

AMT DER NIEDERÖSTERREICHISCHEN LANDESREGIERUNG

Gruppe Gesundheit und Soziales

Abteilung Sanitätsrecht und Krankenanstalten

Postanschrift 3109 St. Pölten, Landhausplatz 1

Fernschreibnummer 13 4145,

Fax.Nr. 2785

Parteienverkehr: Dienstag 8 - 12 Uhr

3109 St. Pölten, Landhausplatz 1, Haus 15 b

zu erreichen mit: Wiesel-, Regional- und Citybus

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 3109

Landtag	
Eing.:	30. SEP. 1997
Ltg.	654/K-1/9
	G- Aussch.

Beilagen

GS 4- 201 I-2/324

Bei Antwort bitte Kennzeichen angeben

Bezug

Bearbeiter (0 27 42) 200

Durchwahl

Datum

Betrifft

Dr. Bachinger

2855

30. Sep. 1997

NÖ Krankenanstaltengesetz-Novelle 1997; Motivenbericht

Hoher Landtag!

Zum Gesetzesentwurf wird berichtet:

Allgemeiner Teil:

A)

Der Bund und die Länder verlängerten den Geltungszeitraum der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994, BGBl.Nr.863/1992, durch zwei weitere Vereinbarungen letztlich bis 31. Dezember 1996.

In den zitierten Vereinbarungen kamen die Vertragsparteien Bund und Länder überein, das Modell „leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ mit dem Ziel weiterzuentwickeln, zum frühestmöglichen Zeitpunkt Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich zu sein.

Die Vertragsparteien haben in der genannten Vereinbarung weiters vorgesehen, die begonnenen Verhandlungen über die Reformen des Österreichischen Gesundheitswesens weiterzuführen.

Nach zahlreichen Verhandlungsrunden zwischen dem Bund und den Ländern konnte schließlich am 29. März 1996 eine politische Einigung über die Reform des Gesund-

heitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab dem Jahre 1997 erzielt werden.

In weiterer Folge kamen der Bund und die Länder überein, die Details der Einigung vom 29. März 1996 in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 zu regeln. Der Nationalrat hat mit BGBl.Nr.751/1996 (Änderung des Krankenanstaltengesetzes, KAG-Novelle 1996) und mit BGBl.Nr.764/1996 (2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996) das Bundes-Krankenanstaltengesetz und mit dem 2. Sozialrechts-Änderungsgesetz das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz und das Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen zur Anwendung der Verordnung (EWG) im Bereich der sozialen Sicherheit, an die letztgenannte Vereinbarung angepaßt.

In der KAG-Novelle 1997 sind daher die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen der Bundes-KAG-Novelle 1996, BGBl.Nr.751/1996, die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des 2. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996, BGBl.Nr.764/1996 sowie weitere NÖ-spezifische Bestimmungen (im grundsatzgesetzfreien Raum) umzusetzen.

I. Bundes-KAG-Novelle 1996 (BGBl.Nr.751/96):

Folgende Schwerpunkte sind umzusetzen:

1. Sicherstellung einer verbindlichen österreichweiten Krankenanstaltenplanung einschließlich einer Großgeräteplanung, Definition der Grundsetzung der Ziele sowie Erlassung der Landeskrankenanstaltenpläne, die sich im Rahmen des ÖKAP befinden.
2. Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan als weitere Voraussetzung für die Erteilung einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung, für Krankenanstalten, die aufgrund der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG finanziert werden bzw. finanziert werden sollen.

3. Übereinstimmung mit dem Krankenanstaltenplan als Voraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes.
4. Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan als Voraussetzung für die Zulässigkeit von Angliederungsverträgen.
5. Regelung der Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligungen.
6. Definition der Tages- und Nachtklinik sowie des halbstationären Bereiches.
7. Regelung der Facharztanwesenheit und der Rufbereitschaft.

8. Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung:

In den letzten Jahrzehnten war eine tiefgreifende Veränderung im Krankenanstaltenbereich festzustellen, die sich etwa durch die intensivere Betreuung der Patienten in kürzerer Zeit, durch die höhere Personalintensität und durch den vermehrten Einsatz teurer medizinisch-technischer Großgeräte und Behandlungsverfahren charakterisieren läßt. Damit im Zusammenhang stehen die zunehmenden Kostenunterschiede bei der Behandlung verschiedener Patientengruppen.

