in den Bundesländern, Verträgen mit Sozialversicherungsträgern und Krankenfürsorgeanstalten sowie Eintragungsnummer, Berufssitz, Dienstort, Zustelladresse oder – bei Ärzten gemäß § 47 – Wohnadresse öffentlich. Die Einsichtnahme in den öffentlichen Teil der Liste sowie die Anfertigung von Abschriften ist jedermann gestattet; für Kopien ist ein von der Österreichischen Ärztekammer festzusetzender Kostenersatz zu leisten. In Ärzteverzeichnissen und bei Auskünften aus der Ärzteliste können von den Ärzten bekannt gegebene medizinische Tätigkeitsbereiche sowie über die Ordinationstelefonnummer hinausgehende Kommunikationseinrichtungen veröffentlicht werden.

(2) ...

(2a) Staatsangehörige der Republik Estland, der Republik Lettland, der Re-

Geltende Fassung

(3) bis (6) ...

(7) Erfüllt die betreffende Person die für die Art der Berufsausübung vorgeschriebenen Erfordernisse, so hat sie die Österreichische Ärztekammer in die Ärzteliste einzutragen und ihr einen mit ihrem Lichtbild versehenen Ausweis (Ärzteausweis) auszustellen. Die ärztliche Tätigkeit darf erst nach Erhalt der Bestätigung über die Eintragung in die Ärzteliste (Ärzteausweis) aufgenommen werden. Ab dem Zeitpunkt der Eintragung haben Personen, die Staatsangehörige der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, dieselben Rechte und Pflichten wie die in die Ärzteliste eingetragenen österreichischen Ärzte.

§ 32. (1) Die Österreichische Ärztekammer hat Personen, die

1. ...
2. nicht gemäß den §§ 4, 5, 18 oder 19 zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind,
3. ...
4. einen Qualifikationsnachweis gemäß § 4 Abs. 3 in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Z 2 oder § 4 Abs. 5 Z 2 oder gemäß § 5 Abs. 1 Z 2 oder 3 in Verbindung mit einer Bescheinigung nach § 44 Abs. 2 oder gemäß § 5 Abs. 2 Z 2 und 3 oder § 5 Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 18 Abs. 3 oder 4 oder § 19 Abs. 1 Z 2, 3, 4 oder 5 oder Abs. 2 erbringen,

Vorgeschlagene Fassung

publik Litauen, der Republik Polen, der Slowakischen Republik, der Republik Slowenien, der Tschechischen Republik und der Republik Ungarn, die eine Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin, approbierter Arzt, Facharzt, Zahnarzt oder Turnusarzt im Rahmen eines Dienstverhältnisses anstreben, haben bei der Anmeldung zur Eintragung in die Ärzteliste die Erfüllung der Voraussetzungen für eine Beschäftigung gemäß § 3 in Verbindung mit § 32a des Ausländerbeschäftigungsgesetzes (AuslBG), BGBl. Nr. 218/1975, nachzuweisen. Dieser Nachweis gilt als ein Erfordernis gemäß §§ 4 Abs. 2 und 18 Abs. 2 für die Ausübung des ärztlichen Berufes.

(3) bis (6) ...

(7) Erfüllt die betreffende Person die für die Art der Berufsausübung vorgeschriebenen Erfordernisse, so hat sie die Österreichische Ärztekammer in die Ärzteliste einzutragen und ihr einen mit ihrem Lichtbild versehenen Ausweis (Ärzteausweis) auszustellen. Wenn die Erfüllung der Voraussetzungen für eine Beschäftigung gemäß § 3 in Verbindung mit § 32a AuslBG zeitlich befristet ist, hat auch die Eintragung in die Ärzteliste entsprechend zeitlich befristet zu erfolgen. Dies ist der Person anlässlich der Eintragung in die Ärzteliste unter dem Hinweis, dass ihre ärztliche Berufsberechtigung nach Fristablauf von Gesetzes wegen erlischt, schriftlich mitzuteilen. In diesem Fall kann von der Erlassung eines Feststellungsbescheides gemäß § 59 Abs. 3 abgesehen werden. Die ärztliche Tätigkeit darf erst nach Erhalt der Bestätigung über die Eintragung in die Ärzteliste (Ärzteausweis) aufgenommen werden. Ab dem Zeitpunkt der Eintragung haben Personen, die Staatsangehörige einer der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, dieselben Rechte und Pflichten wie die in die Ärzteliste eingetragenen österreichischen Ärzte.

§ 32. (1) Die Österreichische Ärztekammer hat Personen, die

1. ...
 2. nicht gemäß den §§ 4, 5, 5a, 18, 19 oder 19a zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind,
 3. ...
 4. einen Qualifikationsnachweis gemäß § 4 Abs. 3 in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Z 2 oder § 4 Abs. 5 Z 2 oder gemäß den §§ 5, 5a, 18 Abs. 3 oder 4, 19 oder 19a erbringen,
- eine auf höchstens drei Jahre befristete Bewilligung zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im Rahmen eines Dienstverhältnisses als Arzt für Allge-

Geltende Fassung

eine auf höchstens drei Jahre befristete Bewilligung zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im Rahmen eines Dienstverhältnisses als Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt oder Zahnarzt in Krankenanstalten oder Justizanstalten zu erteilen.

