

# 578/A XXI.GP

Eingelangt am: 13.12.2001

## ANTRAG

der Abgeordneten Dr. Alois Pumberger, Dr. Erwin Rasinger  
und Kollegen

betreffend ein Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater  
Krankenanstalten (Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz - PRIKRAF-G)

Der Nationalrat wolle beschließen:

Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten  
(Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz - PRIKRAF-G)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten  
(Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz - PRIKRAF-G)

### 1. Abschnitt

#### Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Errichtung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
- § 2 Aufgaben des Fonds
- § 3 Mittel des Fonds
- § 4 Datenerfassung und -weitergabe, Erhebungen

### 2. Abschnitt

#### Aufbringung und Verwendung der Fondsmittel

- § 5 Aufbringung der Fondsmittel
- § 6 Verwendung der Fondsmittel
- § 7 Verrechnung gegenüber Fondskrankenanstalten und Anspruchsberechtigten
- § 8 Verrechnung mit Fondskrankenanstalten
- § 9 Akontierung
- § 10 Verrechnung mit Anspruchsberechtigten
- § 11 Verrechnung des Verwaltungsaufwandes

### 3. Abschnitt

#### Organisatorische Bestimmungen

- § 12 Organisatorische Bestimmungen
- § 13 Grundsätze der Gebarung des Fonds
- § 14 Kontrolle
- § 15 Schlichtungsverfahren

### 4. Abschnitt

#### Schlussbestimmungen

- § 16 Gebührenbefreiung

## § 17 Schlussbestimmungen

**1. Abschnitt****Allgemeine Bestimmungen****Errichtung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds**

§ 1. (1) Zur Finanzierung aller Leistungen von bettenführenden privaten Krankenanstalten Österreichs wird ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet. Er führt die Bezeichnung "Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds - PRIKRAF" und wird im folgenden als Fonds bezeichnet. Der Sitz des Fonds ist Wien.

(2) Soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird, umfasst der Begriff „Fondskrankenanstalten“ jene Krankenanstalten, die von der Regelung des § 149 Abs. 3 ASVG, BGBl II Nr. 5/2001, erfasst sind.

(3) Soweit im Folgenden ausschließlich auf Bestimmungen des ASVG verwiesen wird, sind die Parallelbestimmungen der weiteren Sozialversicherungsgesetze (B-KUVG, BSVG, GSVG) sinngemäß anzuwenden.

(4) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

**Aufgaben des Fonds**

§ 2. Der Fonds hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Die Abgeltung aller Leistungen im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger besteht. Als Anspruchsberechtigte gelten neben den Versicherten insbesondere auch Anspruchsberechtigte gemäß §§ 122, 123, 134 und 158 ASVG sowie Personen, die einem Krankenversicherungsträger auf Grund gesetzlicher Bestimmungen oder auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind. Abzugelten sind nur die Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Wirtschaftskammer Österreich umfasst und in Anlage I aufgelistet sind (Fondskrankenanstalten).
2. Die Leistung von Pflegekostenzuschüssen an Versicherte gemäß § 150 Abs. 2 ASVG, die in einer Fondskrankenanstalt behandelt wurden.
3. Sonstige Aufgaben, die dem Fonds durch Gesetze und Verordnungen übertragen werden.

**Mittel des Fonds**

§ 3. Mittel des Fonds sind:

1. Beiträge der Träger der Sozialversicherung;
2. Erstattungsbeträge ausländischer Sozialversicherungsträger;
3. Vermögenserträge;
4. sonstige Mittel (z.B. Spenden).

**Datenerfassung und -Weitergabe, Erhebungen**

§ 4. (1) Die Träger der Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, die im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl Nr. 745/1996, in der jeweils geltenden Fassung und in den dazu erlassenen Verordnungen vorgesehenen Dokumentationspflichten einzuhalten und unbeschadet der Datenmeldungen an das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen diese Daten auch an den Fonds zu übermitteln. Weiters sind dem Fonds die zur Abrechnung erforderlichen Intensiv- und Personaldaten entsprechend dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesens und den dazu ergangenen Verordnungen zu übermitteln. Darüber hinaus sind die Träger der Fondskrankenanstalten verpflichtet, auf Verlangen weitere Daten zu erfassen und an den Fonds zu übermitteln, soweit diese Daten zur Erfüllung der Aufgaben des Fonds erforderlich sind.