Diese Entwicklung hat mittlerweile dazu geführt, daß die Finanzierung in Form von undifferenzierten Tagespauschalen und die derzeit praktizierte Zuschuß- und Abgangsdeckungsfinanzierung aufgrund der fehlenden Leistungsorientierung den an ein zeitgemäßes Finanzierungssystem gestellten Anforderungen nicht mehr entspricht.

Eine zentrale Zielsetzung der Reform der Krankenanstaltenfinanzierung besteht in einer Erhöhung der Kosten- und Leistungstransparenz in den Krankenanstalten, die Mittel von der öffentlichen Hand erhalten. Durch die Einführung bundeseinheitlicher Krankenanstalteninformationssysteme, durch die mehrjährige Entwicklung und Erprobung leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierungssysteme sowie durch die Erarbeitung von Qualitätsmanagementmodellen wurden die wesentlichen Voraussetzungen für diesen Reformschritt verwirklicht.

Von dem neuen Finanzierungssystem wird - bei gleichzeitiger Umsetzung struktureller Maßnahmen, die Optimierung des Ressourceneinsatzes im Gesundheitsbereich und damit eine langfristige Eindämmung der derzeit überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich erwartet. Dies soll durch eine

nur den medizinischen Erfordernissen entsprechende kürzere Verweildauer im Krankenhaus, durch vermehrte Leistungserbringung im ambulanten und extramuralen Bereich sowie im rehabilitativen Nachsorgebereich und durch eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen erreicht werden. Darüberhinaus 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 Datengrundlagen zu treffen. Wesentlich ist jedoch die Aufrechterhaltung der Qualität der Behandlung und die Sicherstellung einer Behandlung nach modernen Methoden.

9. Einrichtung von Landesfonds

Zur Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung kamen die Vertragsparteien der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 - 2000 überein, die Landesfonds mit Gestaltungsfreiheit auszustatten.

10. Verpflichtung der Krankenanstalten, auch Organen von Landesfonds, die Einsichtnahme in Krankengeschichten zu ermöglichen.

11. Schaffung der Möglichkeit, daß die wirtschaftliche Aufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, von den Landesfonds wahrgenommen werden können.

II. 2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996 (BGBl. Nr. 764/1996):

Folgende Schwerpunkte sind umzusetzen:

1. Regelung der Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden.

2. Regelung der Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den privaten Krankenanstalten, die nicht unter die genannte Vereinbarung fallen.

3. Leistungen der Träger der Sozialversicherung an die Landesfonds.
4. Übernahme der finanziellen Leistungsverpflichtung der Sozialversicherungsträger durch die Landesfonds gegenüber den Rechtsträgern. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten gilt der jeweilige Landesfonds als Versicherungsträger.
5. Der Kostenbeitrag ist von der Krankenanstalt für den Landesfonds einzuheben.
6. Einsichts- und Informationsrechte der Versicherungsträger (ohne Einschaltung des Landesfonds) gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten.
7. Neuregelung der Definition und der Berechnung des Kostenbeitrages für Versicherte bzw. Angehörige.

In der Bundes-KAG-Novelle 1996 und im 2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996 wurde festgelegt, daß die Ausführungsgesetze rückwirkend mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen sind.

III. NÖ-spezifische Bestimmungen im grundsatzgesetzfreien Raum:

Folgende Schwerpunkte sind umzusetzen:

1. Verordnungsermächtigung der Landesregierung, daß die grundsätzliche Möglichkeit der Einrichtung von ärztlicher Rufbereitschaft eingeschränkt werden kann.
2. Neuregelung der wirtschaftlichen Aufsicht; die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse sind von der Landesregierung zu genehmigen; im Erhebungsverfahren hat der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (als sachverständige Einrichtung) die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse zu prüfen und mit einem Gutachten der Landesregierung vorzulegen.

4. Genauere Definition der Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung (über die Vorgaben des Bundes-Krankenanstaltengesetzes hinausgehend).
5. Definition der LKF-Gebühr und Ermöglichung der Verrechnung von Pflegegebühren für bestimmte Patientengruppen (Privatpatienten, Begleitpersonen etc.).
6. Umsetzung des LKF-Modells.
7. Regelung der Abgeltung ambulanter Leistung, der Abgeltung der Nebenkostenstellen und Regelung des Mittelausgleiches innerhalb des LKF-Finanzierungssystems sowie Definition des Finanzbedarfes.
8. Neuregelung der Schiedskommission.
9. Regelung der Beiträge des NÖKAS, des Landes Niederösterreich sowie der Träger von NÖ Fonds-Krankenanstalten in gleicher Höhe wie die genannten Beiträge für das Jahr 1995; Schaffung einer Verordnungsermächtigung für die Landesregierung durch Festlegung eines Faktors diesen Betrag zu erhöhen.

