

326 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP

Nachdruck vom 18. 12. 1991

Regierungsvorlage

Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 27/1958, 281/1974, 659/1977, 456/1978, 106/1979, 273/1982, 122/1983, 218/1985, 565/1985, 282/1988, 745/1988, 157/1990 und 45/1991 sowie der Kundmachungen BGBl. Nr. 50/1973 und 90/1976 wird wie folgt geändert:

Artikel I

1. (Grundsatzbestimmung)

Nach § 10 wird folgender § 10 a eingefügt:

„§ 10 a. 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 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. xxx/199x, zuschufsberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Verpflegungstag 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 Verpflegungstage in zuschufsberechtigten 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 Pflegegebührensätze 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 Pflegegebührensätze 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 § 51 b ASVG, § 27 a GSVG, § 24 a BSVG und § 20 a B-KUVG;
2. jene Beträge, die die Krankenversicherungsträger gemäß § 447 f 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 Pflegegebührensätze ab dem nachfolgenden 1. Jänner maßgeblich ist. Die neuen Pflegegebührensätze sind auf volle Schilling zu runden. Den Trägern der Krankenanstalten sind die erhöhten Pflegegebührensätze 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 Pflegegebührensätze ab dem nächsten 1. Jänner sind sodann für das Vorjahr fiktiv jene Pflegegebühren zu errechnen, die sich bei Anwendung des endgültigen Hundertsatzes ergeben hätten. Diese fiktiven Pflegegebührensätze 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 § 28 a eingefügt:

„§ 28 a. (1) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührensätze 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 59 a samt Überschrift sind aufgehoben, soweit sich aus den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. xxx/199x, nichts anderes ergibt.

6. (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

Die Überschrift zu § 62 d lautet:

„Diagnosen- und Leistungserfassung“

7. Der bisherige Wortlaut des § 62 d erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Die Träger öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 bezeichneten Art, mit Ausnahme der Pflegeabteilungen der öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie, sowie die Träger privater Krankenanstalten, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, sind weiters zur Meldung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf der Grundlage eines vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Leistungskataloges verpflichtet. Der Umfang der Leistungserfassung richtet sich insbesondere nach dem Ziel, das Modell „Leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung“ zum frühestmöglichen Zeitpunkt als Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung heranzuziehen.“

8. (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

§ 62 e Abs. 1 lautet:

„§ 62 e. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben auf der Grundlage der im § 62 d Abs. 1 genannten Klassifikation bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz in maschinenlesbarer Form einen Bericht über die Diagnosen der im Berichtsjahr aus stationärer Behandlung entlassenen Pflegelinge sowie nach Maßgabe des § 62 d Abs. 2 an ihnen erbrachte ausgewählte medizinische Einzelleistungen vorzulegen. Gleiches gilt hinsichtlich verstorbener oder in eine andere Krankenanstalt überstellte Pflegelinge.“

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 Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die

kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

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

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

(4) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten. Ansonsten werden das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren — unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe. — und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 6, ausschließlich durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 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 Streitteile 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 Pflegegebührenersätze 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 Z 1 bis 5 tritt gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 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.

(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, Sport und Konsumentenschutz betraut.

(3) Die Vollziehung des Art. I Z 4 bis 8 obliegt dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz.

VORBLATT

Problem und Ziel:

Bund und Länder konnten sich neuerlich auf den Abschluß einer Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung, nunmehr für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994, einigen. Mit der vorliegenden Novelle sind die sich aus dieser neuen Vereinbarung ergebenden Anpassungen des Krankenanstaltengesetzes vorzunehmen.

Inhalt:

Die Durchführung der Vereinbarung im Bereich des Krankenanstaltengesetzes umfaßt

- Grundsatzbestimmungen über Landeskrankenanstaltenpläne,
- die Umsetzung der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen im Zusammenhang mit den von Sozialversicherungsträgern zu leistenden Pflegegebührenersätzen sowie den Entscheidungen von Schiedskommissionen,
- die Außerkraftsetzung der Regelungen über Zweckzuschüsse des Bundes,
- Bestimmungen über die Meldung ausgewählter medizinischer Einzelleistungen als Grundlage für die Einführung einer leistungsbezogenen Krankenanstaltenfinanzierung.