(2) bis (4) ...

(5) Die Österreichische Ärztekammer hat eine Bewilligung gemäß Abs. 1 zurückzunehmen, wenn hervorkommt, dass

1. ...
2. ein Erfordernis gemäß Abs. 1 nachträglich weggefallen ist.

§ 33. (1) Die Österreichische Ärztekammer hat Personen, die

1. ...
2. nicht gemäß den §§ 4, 5, 18 oder 19 zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind,
3. ...
4. einen Qualifikationsnachweis gemäß § 4 Abs. 3 in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Z 2 oder § 4 Abs. 5 Z 2 oder gemäß § 5 Abs. 1 Z 2 oder 3 in Verbindung mit einer Bescheinigung nach § 44 Abs. 2 oder gemäß § 5 Abs. 2 Z 2 und 3 oder § 5 Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 18 Abs. 3 oder 4 oder gemäß § 19 Abs. 1 Z 2, 3, 4 oder 5 oder Abs. 2 erbringen,

eine auf höchstens drei Jahre befristete Bewilligung zur freiberuflichen Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt oder Zahnarzt zu erteilen.

(5) Die Österreichische Ärztekammer hat eine Bewilligung gemäß Abs. 1 zurückzunehmen, wenn hervorkommt, dass

1. ...
2. ein Erfordernis gemäß Abs. 1 nachträglich weggefallen ist.

Professoren mit ausländischen medizinischen oder zahnmedizinischen Doktoraten

§ 34. Die im Ausland erworbenen medizinischen oder zahnmedizinischen Doktorate der Professoren eines medizinischen oder zahnmedizinischen Faches, die aus dem Ausland berufen und an einer österreichischen Universität zu Universitätsprofessoren ernannt sind, gelten als in Österreich nostrifizierte Doktorate. Besitzen diese Professoren die *venia docendi* für das gesamte Gebiet eines medizi-

Vorgeschlagene Fassung

meinformmedizin, Facharzt oder Zahnarzt in Krankenanstalten oder Justizanstalten zu erteilen.

(2) bis (4) ...

(5) Die Österreichische Ärztekammer hat eine Bewilligung gemäß Abs. 1 zurückzunehmen, wenn hervorkommt, dass

1. ...
2. ein Erfordernis gemäß Abs. 1 Z 1, 3 oder 4 weggefallen ist.

§ 33. (1) Die Österreichische Ärztekammer hat Personen, die

1. ...
2. nicht gemäß den §§ 4, 5, 5a, 18, 19 oder 19a zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind,
3. ...
4. einen Qualifikationsnachweis gemäß § 4 Abs. 3 in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Z 2 oder § 4 Abs. 5 Z 2 oder gemäß den §§ 5, 5a, 18 Abs. 3 oder 4, 19 oder 19a erbringen,

eine auf höchstens drei Jahre befristete Bewilligung zur freiberuflichen Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt oder Zahnarzt zu erteilen.

(5) Die Österreichische Ärztekammer hat eine Bewilligung gemäß Abs. 1 zurückzunehmen, wenn hervorkommt, dass

1. ...
2. ein Erfordernis gemäß Abs. 1 Z 1, 3 oder 4 weggefallen ist.

Berufung von Universitätsprofessoren aus dem Ausland

§ 34. (1) Die im Ausland erworbenen medizinischen oder zahnmedizinischen Doktorate der Professoren eines medizinischen oder zahnmedizinischen Faches, die aus dem Ausland berufen und an einer österreichischen Universität zu Universitätsprofessoren ernannt sind, gelten als in Österreich nostrifizierte Doktorate.

(2) Besitzen aus dem Ausland berufene Professoren die Lehrbefugnis (*venia*

Geltende Fassung

nischen Sonderfaches, gelten sie als Fachärzte dieses Sonderfaches. Ist ihre *venia docendi* auf ein Teilgebiet des Sonderfaches beschränkt, so sind sie nur zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes in Universitätskliniken, Klinischen Instituten und sonstigen Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von Medizinischen Universitäten auf jenem Gebiet berechtigt, für das sie die *venia docendi* besitzen.

§ 35. (1) Eine ärztliche Tätigkeit nur in unselbständiger Stellung und nur zu Studienzwecken dürfen ausüben

1. ...
2. Ärzte, die österreichische Staatsbürger oder Staatsangehörige der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, jedoch nicht gemäß den §§ 4, 5, 18 oder 19 zur ärztlichen Berufsausübung berechtigt sind oder deren medizinische oder zahnmedizinische Doktorate nicht den Erfordernissen des § 4 Abs. 3 Z 1 oder Abs. 3 Z 1 und 2 oder des § 18 Abs. 3 oder 4 Z 1 entsprechen.

§ 66. (1) ...

(2) Die Ärztekammern sind, abgesehen von den in besonderen Vorschriften den Landesvertretungen übertragenen Aufgaben, insbesondere berufen:

1. bis 11. ...

§ 68. (1) bis (3) ...