(2) Die Organe des Fonds und die von diesen Beauftragten sind berechtigt, in Fondskrankenanstalten Erhebungen über Richtigkeit und Vollständigkeit der medizinischen Dokumentation sowie der Abrechnungen mit dem Fonds durchzuführen und in die entsprechenden Unterlagen Einsicht zu nehmen.

(3) Bei einem Verstoß gegen die Verpflichtungen gemäß Abs. 1 oder Abs. 2 ist der gemäß § 12 zu regelnde Sanktionsmechanismus anzuwenden.

## **2. Abschnitt**

### **Aufbringung und Verwendung der Fondsmittel**

#### **Aufbringung der Fondsmittel**

§ 5. In den Fonds fließen folgende Mittel:

1. Mittel inländischer Träger der Sozialversicherung für stationäre und tagesklinische Heilbehandlung gem. § 149 Abs. 3 ASVG sowie für Pflegekostenzuschüsse gemäß § 150 Abs. 2 ASVG für Behandlungen in einer Fondskrankenanstalt. Entsprechende Überweisungen haben monatlich zu erfolgen;
2. Erstattungsbeträge ausländischer Sozialversicherungsträger für stationäre und tagesklinische Heilbehandlung für jene Fälle, für die keine Vereinbarungen über die Erstattung von Kosten durch Pauschalzahlungen oder über einen Kostenerstattungsverzicht bestehen;
3. Vermögenserträge;
4. sonstige Mittel (z.B. Spenden).

#### **Verwendung der Fondsmittel**

§ 6. (1) Soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt wird, sind die Fondsmittel für die Abgeltung von Leistungen der Fondskrankenanstalten für die stationäre und tagesklinische Behandlung von Anspruchsberechtigten gemäß § 2 Abs. 1 zu verwenden.

(2) Ambulante Leistungen sind aus Fondsmittel nicht abzugelten.

(3) Während der stationären Pflege werden alle intra- oder extramuralen Untersuchungen oder Behandlungen durch die Fondsverrechnung abgegolten.

#### **Verrechnung gegenüber Fondskrankenanstalten und Anspruchsberechtigten**

§ 7. (1) Sofern ein Einzelvertrag mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger besteht, erfolgt eine Direktverrechnung mit der Fondskrankenanstalt gemäß § 149 Abs. 3 ASVG.

(2) Sofern kein Vertrag mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger besteht, leistet der Fonds Pflegekostenzuschüsse gemäß § 150 Abs. 2 ASVG an die Anspruchsberechtigten gemäß § 2 Abs. 1, die in einer Fondskrankenanstalt behandelt wurden.

#### **Verrechnung mit Fondskrankenanstalten**

§ 8. (1) Zur Verrechnung gemäß § 7 Abs. 1 dienen die Fondsmittel abzüglich der Mittel gemäß §§ 10 und 11 (Pflegekostenzuschüsse und Verwaltungsaufwand).

(2) Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, dem Fonds die Daten gemäß § 4 Abs. 1 sowie die angeforderten zusätzlichen Daten jeweils bis zum 20. des Folgemonats und einen Jahresbericht jeweils bis 31. März des Folgejahres zu übermitteln. Monatliche Nachmeldungen sind mit folgenden Einschränkungen möglich:

1. Nachmeldungen für die ersten drei Kalendermonate eines Jahres sind spätestens in der Monatsmeldung für April vorzunehmen.
2. Nachmeldungen für die ersten sechs Kalendermonate eines Jahres sind spätestens in der Monatsmeldung für August vorzunehmen.
3. Nachmeldungen für die ersten neun Kalendermonate eines Jahres sind spätestens in der Monatsmeldung für November vorzunehmen
4. Nachmeldungen für ein abgelaufenes Kalenderjahr sind spätestens im Jahresbericht vorzunehmen, der bis 31. März des Folgejahres zu übermitteln ist.

(3) Die Anzahl der Punkte (leistungsorientierte Diagnosefallgruppen-Punkte - LDF-Punkte) sind entsprechend der in § 27b KAG normierten leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) mit dem vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen zur Verfügung gestellten Bepunktungsprogramm in der jeweils gültigen Fassung von der Fondskrankenanstalt zu ermitteln und gemeinsam mit den Daten gemäß Abs. 2 dem Fonds zu übermitteln. Bei einer verspäteten, fehlerhaften oder nicht erfolgten Meldung durch eine Fondskrankenanstalt ist der gemäß § 12 zu regelnde Sanktionsmechanismus anzuwenden.