Alternative:

Keine; die Erfüllung der Vereinbarung durch den Bund erfordert die Anpassung des Krankenanstaltengesetzes.

Kosten:

Siehe den Entwurf des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds.

Erläuterungen

A. Allgemeiner Teil

Nachdem zunächst mit den Novellen BGBl. Nr. 70/1991 und 232/1991 die Anwendung der Regelungen über die Spitalsfinanzierung gemäß der Vereinbarung BGBl. Nr. 619/1988 auf das Jahr 1991 erstreckt wurde, konnten sich nunmehr der Bund und die Länder endgültig auf den Abschluß einer neuen Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 einigen.

Mit der vorliegenden Novelle sind die sich aus dieser neuen Vereinbarung ergebenden Anpassungen des Krankenanstaltengesetzes vorzunehmen. Der Inhalt der Novelle bestimmt sich somit nach der Durchführung der Vereinbarung im Bereich des Krankenanstaltengesetzes und umfaßt

- Grundsatzbestimmungen über Landeskrankenanstaltenpläne,
- die Umsetzung der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen im Zusammenhang mit den von Sozialversicherungsträgern zu leistenden Pflegegebührenersätzen sowie den Entscheidungen von Schiedskommissionen,
- die Außerkraftsetzung der Regelungen über Zweckzuschüsse des Bundes,
- Bestimmungen über die Meldung ausgewählter medizinischer Einzelleistungen als Grundlage für die Einführung einer leistungsbezogenen Krankenanstaltenfinanzierung.

Entsprechend der Vereinbarung ist schließlich ein rückwirkendes Inkrafttreten mit 1. Jänner 1991 vorzusehen.

B. Besonderer Teil

Zu Art. I Z 1 (§ 10 a):

Art. 3 der Vereinbarung geht davon aus, daß auch in Hinkunft Landeskrankenanstaltenpläne bestehen. Überdies enthält schon Art. 1 Abs. 2 Z 1 der Vereinbarung die Übereinkunft der Vertragsparteien, auch weiterhin das Ziel eines Akutbettenabbaues und einer Reduzierung von Spitalskapazitäten zu verfolgen.

Dementsprechend soll auch ein neugefaßter § 10 a KAG die Erlassung von Landeskrankenanstaltenplänen für die in der Vereinbarung genannten Krankenanstalten und die in der Vereinbarung festgelegten Zielsetzungen vorsehen.

Zu Art. I Z 2 (§ 28):

Die Neufassung des § 28 KAG entspricht den im Art. 27 der Vereinbarung enthaltenen sozialversicherungsrechtlichen Regelungen.

Zu Art. I Z 3 (§ 28 a):

§ 28 a Abs. 1 entspricht dem Inhalt des bisherigen § 28 Abs. 14 KAG, aus systematischen Gründen ist es allerdings zweckmäßig, die Regelung als Abs. 1 in den neuen § 28 a zu stellen.

Im übrigen ist zu § 28 a folgendes zu bemerken:

Art. 27 Abs. 8 zweiter Satz der Vereinbarung sieht vor, daß „im Krankenanstaltengesetz durch geeignete Bestimmungen dafür vorzusehen ist, daß bei Entscheidungen der Schiedskommissionen über die Gleichartigkeit oder annähernde Gleichwertigkeit (§ 28 Abs. 3 KAG) sachliche Kriterien herangezogen werden“.

Diesem Inhalt der Vereinbarung trägt der neue § 28 a Abs. 2 Rechnung.

Zu Art. I Z 4 und 5 (§§ 57 bis 59 a):

Wie bereits in Durchführung früherer Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung, so sind auch nunmehr die unmittelbar anwendbares Bundesrecht darstellenden Bestimmungen über Zweckzuschüsse des Bundes aufzuheben, sofern sich aus den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds nichts anderes ergibt.

Die eben erwähnte Einschränkung dieser Aufhebung ergibt sich daraus, daß sowohl die Vereinbarung wie auch das erwähnte Bundesgesetz vorsehen, daß die §§ 57 bis 59 KAG als Berechnungsgrundlage für die Bemessung von Zuschüssen heranzuziehen sind.

