

219 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XIX. GP

Nachdruck vom 22. 6. 1995

Regierungsvorlage

Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch die Bundesgesetze BGBl. Nr. 801/1993 und BGBl. Nr. 1105/1994, wird wie folgt geändert:

Artikel I

1. (Grundsatzbestimmung)

Nach § 10 wird folgender § 10a eingefügt:

„§ 10a. Jedes Land hat einen Landeskrankenanstaltenplan zu erlassen. Dabei ist auf eine Verringerung der Zahl der Akutbetten – ausgenommen die Betten von Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie – in

1. öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2,
 2. privaten Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, ausgenommen Krankenanstalten des Bundes und der Träger der Sozialversicherung,
 3. privaten, nicht gemeinnützig geführten Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6
- sowie auf einen entsprechenden Abbau der personellen und apparativen Kapazitäten sowie der tatsächlich aufgestellten Akutbetten zu achten.“

2. (Grundsatzbestimmung)

Der § 28 lautet:

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

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

(3) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die Pflege- 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.

(4) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren

1. sind in den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz in voller Höhe zu entrichten;
2. werden ansonsten hinsichtlich des Ausmaßes – unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe – ebenso wie allfällige Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) und die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 12, ausschließlich durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Träger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung;
3. nach Z 2 erhöhen sich für Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit oder auf Grund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 einer Gebietskrankenkasse zur Betreuung zugewiesen werden und die in einer Krankenanstalt betreut werden, deren Rechtsträger im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, zuschlußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Verpflegstag eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltspflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Verpflegstage in zuschlußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahres als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen.

(5) Die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührenersätze sind mit jedem 1. Jänner im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung der Beitragseinnahmen aller Krankenversicherungsträger vom Vorjahr auf das laufende Jahr zu erhöhen. Die jeweils neu berechneten Pflegegebührenersätze sind auf volle Schilling zu runden.

(6) Von den Beitragseinnahmen eines Kalenderjahres sind vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses abzuziehen:

1. die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung gemäß § 51b ASVG, § 27a GSVG, § 24a BSVG und § 20a B-KUVG;
2. jene Beträge, die die Krankenversicherungsträger gemäß § 447f Abs. 2 Z 1 und 2 ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten bereitstellen;
3. jene Beitragseinnahmen, die sich ab 1. Jänner 1991 aus Änderungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Ertrag gesetzlich zweckgebunden ist; weiters haben bei der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 5 die auf Grund der 50. Novelle zum ASVG, der 18. Novelle zum GSVG, der 16. Novelle zum BSVG und der 21. Novelle zum B-KUVG vorgesehenen Beitragsveränderungen außer Betracht zu bleiben.

(7) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger sind den Beitragseinnahmen des zuletzt vorangegangenen Kalenderjahres unter Berücksichtigung des Abs. 6 gegenüberzustellen. Als Beitragseinnahmen gelten alle Beiträge für Pflichtversicherte und für freiwillig Versicherte, die nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit und Soziales über die Rechnungslegung als Beitragseinnahmen in Betracht kommen, in der Krankenversicherung der Bauern einschließlich des Bundesbeitrages; maßgebend sind die in den Erfolgsrechnungen der Krankenversicherungsträger ausgewiesenen Beträge. Der Erhöhungsprozentsatz ist vom Hauptverband auf zwei Dezimalstellen zu runden und bedarf der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales.

(8) Der Hauptverband hat jeweils spätestens bis 15. Dezember für das nächstfolgende Kalenderjahr einen provisorischen Hundertsatz zu errechnen, der nach Zustimmung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales für die Erhöhung der Pflegegebührenersätze ab dem nachfolgenden 1. Jänner maßgeblich ist. Die neuen Pflegegebührenersätze sind auf volle Schilling zu runden. Den Trägern der Krankenanstalten sind die erhöhten Pflegegebührenersätze so rechtzeitig bekanntzugeben, daß sie ab 1. Jänner der Verrechnung zugrunde gelegt werden können.

(9) Weicht der provisorische Hundertsatz vom endgültigen Hundertsatz ab, hat zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Krankenanstalten ein finanzieller Ausgleich durch Nachzahlung oder

Gutschrift im laufenden Kalenderjahr zu erfolgen. Bei der Erhöhung der Pflegegebührenersätze ab dem nächsten 1. Jänner sind sodann für das Vorjahr fiktiv jene Pflegegebührenersätze zu errechnen, die sich bei Anwendung des endgültigen Hundertsatzes ergeben hätten. Diese fiktiven Pflegegebührenersätze sind sodann um den in Betracht kommenden provisorischen Hundertsatz zu erhöhen.

(10) Alle von den Krankenversicherungsträgern und vom Hauptverband zur Durchführung der Regelung gemäß Abs. 5 bis 9 erstellten Unterlagen und Berechnungen unterliegen der Überprüfung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales.

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

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

(13) Wenn ein Antrag nach Abs. 12 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.“

3. (Grundsatzbestimmung)

Nach § 28 wird folgender § 28a eingefügt:

„**§ 28a.** (1) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze nach § 28 Abs. 12 ist die Schiedskommission an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgesetzten Erhöhungssätze gemäß § 28 Abs. 5 bis 10 gebunden.