- (4) Die Zugehörigkeit zu einer Ärztekammer erlischt, wenn der Arzt
 1. seinen Berufssitz (seine Berufssitze), seinen Dienstort (seine Dienstorte) oder, sofern es sich um einen Wohnsitzarzt handelt, seinen Wohnsitz (§ 47) in den Bereich einer anderen Ärztekammer verlegt hat oder
 2. von der Österreichischen Ärztekammer gemäß § 59 aus der Ärzteliste gestrichen worden ist.
- (5) ...

Vorgeschlagene Fassung

docendi) für das gesamte Gebiet eines medizinischen Sonderfaches, gelten sie als Fachärzte dieses Sonderfaches. Ist ihre Lehrbefugnis (*venia docendi*) auf ein Teilgebiet eines Sonderfaches beschränkt, so sind sie nur zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes in Universitätskliniken, Klinischen Instituten und sonstigen Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von (Medizinischen) Universitäten auf jenem Gebiet berechtigt, für das sie als Professoren berufen worden sind.

§ 35. (1) Eine ärztliche Tätigkeit nur in unselbständiger Stellung und nur zu Studienzwecken dürfen ausüben

1. ...
2. Ärzte, die österreichische Staatsbürger oder Staatsangehörige der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, jedoch nicht gemäß den §§ 4, 5, 5a, 18, 19 oder 19a zur ärztlichen Berufsausübung berechtigt sind oder deren medizinische oder zahnmedizinische Doktorate nicht den Erfordernissen des § 4 Abs. 3 Z 1 oder Abs. 3 Z 1 und 2 oder des § 18 Abs. 3 oder 4 Z 1 entsprechen.

§ 66. (1) ...

(2) Die Ärztekammern sind, abgesehen von den in besonderen Vorschriften den Landesvertretungen übertragenen Aufgaben, insbesondere berufen:

1. bis 11. ...

11a. zur Erstattung von Stellungnahmen gemäß § 20 Abs. 2 des AuslBG;

§ 68. (1) bis (3) ...

- (4) Die Zugehörigkeit zu einer Ärztekammer erlischt, wenn der Arzt
 1. seinen Berufssitz (seine Berufssitze), seinen Dienstort (seine Dienstorte) oder, sofern es sich um einen Wohnsitzarzt handelt, seinen Wohnsitz (§ 47) in den Bereich einer anderen Ärztekammer verlegt hat oder
 2. von der Österreichischen Ärztekammer gemäß § 59 aus der Ärzteliste gestrichen worden ist.

Eine Verlegung des Dienstortes gemäß Z 1 liegt nicht vor, wenn der Arzt aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften, insbesondere aufgrund von Karenzierung und Dienstzuteilung, vorübergehend im Bereich einer anderen Ärztekammer oder im Ausland ärztlich tätig wird.

(5) ...

Geltende Fassung

§ 97. Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind Leistungen zu gewähren

1. an anspruchsberechtigte Kammerangehörige für den Fall des Alters, der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit,
2. an Kinder von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung,
3. an Hinterbliebene im Falle des Ablebens eines anspruchsberechtigten Kammerangehörigen.

§ 98. (1) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind im einzelnen folgende Versorgungsleistungen zu gewähren:

1. Altersversorgung,
2. Invaliditätsversorgung,
3. Kinderunterstützung,
4. Witwen- und Witwerversorgung,
5. Waisenversorgung und
6. Todesfallbeihilfe.

(2) Die im Abs. 1 Z 1 und 2 genannten Leistungen setzen sich aus der Grundleistung und der Zusatzleistung zusammen. Die Satzung kann unter Berücksichtigung des Beitragsaufkommens Ergänzungsleistungen zur Grundleistung vorsehen. Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf § 92 Abs. 1 auch für die im Abs. 1 Z 3 bis 6 genannten Versorgungsleistungen eine Zusatzleistung vorsehen.

(3) Die Grundleistung wird im Falle des Alters oder der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit in der Höhe von 716,55 Euro monatlich gewährt. Die Leistungen nach Abs. 1 Z 1 bis 5 können bis zu vierzehnmal jährlich gewährt werden.

(4) ...

(5) Die Leistungen gemäß Abs. 1 sind von der Satzung so festzusetzen, dass die Summe der Beitragszahlungen unter Zugrundelegung einer durchschnittlichen statistischen Lebenserwartung der Leistungsempfänger unter Anwendung versi-

Vorgeschlagene Fassung

§ 97. Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind Leistungen zu gewähren

1. an anspruchsberechtigte Kammerangehörige für den Fall des Alters, der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit,
2. an Kinder von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung,
3. an Hinterbliebene im Falle des Ablebens eines anspruchsberechtigten Kammerangehörigen,
4. an ehemalige Kammerangehörige und Hinterbliebene von Kammerangehörigen, soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sind (§ 115).

§ 98. (1) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind im einzelnen folgende Versorgungsleistungen zu gewähren:

1. Altersversorgung,
2. Invaliditätsversorgung,
3. Kinderunterstützung,
4. Hinterbliebenenversorgung:
 - a) Witwen- und Witwerversorgung,
 - b) Waisenversorgung,
 - c) Hinterbliebenenunterstützung,
5. Bestattungsbeihilfe.