Zu Art. I Z 6 (Überschrift zu § 62 d):

Entsprechend der vorgesehenen Erfassung bestimmter („ausgewählter“) medizinischer Einzellei-

stungen ist die Überschrift vor § 62 d KAG zu erweitern.

Zu Art. I Z 7 (§ 62 d Abs. 2):

Art. 1 Abs. 2 Z 7 der Vereinbarung sieht vor, daß das Modell einer „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ mit dem Ziel weiterentwickelt wird, zum frühestmöglichen Zeitpunkt Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung zu sein. So soll nach der gleichen Stelle der Vereinbarung auch ab 1. Jänner 1993 auf der Grundlage dieses Modells die Abrechnung parallel zur geltenden Krankenanstaltenfinanzierung durchgeführt werden.

Aus diesem Grund ist es erforderlich, für die durch die Vereinbarung in diesem Zusammenhang erfaßten Krankenanstaltenträger zusätzlich zu der schon bisher vorgesehenen Diagnosenerfassung (ICD, 9. Revision, Fassung VESKA) auch eine Meldung der für die Einführung des erwähnten Finanzierungsmodells erforderlichen medizinischen Einzelleistungen vorzusehen.

Zu Art. I Z 8 (§ 62 e Abs. 1):

Anpassung an den neuen § 62 d Abs. 2 KAG.

Zu Art. II (§ 28):

Art. 30 Abs. 3 der Vereinbarung sieht vor, daß mit ihrem Außerkrafttreten die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften, soweit sie in Durchführung dieser Vereinbarung geändert wurden, wieder in Kraft gesetzt werden.

Der ua. in Durchführung der Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung geänderte § 28 KAG wurde seit dem Jahr 1977 nicht nur im Zusammenhang mit Vereinbarungen über die Spitalsfinanzierung, sondern durch die Novelle BGBl. Nr. 282/1988 auch in anderem Zusammenhang geändert (Ersatz der Pflegegebühren durch die Träger der Sozialversicherung in voller Höhe in den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz KAG).

Für den Fall des Wiederinkrafttretens der sistierten Bestimmungen des KAG kann daher § 28 KAG nicht in seiner am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Fassung, sondern nur in der dem Art. II zu entnehmenden Fassung wieder in Geltung treten. Im übrigen entspricht § 28 KAG idF des Art. II dieser Novelle wörtlich der Fassung nach Art. III der Novelle BGBl. Nr. 282/1988.

Zu Art. III und IV:

Diese Artikel treffen entsprechend dem Geltungszeitraum der Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung die notwendigen Inkraft- und Außerkrafttretensbestimmungen. Überdies werden der Zeitraum für die Ausführungsgesetzgebung und die Zuständigkeit des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz für die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG sowie für die Vollziehung der unmittelbar anwendbares Bundesrecht darstellenden Bestimmungen festgelegt.

Textgegenüberstellung

Fassung des Entwurfes

geltende Fassung

Art. I Z 1:

„§ 10 a. 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.“

Art. I Z 2:

„§ 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.

„§ 10 a. (1) Jedes Land hat einen Krankenanstaltenplan zu erlassen. Im Krankenanstaltenplan sind Höchstgrenzen für die Zahl der systemisierten Betten, ausgenommen die Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, für folgende im Land gelegene Krankenanstalten festzusetzen:

1. Öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2,
2. private, gemeinnützige Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 in Verbindung mit § 16, ausgenommen Krankenanstalten des Bundes und der Träger der Sozialversicherung, und
3. private, nicht gemeinnützige Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6.“

(idF Art. I Z 10 BGBl. Nr. 282/1988)

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

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

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

Fassung des Entwurfes

(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 aufgrund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit 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. xxx/199x, 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 aufgrund 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 aufgrund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen.