Das der Einführung des LKF-Systems zugrundeliegende LKF-Finanzierungsmodell, das in der NÖ KAG-Novelle umgesetzt wird, wurde vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds ausgearbeitet und in der Sitzung der Fondsversammlung vom 4. April 1997 beschlossen.

B)

Finanzielle Auswirkungen:

Im wesentlichen ist durch die Einführung des LKF-Systems nicht zu erwarten, daß sich insgesamt und im Durchschnitt gesehen größere finanzielle Belastungen für das Land Niederösterreich oder die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten ergeben. Dies erklärt sich aus der gesetzlichen Fixierung des Landesbeitrages, des Beitrages des NÖKAS und des Beitrages der Rechtsträger der NÖ Fonds-Krankenanstalten auf Basis des Jahres 1995 (Beiträge zur Betriebsabgangsdeckung für 1995). Für den einzelnen Rechtsträger können sich außerhalb des Rechtsträgerbeitrages (Anerkennung des Finanzbedarfes durch den NÖGUS) höhere finanzielle Aufwendungen ergeben, da im Jahr 1997 nur 92 % der Verluste (Ausgleichstopf) vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abgedeckt werden; die Verluste können daher nur durch Einsparungen bzw. Änderung der Struktur der Krankenanstalt gesenkt bzw. vermieden werden.

Durch die LKF werden in den NÖ-Fondskrankenanstalten nachstehende Auswirkungen erwartet:

Kostendämpfung: durch gezielte Einflußnahme der LKF auf den Kostenbereich in den Krankenanstalten, aber auch durch die Deckelung von Mitteln für die Finanzierung der Krankenanstalten, wird eine deutliche Kostenreduktion erwartet. In einem ersten Schritt wird durch die LKF die starke Kostensteigerung der NÖ-Fondskrankenanstalten in den letzten Jahren zurückgenommen.

In weitere Folge können durch die LKF klare Strukturschwächen erkannt und behoben werden. Diese können sein:

- Bettenreduktion durch Absinken der Verweildauer
- Zunahme im Tagesklinischen Bereich
- Optimierung der Ressourcen
- Optimierung der Behandlungsabläufe sowohl in medizinischer Hinsicht, aber auch in finanzieller (Deckungsbeitragsrechnung)
- Verweildauerverkürzung
- Optimierung der Gesamtstruktur aller NÖ-Fondskrankenanstalten (Zunahme des Kostendrucks setzt Zusammenarbeit mit anderen Krankenanstalten voraus)
- Verbesserung des Controllings (Kostenträgerrechnung um überhöhte Fixkosten erkennen zu können)
- Erhöhter Druck auf die Qualitätssicherung

Besonderer Teil:

1. Zu Artikel I Z.1 (§ 2 Abs. 2): Definition der NÖ Fondskrankenanstalt und Bezugnahme auf das NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz.
2. Zu Artikel I Z.2 und 3 (§ 2a Abs.1 und Abs.3):
Standardkrankenanstalten haben nunmehr jedenfalls bettenführende Abteilungen für Chirurgie und Innere Medizin vorzuhalten. Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde sind nicht mehr verpflichtend vorgesehen. Der Begriff „Pflegruppe wurde aus dem Gesetz entfernt, da er in diesem Zusammenhang keine praktische Relevanz hat; es wurde allerdings nunmehr genauer definiert was unter ausreichender stationärer Versorgung zu verstehen ist (Bezugnahme auf § 40 Abs.1).
3. Zu Artikel I Z.4, 5 und 6 (§ 4 Abs. 2 und 4):
§ 4 enthält eine Aufzählung von Voraussetzungen, die im Antrag auf Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt anzugeben sind. Die vorliegende Novelle gründet sich u.a. auf eine verbindliche österreichweite Krankenanstaltenplanung einschließlich einer Großgeräteplanung und hat dies sicherzustellen; daher ist der Behörde bereits im Errichtungsbewilligungsverfahren bekanntzugeben, ob Mittel aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997-2000 in Anspruch genommen werden soll.
4. Zu Artikel I Z.7 und 8 (§ 5 Abs.4):
Durch die vorliegende Novelle soll der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds die Möglichkeit erhalten ein Gutachten im Rahmen der Bedarfsprüfung in Hinblick auf private Krankenanstalten und NÖ Fondskrankenanstalten abzugeben.
5. Zu Artikel I Z.9 (§ 8 Abs.1 lit.e):
Die Übereinstimmung mit dem sich im Rahmen des ÖKAP befindenden jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan ist eine weitere wichtige Voraussetzung für die Erteilung einer Errichtungsbewilligung für Krankenanstalten, die Mittel von der öffentlichen Hand aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997