(4) Die Mittel gemäß Abs. 1 sind auf die Fondskrankenanstalten gemäß § 7 Abs. 1 möglichst umgehend nach ihrem Einlangen beim Fonds entsprechend den gemeldeten Daten und unter Berücksichtigung des Punktwertes (Abs. 2 und 3) zu verteilen. Die Mittel sind zu 100 % ohne

Gewichtung zu verteilen (Kernbereich).

(5) Die Verteilung der jeweils zur Verfügung stehenden Mittel auf die einzelnen Fondskrankenanstalten erfolgt jeweils nach dem Verhältnis der für die Fondskrankenanstalt ermittelten Anzahl der Punkte zur Gesamtzahl der für alle Fondskrankenanstalten ermittelten Punkte. Jeder Mittelaufteilung an die Fondskrankenanstalten sind dabei sämtliche Entlassungsdiagnosemeldungen des laufenden Jahres und sämtliche im laufenden Jahr hierfür zur Verfügung stehenden Mittel zugrunde zu legen. Vom endgültig auszahlenden Betrag sind jene Mittel abzuziehen, die die Fondskrankenanstalt im laufenden Jahr bereits bei den akontierten Mittelaufteilungen im Sinne des § 9 erhalten hat.

(6) Zum laufenden Jahr im Sinne des Abs. 5 zählen auch Datenmeldungen, die dem Abrechnungsjahr zugehörig sind und bis spätestens 31. März des Folgejahres beim Fonds einlangen. Danach eingehende Meldungen begründen keinerlei Ansprüche gegenüber dem Fonds, den Krankenversicherungsträgern und den betroffenen Patienten.

(7) Die Verteilung gemäß den Abs. 2 bis 6 ist anhand einer jeweils für ein Kalenderjahr vorzunehmenden periodengerechten Abrechnung unter Zugrundelegung aller für dieses Jahr gemeldeten leistungsorientierten Diagnosefallgruppen oder sonst relevanten Parameter auszugleichen. Allfällige Restguthaben und Übergenüsse sind auszugleichen.

(8) Die Träger der Sozialversicherung sind vom Fonds über die sich ergebenden vorläufigen und endgültigen Punktwerte laufend zu informieren.

#### **Akontierung**

§ 9. (1) Die zur Verfügung stehenden Mittel werden jeweils monatlich an die Träger von Fondskrankenanstalten akontiert.

(2) Die Verteilung der Mittel erfolgt nach der für die Fondskrankenanstalten ermittelten Anzahl der LKF-Punkte, multipliziert mit dem von der Fondskommission für Gesamtösterreich ermittelten vorläufigen Punktwert.

(3) Für die Meldung der erforderlichen Daten und Punkteanzahl gilt § 8 Abs. 2 sinngemäß. Eine verspätete, fehlerhafte oder nicht erfolgte Meldung der erforderlichen Daten durch eine Fondskrankenanstalt hat ihren Ausschluss von der Akontierung für den betreffenden Zeitraum zur Folge.

(4) Die Verteilung der Mittel des Fonds an die Fondskrankenanstalten ist nachträglich, anhand einer jeweils für ein Kalenderjahr vorzunehmenden endgültigen periodengerechten Abrechnung, unter Zugrundelegung aller für diesen Zeitraum innerhalb der vorgesehenen Fristen gemeldeten leistungsorientierten Diagnosefallgruppen und sonst relevanten Parameter durchzuführen.

(5) Allfällige Restguthaben sind vom Fonds an die Fondskrankenanstalten nach Maßgabe des tatsächlichen Punktwertes zu überweisen.

(6) Allfällige Übergenüsse sind von den Fondskrankenanstalten unverzüglich nach Vorliegen der Endabrechnung für das betreffende Kalenderjahr an den Fonds rückzuführen, oder werden mit künftigen Abrechnungen gegenverrechnet.