(5) Die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührensätze 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 Pflegegebührensätze sind auf volle Schilling zu runden.

geltende Fassung

(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 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 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. 281/1988, 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 Pflegegebührensätze sind mit jedem 1. Jänner, erstmals mit 1. Jänner 1988, im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung der Beitragseinnahmen aller Krankenversicherungsträger vom Vorjahr auf das laufende Jahr zu erhöhen. Die jeweils neu berechneten Pflegegebührensätze 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 § 51 b ASVG, § 27 a GSVG, § 24 a BSVG und § 20 a B-KUVG;
2. jene Beträge, die die Krankenversicherungsträger gemäß § 447 f 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 aufgrund 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 freiwillige 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

(6) Von den Beitragseinnahmen eines Kalenderjahres ist vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses zunächst jener Betrag abzuziehen, den die Krankenversicherungsträger gemäß § 447 f ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten gesondert bereitzustellen haben. Ferner haben bei Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 5 jene Beitragseinnahmen außer Betracht zu bleiben, die sich ab 1. Jänner 1988 aus Änderungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Betrag gesetzlich zweckgebunden ist.

(7) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (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 nachfolgendem 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

Fassung des Entwurfes

Kalenderjahr zu erfolgen. Bei der Erhöhung der Pflegegebührenersätze ab dem nächsten 1. Jänner sind sodann für das Vorjahr fiktiv jene Pflegegebühren 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.“

geltende Fassung

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.

(idF Art. I Z 21 BGBl. Nr. 282/1988)

(14) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze nach Abs. 12 ist die Schiedskommission an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgelegten Erhöhungssätze gemäß Abs. 5 bis 10 gebunden.“

(dzt. § 28 Abs. 14 idF Art. I Z 21 BGBl. Nr. 282/1988)

Fassung des Entwurfes

geltende Fassung

12

326 der Beilagen

Art. I Z 3:

„§ 28 a. (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. 2 bis 10 gebunden.

§ 28 a. Abs. 2 und 3 derzeit nicht enthalten

(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.“

Art. I Z 4:

Die Überschrift zum Hauptstück D des zweiten Teiles entfällt.

entspricht wörtlich Art. II Z 29 BGBl. Nr. 282/1988

Art I Z 5:

Die §§ 57 bis 59 a samt Überschrift sind aufgehoben, soweit sich aus den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. xxx/199x, nichts anderes ergibt.

entspricht wörtlich Art. II Z 30 BGBl. Nr. 282/1988

Art. I Z 6:

„Diagnosen- und Leistungserfassung“

Diagnosenerfassung

(idF. Art. II Z 31 BGBl. Nr. 282/1988)

Art. I Z 7:

„(2) Die Träger öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 bezeichneten Art, mit Ausnahme der Pflegeabteilungen der öffentlichen

derzeit nicht enthalten

Fassung des Entwurfes

Krankenanstalten für Psychiatrie, sowie die Träger privater Krankenanstalten, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, sind weiters zur Meldung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf der Grundlage eines vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Leistungskataloges verpflichtet. Der Umfang der Leistungserfassung richtet sich insbesondere nach dem Ziel, das Modell „Leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung“ zum frühestmöglichen Zeitpunkt als Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung heranzuziehen.“

Art. I Z 8:

„§ 62 e. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben auf der Grundlage der im § 62 d Abs. 1 genannten Klassifikation bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz in maschinenlesbarer Form einen Bericht über die Diagnosen der im Berichtsjahr aus stationärer Behandlung entlassenen Pfleglinge sowie nach Maßgabe des § 62 d Abs. 2 an ihnen erbrachte ausgewählte medizinische Einzelleistungen vorzulegen. Gleiches gilt hinsichtlich verstorbener oder in eine andere Krankenanstalt überstellte Pfleglinge.“

Zu Art. II:

§ 28 idF Art. II der Novelle entspricht wortgleich dem § 28 idF Art. III der KAG-Novelle BGBl. Nr. 282/1988. Von einer Gegenüberstellung des Textes wird daher Abstand genommen.

geltende Fassung

§ 62 e. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben auf der Grundlage der im § 62 d genannten Klassifikation bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz in maschinenlesbarer Form einen Bericht über die Diagnosen der im Berichtsjahr aus stationärer Behandlung entlassenen Pfleglinge vorzulegen. Gleiches gilt für verstorbene oder in eine andere Krankenanstalt überstellte Pfleglinge.

(idF. Art. II Z 31 BGBl. Nr. 282/1988)