(2) Entscheidungen der Landesregierung gemäß § 28 Abs. 3 über die Gleichartigkeit oder annähernde Gleichwertigkeit dürfen von der Schiedskommission nicht berücksichtigt werden, wenn die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit

1. Krankenanstalten betrifft, die nach dem Krankenanstaltenplan nicht ausdrücklich als gleichartig oder annähernd gleichwertig bezeichnet sind, oder
2. Krankenanstalten betrifft, deren Ausstattung hinsichtlich der Zahl der Abteilungen, der Bettenzahl, des Personalstandes oder der medizinisch-technischen Geräte wesentliche Unterschiede aufweist, oder
3. dazu führen würde, daß Krankenanstalten, die für Gebiete mit deutlich unterschiedlicher Größe und Bevölkerungszahl bestimmt sind (§ 33 Abs. 1), als gleichartig oder annähernd gleichwertig bezeichnet werden.

(3) In den Fällen des Abs. 2 hat die Schiedskommission nach den von ihr angenommenen sachlichen Kriterien zu entscheiden.“

4. (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

Die Überschrift zum Hauptstück D des zweiten Teiles entfällt.

5. (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

Die §§ 57 bis 59a samt Überschrift sind aufgehoben, soweit sich aus den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, nichts anderes ergibt.

Artikel II

(Grundsatzbestimmung)

§ 28 lautet:

„**§ 28.** (1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Kranken-

anstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

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

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

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

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

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

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

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

Artikel III

(1) Art. I tritt mit 1. Jänner 1991 in Kraft.

(2) Art. I tritt gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1995 außer Kraft.

(3) Mit dem Außerkrafttreten der im Abs. 2 genannten Vereinbarung treten die mit Art. I Z 4 und 5 aufgehobenen Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes in der mit 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Fassung sowie Art. II in Kraft.

Artikel IV

(1) Die Länder haben die Ausführungsgesetze zu Art. I Z 1 bis 3 sowie zu Art. II innerhalb von sechs Monaten vom Tag der Kundmachung dieses Bundesgesetzes zu erlassen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. I Z 1 bis 3 sind mit 1. Jänner 1991 in Kraft zu setzen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. II sind mit dem Zeitpunkt des Außerkrafttretens der im Art. III Abs. 2 genannten Vereinbarung in Kraft zu setzen.

219 der Beilagen

5

(2) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG ist hinsichtlich Art. I Z 1 bis 3 und Art. II der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz betraut.

(3) Die Vollziehung des Art. I Z 4 und 5 obliegt dem Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz.

VORBLATT**Ziel und Problemstellung:**

Bund und Länder sind übereingekommen, die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. Nr. 863/1992, die für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 abgeschlossen wurde, für das Jahr 1995 zu verlängern. Im Zuge dessen sind auch die entsprechenden Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes, die ebenfalls auf ein Auslaufen der genannten Vereinbarung mit Ende 1994 abgestellt haben, um ein Jahr zu verlängern.

Alternativen:

Keine.

Inhalt:

Verlängerung der im Zusammenhang mit den jeweiligen „KRAZAF-Vereinbarungen“ stehenden Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes bis zum Ablauf des Jahres 1995.

Kosten:

Durch die vorliegende Novelle werden dem Bund keine zusätzlichen Kosten entstehen.

EU-Konformität:

Gegeben.

Erläuterungen

Bund und Länder sind übereingekommen, die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. Nr. 863/1992, die für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 abgeschlossen wurde, für das Jahr 1995 zu verlängern.

Es ist daher erforderlich, diejenigen Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes, die zur Umsetzung der genannten Vereinbarung im Krankenanstaltengesetz erlassen wurden, um ein Jahr zu verlängern. Da Art. I Z 1 bis 5 der Krankenanstaltengesetz-Novelle, BGBl. Nr. 701/1991, formal bereits mit Ablauf des 31. Dezember 1994 außer Kraft getreten und die §§ 57 bis 59a und § 28 in der Fassung des Art II der genannten Novelle mit 1. Jänner 1995 in Kraft getreten sind, wird von einer bloßen Novellierung der Bestimmungen über den zeitlichen Geltungsbereich in Art. III und IV der Novelle BGBl. Nr. 701/1991 Abstand genommen und eine Neuregelung vorgenommen. Im Hinblick auf die Verlängerung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für das Jahr 1995 und Artikel 29 der genannten Vereinbarung wird im Sinne einer Kontinuität der Regelung die vorliegende Novelle mit 1. Jänner 1991 in Kraft gesetzt. Das Außerkrafttreten der der Umsetzung der KRAZAF-Vereinbarung dienenden Bestimmungen mit Ablauf des 31. Dezember 1995 ergibt sich aus der Vereinbarung der Vertragsparteien. Mit dem Außerkrafttreten dieser Regelungen werden die Regelungen über die Zweckzuschüsse des Bundes und § 28 in der am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Fassung wieder in Kraft treten, sofern nicht in Verhandlungen zwischen Bund und Ländern bis dahin eine andere Finanzierungslösung für das Spitalswesen gefunden wird.