(7) Mit der Endabrechnung gemäß Abs. 4 sind alle Ansprüche gegenüber dem Fonds und den Krankenversicherungsträgern ausgenommen Leistungen und Entgelte gemäß § 59 Abs. 1 2. Satz B-KUVG und §96 Abs. 2 GSVG i.d.F. BGB1. I Nr. 5/2001 für die stationäre und tagesklinische Versorgung von Anspruchsberechtigten gemäß § 2 Abs. 1 abgegolten.

#### **Verrechnung mit Anspruchsberechtigten**

§ 10. Pflegekostenzuschüsse gemäß § 7 Abs. 2 sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu leisten:

1. Der Fonds hat Versicherten, die in einer Krankenanstalt gemäß § 2 Abs. 1, mit der kein Vertrag mit dem für den Versicherten zuständigen Krankenversicherungsträger besteht, aufgenommen wurden, einen Pflegekostenzuschuss im Namen der Sozialversicherung zu leisten.

2. Die Höhe des Pflegekostenzuschusses ist in sinngemäßer Anwendung des § 8 Abs. 3 und 4 zu ermitteln. Der Pflegekostenzuschuss ist aufgrund einer saldierten, vom zuständigen Krankenversicherungsträger anerkannten Rechnung binnen vier Wochen nach Einlangen beim Fonds auszubezahlen.

#### **Verrechnung des Verwaltungsaufwandes**

§ 11. Die Kosten für den Verwaltungsaufwand sind im für die Erfüllung der Fondsaufgaben unbedingt notwendigen Ausmaß möglichst gleichmäßig aus den Fondsmitteln zu entnehmen.

### **3. Abschnitt**

#### **Organisatorische Bestimmungen**

##### **Organisatorische Bestimmungen**

§ 12. Die näheren organisatorischen Vorschriften über die Organe des Fonds und deren Geschäftsführung sowie über einen geeigneten Sanktionsmechanismus sind durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen zu regeln.

##### **Grundsätze der Gebarung des Fonds**

§ 13. (1) Die Gebarung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds hat nach den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu erfolgen.

(2) Vorhandene Mittel des Fonds sind unter Bedachtnahme auf ihre erforderliche Verfügbarkeit möglichst günstig zu veranlagen.

(3) Die monatlichen Teil- und Akontobeträge an die Fondskrankenanstalten sind gebarungsmäßig jeweils gesondert auszuweisen. Dabei sind analog zu den Landesfonds vergleichbare Verrechnungsvorschriften anzuwenden und eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel des Fonds vorzunehmen.

(4) Alljährlich sind ein Voranschlag und ein Stellenplan zu erstellen und dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen zur Genehmigung vorzulegen.

(5) Nach Ablauf eines Kalenderjahres ist bis spätestens 30. Juni des Folgejahres ein Jahresabschluss zu erstellen und dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen zur Genehmigung vorzulegen.

(6) Nachträgliche Bereinigungen sind möglichst umgehend nach Vorliegen der erforderlichen Daten unter Aufrechnung mit den laufenden Mittelweisungen vorzunehmen.

(7) Die Zuweisung der zum Ende eines Kalenderjahres vorhandenen Zinserträge hat, ebenso wie die Zuweisung der nicht für besondere Zwecke gewidmeten sonstigen Mittel (§ 5) jeweils im Zuge des finanziellen Ausgleiches, anlässlich der quartalsweise vorzunehmenden Zwischenabrechnung zu erfolgen.

##### **Kontrolle**

§ 14. (1) Die Gebarung des Fonds unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof.

(2) Darüber hinaus sind die Organe des Fonds ermächtigt, notwendige Kontrollvorkehrungen, insbesondere zur Diagnosen- und Leistungscodierung der Fondskrankenanstalten (Datenqualitätskontrolle) sowie zur Ermittlung der weiteren zur Abrechnung erforderlichen Daten sicherzustellen. Mit diesen Kontrollmaßnahmen können auch Personen beauftragt werden, die nicht in einem Dienstverhältnis zum Fonds stehen.

##### **Schiedsverfahren**

§ 15. (1) Zur Entscheidung von Streitigkeiten zwischen dem Fonds und Fondskrankenanstalten über die in diesem Gesetz begründeten gegenseitigen Rechte und Pflichten ist die am Sitz des Fonds einzurichtende Schiedskommission zuständig.