(2) Die im Abs. 1 Z 1 und 2 genannten Leistungen setzen sich aus der Grundleistung und der Zusatzleistung zusammen. Die Satzung kann unter Berücksichtigung des Beitragsaufkommens Ergänzungsleistungen zur Grundleistung vorsehen. Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf § 92 Abs. 1 auch für die im Abs. 1 Z 3, 4 lit. a und b genannten Versorgungsleistungen eine Zusatzleistung vorsehen.

(3) Die Grundleistung wird im Falle des Alters oder der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit in der Höhe von 716,55 Euro monatlich gewährt. Die Leistungen nach Abs. 1 Z 1 bis 3, 4 lit. a und b können bis zu vierzehnmal jährlich gewährt werden.

(4) ...

(5) Die Leistungen gemäß Abs. 1 sind von der Satzung so festzusetzen, dass die Summe der Beitragszahlungen unter Zugrundelegung einer durchschnittlichen statistischen Lebenserwartung der Leistungsempfänger unter Anwendung versi-

Geltende Fassung

cherungsmathematischer Grundsätze langfristig der Summe der Leistungen entspricht. Bei der Festsetzung der individuellen Leistungsansprüche ist die Höhe der geleisteten Beiträge zu berücksichtigen. Abweichungen von diesen Grundsätzen sind zulässig, soweit sie zur Finanzierung bereits zuerkannter Leistungen notwendig sind.

(6) ...

§ 104. (1) Beim Tod eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist die Todesfallbeihilfe zu gewähren. Die Satzung kann den Ersatz der nachgewiesenen Bestattungskosten unter Anrechnung auf den Anspruch auf Todesfallbeihilfe vorsehen.

(2) Das Ausmaß der Todesfallbeihilfe ist unter Bedachtnahme auf § 92 Abs. 1 in der Satzung festzusetzen.

(3) Auf die Todesfallbeihilfe haben, sofern der verstorbene Kammerangehörige oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht einen anderen Zahlungsempfänger namhaft gemacht und hierüber eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Erklärung beim Wohlfahrtsfonds hinterlegt hat, nacheinander Anspruch:

1. die Witwe (der Witwer),
2. die Waisen,
3. sonstige gesetzliche Erben.

(4) Sind mehrere Anspruchsberechtigte gemäß Abs. 3 Z 2 oder 3 vorhanden, ist diesen die Todesfallbeihilfe zur ungeteilten Hand auszubezahlen.

(5) Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne des Abs. 3 nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person getragen, so

Vorgeschlagene Fassung

cherungsmathematischer Grundsätze langfristig der Summe der Leistungen entspricht. Bei der Festsetzung der individuellen Leistungsansprüche ist die Höhe der geleisteten Beiträge zu berücksichtigen. Abweichungen von diesen Grundsätzen sind zulässig, soweit sie zur Finanzierung bereits zuerkannter Leistungen notwendig sind. Erreichen die Leistungen gemäß Abs. 1 Z 1 bis 3, 4 lit. a und b weniger als ein Zehntel der in Abs. 3 angeführten Grundleistung, so kann die Satzung eine einmalige, nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechnete, Kapitalabfindung vorsehen.

(6) ...

(6a) Die Satzung kann unter Berücksichtigung des Beitragsaufkommens zusätzliche einmalige Leistungen vorsehen.

§ 104. (1) Beim Tod eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist

1. die Bestattungsbeihilfe und
2. die Hinterbliebenenunterstützung

zu gewähren. Die Bestattungsbeihilfe dient der Abdeckung der mit der Bestattung verbundenen Kosten. Die Hinterbliebenenunterstützung ist Teil der Hinterbliebenenversorgung und dient den Hinterbliebenen als einmalige finanzielle Sofortversorgung.

(2) Das Ausmaß der Bestattungsbeihilfe und der Hinterbliebenenunterstützung ist unter Bedachtnahme auf § 92 Abs. 1 in der Satzung festzulegen.

(3) Auf die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung haben, sofern der verstorbene Kammerangehörige oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht einen anderen Zahlungsempfänger namhaft gemacht und hierüber eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Erklärung beim Wohlfahrtsfonds hinterlegt hat, nacheinander Anspruch:

1. die Witwe (der Witwer),
2. die Waisen und
3. sonstige gesetzliche Erben.

(4) Sind mehrere Anspruchsberechtigte gemäß Abs. 3 Z 2 oder 3 vorhanden, ist diesen die Leistung zur ungeteilten Hand auszubezahlen.

(5) Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne des Abs. 3 nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person getragen, so ge-

Geltende Fassung

gebührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zu einem in der Satzung festgesetzten Höchstbetrag, der das Sechsfache der Grundleistung nicht übersteigen darf.

§ 109. (1) Die Kammerangehörigen sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verpflichtet, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer zu leisten, in deren Bereich sie zuerst den ärztlichen Beruf aufgenommen haben, solange diese Tätigkeit aufrecht ist. Übt ein Kammerangehöriger seinen Beruf im Bereich mehrerer Ärztekammern aus, so bleibt er Mitglied im Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer, in deren Bereich er zuerst die Berufstätigkeit aufgenommen hat, solange diese Tätigkeit in dem betreffenden Bundesland aufrecht ist. Eine Unterbrechung dieser Tätigkeit für weniger als sechs Monate gilt diesbezüglich als ununterbrochene Berufsausübung. Nimmt er seine ärztliche Tätigkeit gleichzeitig im Bereich mehrerer Ärztekammern auf, so obliegt ihm die Wahl, zu welchem Wohlfahrtsfonds er seine Beiträge leistet.

(2) bis (7) ...

(8) Für den Fall, dass die versicherungsmathematische Deckung einzelner Sparten von Versorgungsleistungen, berechnet nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren unter der Annahme eines offenen Bestandes an Versicherten, nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter 50 vH liegt, kann die Satzung Empfängern von Versorgungsleistungen der jeweils betroffenen Sparte einen Pensionssicherungsbeitrag so lange vorschreiben, als der nach den zuvor genannten Verfahren berechnete Deckungsgrad 80 vH nicht überschreitet. Der Pensionssicherungsbeitrag darf jenen Prozentsatz nicht übersteigen, welchen die Kammerangehörigen zur Anhebung der versicherungsmathematischen Deckung des Fonds nicht pensionswirksam leisten, und darf höchstens 20 vH der Pensionsleistung der jeweils betroffenen Sparte betragen. Die Unterdeckung ist durch das Vorliegen von zwei voneinander unabhängigen Gutachten von versicherungsmathematischen Sachverständigen (Aktuare) festzustellen. Trotz Vorliegens dieser Voraussetzungen darf ein Pensionssicherungsbeitrag nicht eingehoben werden, wenn der in der Beitragsordnung vorgesehene Beitrag, der von den Kammerangehörigen für die Leistungen der jeweils betroffenen Sparte der Versorgungsleistungen jährlich zu bezahlen ist, in den letzten fünf Jahren vor Beschlussfassung über den Pensionssicherungsbeitrag abgesenkt wurde.

Vorgeschlagene Fassung

bührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zur Höhe der vorgesehenen Bestattungsbeihilfe.

§ 109. (1) Die Kammerangehörigen sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verpflichtet, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer zu leisten, in deren Bereich sie zuerst den ärztlichen Beruf aufgenommen haben, solange diese Tätigkeit aufrecht ist. Übt ein Kammerangehöriger seinen Beruf im Bereich mehrerer Ärztekammern aus, so bleibt er Mitglied im Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer, in deren Bereich er zuerst die Berufstätigkeit aufgenommen hat, solange diese Tätigkeit in dem betreffenden Bundesland aufrecht ist. Eine Unterbrechung dieser Tätigkeit für weniger als sechs Monate sowie eine ärztliche Tätigkeit im Bereich einer anderen Ärztekammer oder im Ausland aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften (§ 68 Abs. 4 letzter Satz) gilt diesbezüglich als ununterbrochene Berufsausübung. Nimmt er seine ärztliche Tätigkeit gleichzeitig im Bereich mehrerer Ärztekammern auf, so obliegt ihm die Wahl, zu welchem Wohlfahrtsfonds er seine Beiträge leistet.

(2) bis (7) ...

(8) Für den Fall, dass die versicherungsmathematische Deckung einzelner Gruppen von Versorgungsleistungen, berechnet nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik, nicht gegeben ist, kann die Satzung Empfängern von Versorgungsleistungen der jeweils betroffenen Gruppe einen Pensionssicherungsbeitrag so lange vorschreiben, bis die versicherungsmathematische erforderliche Deckung erreicht ist. Der Pensionssicherungsbeitrag darf jenen Prozentsatz nicht übersteigen, den die Kammerangehörigen zur Anhebung der versicherungsmathematischen Deckung des Fonds nicht pensionswirksam leisten, und darf höchstens 20 vH der Pensionsleistung der jeweils betroffenen Gruppe betragen. Die Unterdeckung ist durch das Vorliegen von zwei voneinander unabhängigen Gutachten von versicherungsmathematischen Sachverständigen (Aktuare) festzustellen. Trotz Vorliegens dieser Voraussetzungen darf ein Pensionssicherungsbeitrag nicht eingehoben werden, wenn der in der Beitragsordnung vorgesehene Beitrag, der von den Kammerangehörigen für die Leistungen der jeweils betroffenen Gruppe der Versorgungsleistungen jährlich zu bezahlen ist, in den letzten fünf Jahren vor Beschlussfassung über den Pensionssicherungsbeitrag abgesenkt wurde.

Geltende Fassung

§ 112. (1) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, daß ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuß auf Grund eines unkündbaren Dienstverhältnisses zu einer Gebietskörperschaft oder einer sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaft nach einem Gesetz oder den Pensionsvorschriften einer Dienstordnung gegenüber einer solchen Körperschaft zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht, ist er auf Antrag nach Maßgabe des Antragsbegehrens und der folgenden Bestimmungen von der Verpflichtung nach § 109 zu befreien. Übt der Antragsteller keine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 aus, kann die Satzung vorsehen, daß die Beitragspflicht zur Todesfallbeihilfe und zu den Unterstützungsleistungen bestehen bleibt. Übt der Antragsteller eine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 aus, bleibt jedenfalls die Beitragspflicht zur Grundleistung bestehen. Die Satzung kann vorsehen, daß die Beitragspflicht darüber hinaus auch für die Ergänzungsleistungen, die Todesfallbeihilfe und die Unterstützungsleistungen bestehen bleibt.