(2) Die Schiedskommission entscheidet über einen schriftlichen Antrag des Fonds oder einer Fondskrankenanstalt mit Bescheid.

(3) Die Schiedskommission besteht aus

1. einem Richter des Aktivstandes als Vorsitzenden,
2. einem Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
3. einem Vertreter des Fachverbandes der privaten Krankenanstalten der Wirtschaftskammer Österreich und
4. je einem von den potentiellen Streitparteien nominierten Vertreter.

(4) Der Vorsitzende ist vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen aufgrund eines vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Wien alphabetisch gereihten Dreivorschlages zu bestellen. Mitglied der Schiedskommission kann nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist. Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen. Die Mitglieder der Schiedskommission werden für die Dauer von fünf Jahren bestellt. Sie bleiben jedoch bis zum Zusammentritt der neu bestellten Mitglieder im Amt. Wiederbestellung ist zulässig.

(5) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) endet - abgesehen vom Fall der Enthebung nach Abs. 6 - nur mit dem Ablauf der Amtsdauer und dem Wegfall von für die Bestellung erforderlichen Voraussetzungen.

(6) Ein Mitglied (Ersatzmitglied) kann aus wichtigen gesundheitlichen oder beruflichen Gründen, durch die eine ordnungsgemäße Ausübung des Amtes nicht gewährleistet erscheint, über eigenes Ansuchen vom Amt enthoben werden.

(7) Scheidet ein Mitglied (Ersatzmitglied) vor dem Ablauf der Amtsdauer, für die es bestellt wurde, aus, so ist für den Rest der Amtsdauer ein Mitglied (Ersatzmitglied) nach den Bestimmungen der Abs. 3 und 4 nachzubestellen. Endet das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) während eines bei der Schiedskommission anhängigen Verfahrens, so ist dieses von neuem durchzuführen.

(8) Die Mitglieder der Schiedskommission sind zu den Sitzungen unter Bekanntgabe der Tagesordnung unter Anschluss der Anträge rechtzeitig einzuberufen. Die Einberufung hat schriftlich und unter Nachweis der Zustellung zu erfolgen.

(9) Die Schiedskommission ist beschlussfähig, wenn die Einberufung aller Mitglieder der Schiedskommission ordnungsgemäß erfolgt ist und jedenfalls der Vorsitzende und mindestens drei weitere Mitglieder anwesend sind.

(10) Die Beschlüsse der Schiedskommission werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Der Vorsitzende gibt seine Stimme als letzter ab; bei Stimmengleichheit entscheidet seine Stimme. Stimmenthaltung ist unzulässig.

(11) Der Bescheid und seine wesentliche Begründung sind aufgrund der Verhandlung, tunlichst nach deren Ende, zu beschließen und öffentlich zu verkünden. Überdies ist den Parteien eine schriftliche Ausfertigung zuzustellen. Kann der Bescheid nicht öffentlich verkündet werden, so ist er der schriftlichen Ausfertigung vorzubehalten, die innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Verhandlung erfolgen soll. Der Bescheid hat diesfalls für die Dauer von drei Monaten ab der schriftlichen Ausfertigung für jedermann zur Einsichtnahme aufzuliegen.

(12) Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 - AVG, BGBl. Nr. 51, in der Fassung des Bundesgesetzes BGB1.1 Nr. 29/2000 anzuwenden.

(13) Die Bescheide der Schiedskommission unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg.

(14) Zur Führung der laufenden Geschäfte, insbesondere zur Vorbereitung der Verhandlungen, Führung der Beratungs- und Abstimmungsprotokolle und Besorgung der Kanzleigeschäfte ist beim Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds ein Büro einzurichten.

(15) Den Mitgliedern der Schiedskommission gebührt eine angemessene Vergütung für ihre Tätigkeit. Die Höhe der Vergütung ist unter Bedachtnahme auf den durch die Tätigkeit als Mitglied (Ersatzmitglied) verursachten Aufwand festzusetzen.

#### **4. Abschnitt**

### **Schlussbestimmungen**

#### **Gebührenbefreiung**

§ 16. Der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds ist von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben befreit.

#### **Inkrafttretens- und Übergangsbestimmung**

§ 17. (1) Das Gesetz tritt mit 1. Jänner 2002 in und mit 31. Dezember 2004 außer Kraft. Der Fonds hat jedenfalls die Verpflichtungen, die während der Geltungsdauer dieses Gesetzes entstanden sind, auch nach dem 31. Dezember 2004 zu erfüllen.

(2) Unbeschadet der Abrechnung der Fondskrankenanstalten nach den Grundsätzen des § 27b KAG ab 1. Jänner 2002 sind die bis 31. Dezember 2001 angefallenen Pfl egetage von den Trägern der Fondskrankenanstalten direkt mit den Trägern der Krankenversicherung nach den bis zu diesem Termin geltenden Vorschriften auch für jene Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Jänner 2002 in stationäre Pflege aufgenommen und erst nach dem 31. Dezember 2001 entlassen werden.



## Anlage I

KA-Nr.	Fondskrankenanstalten	Adresse	PLZ	Ort
K212	Privatklinik Maria Hilf Klagenfurt	Kadetzkystr. 35	9020	Klagenfurt
K221	Privatklinik Althofen	Jesserniggstr. 9	9020	Klagenfurt
K223	Privatklinik Villach	Dr. Walter-Hochsteiner-Straße	9504	Wannbad Villach
K224	SKA Althofen	Moorweg 30	9330	Althofen
K225	Sanatorium Schrothkur Obervellach	Johann-Schroth-Weg 137	9821	Obervellach
K342	Sanatorium Rekawinkel	Hauptstr. 129	3021	Rekawinkel
K365	SKA für Herz- und Kreislauferkrankungen Groß Gerungs	Am Kreuzberg 310	3920	Groß Gerungs
K370	SKA Moorheilbad Harbach		3970	Moorbad Harbach
K421	Diakonissen-Krankenhaus Linz	Weißewolfstr. 15	4020	Linz
K443	Sanatorium St. Georgen	Kogl 4	4880	St. Georgen im Attergau
K445	Privatklinik Wels St. Stephan	Salzburger Str. 65	4600	Wels
K518	Krankenanstalt Obertauern Dr. Aufmesser		5562	Obertauern 115
K519	Sanatorium Oberthumhof Hallein	St. Jacob am Thum 4	5412	Puch bei Hallein
K521	Krankenanstalt Radstadt Dr. Aufmesser	Judenbühel Nr. 3	5550	Radstadt
K526	Diakonissen-Krankenhaus Salzburg	Guggenbichlerstr. 20	5026	Salzburg
K529	Privatklinik Lasserstraße	Lasserstr. 37	5020	Salzburg
K530	Privatklinik Wehrle Salzburg	Haydnstr. 18	5020	Salzburg
K540	Sanatoriu Ritzensee	Schmalenbergam 4	5760	Saalfelden
K546	EMCO Privatklinik	Martin-Hell-Str. 7-9	5422	Bad Dürrenberg
K547	SKA St. Barbara Vigaun	Karl-Röhhammerweg 91	5400	Vigaun
K549	Sanatorium Pierer	Sinnhubstr. 2	5020	Salzburg
K550	Krankenanstalt Altenmarkt Dr. Gruber	Schattauerg. 351	5541	Altenmarkt
K623	Sanatorium Dr. Hoff	Hugo-Wolf-G. 2-4	8010	Graz
K624	Sanatorium der Kreuzschwestern Maria Hilf	Kreuzg. 35	8010	Graz
K625	Sanatorium St. Leonhard	Schanzelg. 42	8010	Graz
K659	Sanatorium Hansa	Körblerg. 42	8010	Graz
K661	Sanatorium Feldbach	Jahnweg 4	8330	Feldbach
K666	Gesundheitszentrum Sonntagsberg Waltersdorf	Wagerberg 119	8271	Bad Waltersdorf
K667	Sanatorium Kastanienhof	Gritzenweg 16	8052	Graz-Wetzelsdorf
K668	Sanatorium Lassnitzhöhe	Miglitzpromenade 18	8801	Laßnitzhöhe
K670	Theresienhof Krankenhaus für Orthopädie und orthopädische Rehabilitation	Hauptplatz 3-5	8130	Frohnleiten
K674	Privatklinik Graz Ragnitz	Berthold-Linder- Weg 15	8047	Graz
K708	Sanatorium Kettenbrücke der Barmherzigen Schwestern	Sennstr. 1	6020	Innsbruck
K709	Sanatorium der Kreuzschwestern Rum	Lärchenstraße 41	5063	Rum
K727	Privatklinik Triumphzentrum VerwaltungsGmbH	Leopoldstr. 1	6020	Innsbruck