(2) Kammerangehörige, die erstmalig die ordentliche Kammerangehörigkeit nach Vollendung des 45. Lebensjahres erworben haben, werden auf ihren Antrag zur Gänze von der Beitragspflicht nach § 109 befreit. Wird ein solcher Antrag innerhalb von drei Monaten nach Eintragung in die Ärzteliste und gleichzeitiger Belehrung über die Befreiungsmöglichkeiten nicht gestellt, ist der Kammerangehörige nicht nur zur Leistung der seit Beginn der Kammerzugehörigkeit fälligen Beiträge, sondern auch zur Nachzahlung von Beiträgen ab Vollendung des 35. Lebensjahres verpflichtet.

(3) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, daß ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichartiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuß auf Grund der Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer des Bundesgebietes oder einem anderen berufsständischen Versorgungswerk im Gebiet einer Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht, wird er auf Antrag zur Gänze von der Beitragspflicht nach § 109 befreit.

(4) Kammerangehörige, die erst nach Vollendung des 35. Lebensjahrs beitragspflichtig werden, sind ab Vollendung des 35. Lebensjahres zu einer solchen Nachzahlung verpflichtet.

Vorgeschlagene Fassung

§ 112. (1) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuss auf Grund eines unkündbaren Dienstverhältnisses zu einer Gebietskörperschaft oder einer sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaft nach einem Gesetz oder den Pensionsvorschriften einer Dienstordnung gegenüber einer solchen Körperschaft zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht, ist er auf Antrag nach Maßgabe des Antragsbegehrens und der folgenden Bestimmungen von der Verpflichtung nach § 109 zu befreien. Übt der Antragsteller keine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 aus, kann die Satzung vorsehen, dass die Beitragspflicht zur Todesfallbeihilfe und zu den Unterstützungsleistungen bestehen bleibt. Übt der Antragsteller eine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 aus, bleibt jedenfalls die Beitragspflicht zur Grundleistung bestehen. Die Satzung kann vorsehen, dass die Beitragspflicht darüber hinaus auch für die Ergänzungsleistungen, die Todesfallbeihilfe und die Unterstützungsleistungen bestehen bleibt.

(2) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichartiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuss aufgrund der Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht, wird er auf Antrag zur Gänze von der Beitragspflicht nach § 109 befreit.

(3) Kammerangehörige, die erst nach Vollendung des 35. Lebensjahres beitragspflichtig werden, sind, sofern dies die Satzung vorsieht, ab Vollendung des 35. Lebensjahres zu einer Nachzahlung im Sinne des Abs. 4 verpflichtet. Diese Nachzahlungsverpflichtung entfällt für jene Zeiträume, in denen der Kammerangehörige in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft in einem gesetzlich vorgesehenen System der sozialen Sicherheit in einem Zweig versichert war, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.

(4) Für die Berechnung des Nachzahlungsbetrages ist der auf einen Kammerangehörigen entfallende Durchschnittsbeitrag der einzelnen Kalenderjahre heranzuziehen. Weiters hat die Satzung zu bestimmen, ob bei der Berechnung des

Geltende Fassung

(5) Für die Berechnung des Nachzahlungsbetrages ist der auf einen Kammerangehörigen entfallende Durchschnittsbeitrag der einzelnen Kalenderjahre heranzuziehen. Weiters hat die Satzung zu bestimmen, ob bei der Berechnung des Nachzahlungsbetrages auf das Beitragsniveau des laufenden Kalenderjahres aufzuwerten ist, oder ob mit dem Prozentsatz der durchschnittlichen Rendite des Fondsvermögens während des Nachzahlungszeitraumes nach den Grundsätzen einer Zinseszinsrechnung zu verzinsen ist. Außer Ansatz bleiben jedoch die während des Nachzahlungszeitraumes eingehobenen Beitragsanteile für die Todesfallbeihilfe und die Unterstützungsleistungen.

(6) Für den Fall der Befreiung von der Beitragspflicht ist die Gewährung von Leistungen entsprechend dem Ausmaß der Befreiung ganz oder teilweise ausgeschlossen.

(7) Die Beitragsordnung hat zu regeln, wie die nach Maßgabe der Bestimmungen des § 115 nicht rückerstatteten Beiträge verwendet werden, wenn die Kammerangehörigkeit oder Beitragspflicht wieder entsteht. Bei Zuständigkeit und Leistungsverpflichtung einer anderen Landeskammer gelten die Überweisungsbestimmungen des § 115 sinngemäß.