K801	Haus St. Josef in Au	Jaghausen 6	5883	Au
K804	Sanatorium Mehrerau, Bregenz	Mehrerauerstr. 72	6900	Bregenz
K812	Sanatorium Dr. Felbermayer, Gaschurn	Nr. 20a	6793	Gaschurn/Montafon
K838	Sanatorium Dr. Rhomberg, Lech	Oberstubenbach 349	6764	Lech
K853	Sanatorium Dr. Schenk, Schruns	Montafonerstr. 29	6780	Schruns
K905	Confraternität - Privatklinik Josefstadt	Skodagasse 32	1080	Wien
K911	Kranken- und Entbindungsanstalt Goldenes Kreuz	Lazarettgg. 16-18	1090	Wien
K913	Sanatorium Hera	Löblichgasse 14	1090	Wien
K949	Rudolfinerhaus	Billrothstr. 78	1190	Wien
K951	Sanatorium Liebhartstal	Kollburgg. 6-10	1160	Wien
K954	Wiener Privatklinik	Pelikangasse 15	1090	Wien
K961	Privatklinik Grinzing	Ettingshauseng. 10	1190	Wien
K963	Privatklinik Döbling	Heiligenstädter Str. 63	1190	Wien



## Begründung

§ 149 Abs. 3 ASVG, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001, sieht vor, dass bestimmte private Krankenanstalten in den Jahren 2002 bis 2004 von einem Fonds leistungsorientiert abgerechnet werden. Dieser Fonds ist vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu bestimmen und von der Sozialversicherung im Jahr 2002 mit I Milliarde Schilling (72.672.834 Euro) zu dotieren.

Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht die Einrichtung eines Fonds mit Sitz in Wien zur Finanzierung jener 48 privaten Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten) vor, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind (Anlage 1).

Der Fonds hat, wenn eine Leistungspflicht der Sozialversicherung besteht, insbesondere

1. jenen Fondskrankenanstalten, die mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger eine Einzelvereinbarung haben, die an Versicherten oder sonstigen Anspruchsberechtigten (z.B. Angehörige) erbrachten stationären und tagesklinischen Leistungen unter Anwendung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) abzugelten und
2. bei Nichtbestehen einer Einzelvereinbarung mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger an die Versicherten oder sonstigen Anspruchsberechtigten einen Pflegekostenzuschuss gemäß § 150 Abs. 2 ASVG für Behandlungen in Fondskrankenanstalten zu leisten.

Die leistungsorientierte Abrechnung erfolgt ungewichtet aufgrund der gemeldeten Diagnosen und Leistungen. Die Krankenanstalten erhalten zunächst entsprechend ihrer Monatsmeldungen monatliche Akontozahlungen. Bis Ende Juni des Folgejahres ist ein Jahresabschluss zu erstellen und bestehende Übergenüsse oder Forderungen sind auszugleichen. Für Streitigkeiten zwischen dem Fonds und Fondskrankenanstalten sieht der Gesetzesentwurf ein Schlichtungsverfahren vor.

Die Pflegekostenzuschüsse sind nach Vorliegen von saldierten von der Sozialversicherung bewilligten Rechnungen in der Höhe zu leisten, die sich aufgrund der Anwendung der LKF ergibt. Streitigkeiten im Zusammenhang mit den Pflegekostenzuschüssen sind wie bisher abzuwickeln.

Die näheren organisatorischen Vorschriften über die Organe des Fonds, insbesondere hinsichtlich ihrer Zusammensetzung und ihrer Aufgaben sowie eines geeigneten Sanktionsmechanismus sind durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen zu regeln.

Die Gebarung des Fonds unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof.

Der Fonds ist von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben befreit. Diese Bestimmung ist im Sinne des § 64 des Krankenanstaltengesetzes zu verstehen, die Sozialversicherungsbeiträge und die Lohnsteuer stellen jedenfalls keine Abgaben im Sinne dieses Gesetzes dar.

In formeller Hinsicht wird ersucht, den Antrag dem Gesundheitsausschuß zur Beratung zuzuweisen.