§ 115. (1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz (Dienstort) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer, ist ein Betrag in der Höhe von mindestens 70 vH der von ihm zum Wohlfahrtsfonds der bis her zuständigen Ärztekammer entrichteten Beiträge der nunmehr zuständigen Ärztekammer zu überweisen. Die für bestimmte Zwecke (Todesfallbeihilfe, Krankenunterstützung usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht. Bei Streichung eines Kammerangehörigen aus der Ärzteliste (§ 59 Abs. 3) gebührt ihm der Rückersatz in sinngemäßer Anwendung der vorstehenden Bestimmungen in Höhe von mindestens 50 vH; erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 oder 6, gebührt dieser Rückersatz nach

Vorgeschlagene Fassung

Nachzahlungsbetrages auf das Beitragsniveau des laufenden Kalenderjahres aufzuwerten ist, oder ob mit dem Prozentsatz der durchschnittlichen Rendite des Fondsvermögens während des Nachzahlungszeitraumes nach den Grundsätzen einer Zinseszinsrechnung zu verzinsen ist. Außer Ansatz bleiben jedoch die während des Nachzahlungszeitraumes eingehobenen Beitragsanteile für die Bestattungsbeihilfe und die Unterstützungsleistungen.

(5) Für den Fall der Befreiung von der Beitragspflicht ist die Gewährung von Leistungen entsprechend dem Ausmaß der Befreiung ganz oder teilweise ausgeschlossen.

(6) Die Beitragsordnung hat zu regeln, wie die nach Maßgabe der Bestimmungen des § 115 nicht rückerstatteten Beiträge verwendet werden, wenn die Kammerangehörigkeit oder Beitragspflicht wieder entsteht. Bei Zuständigkeit und Leistungsverpflichtung einer anderen Ärztekammer gelten die Überweisungsbestimmungen des § 115 sinngemäß.

§ 115. (1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz (Dienstort) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer, ist ein Betrag in der Höhe von mindestens 70 vH der von ihm zum Wohlfahrtsfonds der bis her zuständigen Ärztekammer entrichteten Beiträge der nunmehr zuständigen Ärztekammer zu überweisen. Die für bestimmte Zwecke, insbesondere Bestattungsbeihilfe, Hinterbliebenenunterstützung und Krankenunterstützung, satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht. Bei Streichung eines Kammerangehörigen aus der Ärzteliste (§ 59 Abs. 3) gebührt ihm der Rückersatz in sinngemäßer Anwendung der vorstehenden Bestimmungen in Höhe von mindestens 50 vH; erfolgt die Streichung gemäß § 59

Geltende Fassung

Ablauf von drei Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung, sofern nicht zwischenzeitlich eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.

(2) Während der Zeit der Ausbildung eines Kammerangehörigen zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt hat keine Überweisung zu erfolgen. Diese ist erst nach Eintragung in die Ärzteliste als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt durchzuführen. In diesem Fall erhöht sich der Überweisungsbetrag auf mindestens 90 vH.

Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Gruppenpraxen

§ 118c. Die Österreichische Ärztekammer hat nach Befassung des wissenschaftlichen Beirats für Qualitätssicherung, der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte sowie der Bundeskurie der Zahnärzte die zu evaluierenden Kriterien (§ 118a Abs. 2 Z 1), die Kontrolle der Evaluierungsergebnisse, die Kriterien für die diesbezügliche elektronische Datenübermittlung sowie das von der Gesellschaft zu führende Qualitätsregister durch Verordnung zu regeln. Diese Verordnung ist bis spätestens 1. Jänner 2005 zu erlassen.

§ 120. Organe der Österreichischen Ärztekammer sind
1. bis 6. ...

Vorgeschlagene Fassung

Abs. 1 Z 3 oder 6, gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von drei Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung, sofern nicht zwischenzeitlich eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.

(2) Während der Zeit der Ausbildung eines Kammerangehörigen zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt hat keine Überweisung zu erfolgen. Diese ist erst nach Eintragung in die Ärzteliste als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt durchzuführen. In diesem Fall erhöht sich der Überweisungsbetrag auf mindestens 90 vH.

(3) Ein Rückersatz von Beiträgen nach Abs. 1 oder 2 ist nur dann möglich, wenn der Kammerangehörige schriftlich bestätigt, dass er nicht in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft von einem Zweig eines gesetzlich vorgesehen Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.

Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung

§ 118c. (1) Die Österreichische Ärztekammer hat nach Befassung des wissenschaftlichen Beirats für Qualitätssicherung, der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte sowie der Bundeskurie der Zahnärzte die zu evaluierenden Kriterien (§ 118a Abs. 2 Z 1), die Kontrolle der Evaluierungsergebnisse, die Kriterien für die diesbezügliche elektronische Datenübermittlung sowie das von der Gesellschaft zu führende Qualitätsregister durch Verordnung jeweils für eine Geltungsdauer von fünf Jahren zu regeln. Diese Verordnung ist im Sinne des § 49 laufend weiter zu entwickeln. Die Verordnung ist bis spätestens 1. Jänner 2005 erstmals zur Genehmigung vorzulegen und in der Folge regelmäßig, erforderlichenfalls auch vor Ablauf der fünfjährigen Geltungsdauer, an die genannten Erfordernisse anzupassen.

(2) Die Verordnung ist dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen spätestens drei Monate vor Ablauf der fünfjährigen Geltungsdauer (Abs. 1) zur aufsichtsbehördlichen Genehmigung vorzulegen.

§ 120. Organe der Österreichischen Ärztekammer sind
1. bis 6. ...

6a. die Ausbildungskommission (§ 128a),

Ausbildungskommission

§ 128a. (1) Die Ausbildungskommission besteht aus je einem Vertreter der in den Ärztekammern in den Bundesländern eingerichteten Ausbildungskommissionen (§ 82 Abs. 2) sowie aus zwei vom Vorstand der Österreichischen Ärztekammer aus seiner Mitte nominierten Mitgliedern. Der Vorsitzende der Ausbildungskommission und dessen Stellvertreter werden vom Vorstand nominiert. Für jedes weitere Mitglied ist ein entsprechendes Ersatzmitglied zu bestellen.

(2) Der Vorsitzende beruft die Sitzungen der Ausbildungskommission ein, setzt die Tagesordnung fest und leitet die Sitzungen. Im Falle der Verhinderung des Vorsitzenden und des Stellvertreters tritt für die Dauer der Verhinderung das an Jahren älteste Mitglied der Ausbildungskommission in die Funktion des Vorsitzenden ein.

(3) Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer und der Vorsitzende des Bildungsausschusses sind berechtigt, an den Sitzungen der Ausbildungskommission teilzunehmen und Anträge zu stellen.

(4) Der Ausbildungskommission obliegt

1. die Entscheidung in Verfahren gemäß §§ 9 bis 13, 14, 14a, 15, 32, 33 und 35,
2. die Feststellung der Gleichwertigkeit gemäß §§ 5a Z 3, 19a Z 3 und 39 Abs. 2,
3. die Beantwortung von individuellen an die Ausbildungskommission herangetragenen Anfragen, sofern sie über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung haben, sowie
4. die Erstattung von Berichten und Vorschlägen an andere Organe der Österreichischen Ärztekammer.

(5) Die Ausbildungskommission ist beschlussfähig, wenn zumindest sieben Mitglieder anwesend sind. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

(6) Für die Beschlüsse der Ausbildungskommission ist die Zweidrittelmehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen erforderlich. Über jeden Antrag ist gesondert abzustimmen.

(7) Nähere Vorschriften über die Struktur und Aufgaben der Ausbildungskommission sind von der Österreichischen Ärztekammer durch Geschäftsordnung

Geltende Fassung**§ 195.** (1) bis (6e) ...

(6f) Die Erlassung der Verordnung gemäß § 118c bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit und Frauen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz nicht widerspricht. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von drei Monaten nach Einlangen hierüber entscheidet. Der Hinweis auf die Beschlussfassung der Verordnung gemäß § 118c ist in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung ist die Verordnung durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext im Internet allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnung keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsieht, tritt die Verordnung nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

...

§ 208. (1) ...

(2) §§ 10 Abs. 3 und 11 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 110/2001 (2. Ärztegesetz-Novelle) treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

§ 210. (1) bis (6) ...**Vorgeschlagene Fassung**

festzulegen.

(8) Nähere Vorschriften über die Struktur und Aufgaben der Ausbildungskommission sind durch Geschäftsordnung festzulegen.

§ 195. (1) bis (6e) ...

(6f) Die Erlassung einer Verordnung gemäß § 118c bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit und Frauen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz, insbesondere den in § 49 festgelegten Pflichten des Arztes oder Zahnarztes, entspricht. Der Hinweis auf die Beschlussfassung der Verordnung gemäß § 118c ist in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung ist die Verordnung durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext im Internet allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnung keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsieht, tritt die Verordnung nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft.

§ 208. (1) ...

(2) §§ 10 Abs. 3 und 11 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 140/2003 (5. Ärztegesetz-Novelle) treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

§ 210. (1) bis (6) ...

(7) Am 1. Mai 2004 in Kraft stehende Bewilligungen gemäß §§ 32, 33 und 35 für Staatsangehörige der Republik Estland, der Republik Lettland, der Republik Litauen, der Republik Malta, der Republik Polen, der Slowakischen Republik, der Republik Slowenien, der Tschechischen Republik, der Republik Ungarn und der Republik Zypern, bleiben ungeachtet einer möglichen Berechtigung zur Berufsausübung gemäß §§ 4, 5, 5a, 18, 19 oder 19a unberührt.

(8) Staatsangehörige der Republik Estland, der Republik Lettland, der Republik Litauen, der Republik Malta, der Republik Polen, der Slowakischen Republik, der Republik Slowenien, der Tschechischen Republik, der Republik Ungarn und der Republik Zypern, die am 1. Mai 2004 gemäß §§ 7 Abs. 6 und 8 Abs. 4 und 5 in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, zum Facharzt, im Hauptfach eines Sonderfaches oder in einem Additivfach stehen, sind berechtigt, ihre Ausbildung nach der vor diesem Zeitpunkt geltenden Rechtslage abzuschließen.

§ 214. (1) bis (13) ...

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

§ 214. (1) bis (13) ...

(14) Die §§ 5 Abs. 1 Z 3 und Abs. 2 Z 4, 19 Z 3 und 4, 27 Abs. 2a und 7, § 32 Abs. 1, § 32 Abs. 5 Z 2, § 33 Abs. 1, § 33 Abs. 5 Z 2, § 35 Abs. 1 Z 2, § 66 Abs. 2 Z 11a und 210 Abs. 7 und 8 treten mit 1. Mai 2004 in Kraft. § 208 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. XX/2004 tritt mit 31. Dezember 2003 in Kraft.