bis 2000 erhalten bzw. erhalten sollen.

6. Zu Artikel I Z.10 (§ 9 Abs.1 lit.b):

Hier wird eine terminologische Richtigstellung getroffen, da im Krankenanstaltenbereich die sicherheitstechnischen Voraussetzungen jedoch nicht die sicherheitspolizeilichen Voraussetzungen gegeben sein müssen.

7. Zu Artikel I Z.11 und 12 (§ 10 Abs.1 lit.f und § 11 Abs.1):

Bei einer aus öffentlichen Mitteln finanzierten Krankenanstalt darf die Betriebsbewilligung nur in Übereinstimmung mit den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erteilt werden; dies gilt ebenso für die Bewilligung von wesentlichen Veränderungen einer Krankenanstalt.

8. Zu Artikel I Z.13 (§ 16 Abs.1 lit.b):

Diese Bestimmung enthält die Legaldefinitionen einer Tages- oder Nachtambulanz; je nachdem ob aufgrund der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen einmalig über Tag bzw. über Nacht aufgenommen werden sollen.

Werden im Gegensatz dazu anstaltsbedürftige Personen beispielsweise im Bereich der Psychiatrie längerfristig nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen, so handelt es sich hier um den halbstationären Bereich.

Im Zusammenhang mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind die Legaldefinitionen insofern von großer Bedeutung, als die Fälle, die in Tagesambulanzen, Nachtambulanzen oder im halbstationären Bereich behandelt werden, ebenfalls nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung als Leistungen im stationären Bereich abzurechnen sind.

9. Zu Artikel I Z.14 (§ 16 Abs.4):

Da für den Begriff „Pflegegruppen in diesem gesetzlichen Zusammenhang keine Relevanz besteht, wird er entfernt.

10. Zu Artikel I Z. 15 (§ 16a Abs.4):

Mit dieser Bestimmung soll den geänderten Rahmenbedingungen (stärkere Betonung der Wirtschaftlichkeit und der finanziellen Bereiche im laufenden Betrieb der Krankenanstalt) Rechnung getragen werden und damit die Verantwortlichkeit und die Entscheidungsmöglichkeiten des Kaufmännischen Direktors gestärkt werden.

Zu betonen ist, daß sich die Regelung des § 16a Abs. 4 nicht auf den alltäglichen Routinebetrieb, sondern auf das Vorliegen einer Situation mit „Gefahr im Verzug“ bezieht.

11. Zu Artikel I Z.16 (§ 16a Abs.6):

Hier handelt es sich um eine Anpassung der Leiterbezeichnung an die im Krankenanstaltenbetrieb üblichen Bezeichnungen.

12. Zu Artikel I Z.17, 18 und 19 (§ 19):

Eine Reihe von medizinischen Sonderfächern erfordern keine permanente Anwesenheit eines Facharztes in einer Krankenanstalt während Wochenend- und Feiertagsdiensten oder in den Nachtstunden; es reicht vielmehr aus, wenn in einem angemessenen zeitlichen Intervall ein in Rufbereitschaft befindlicher Facharzt in der Krankenanstalt eintrifft. Eine Rechtslage, die ohne Differenzierung generell eine Facharztpräsenz in der Krankenanstalt fordert, führt daher entweder zu höheren Personalkosten, als nach sachlichen Gesichtspunkten notwendig, oder zu wiederholten Verstößen gegen die Rechtsordnung.

Durch die Novelle soll nunmehr eine Klarstellung insofern erfolgen, als die Organisation des ärztlichen Dienstes in Krankenanstalten nachvollziehbar geregelt wird. Dabei ist ein abgestuftes Modell vorgesehen, daß nach Versorgungsstufen der Krankenanstalten differenziert.

In Zentralkrankenanstalten, die an der Spitze der Versorgungshierarchie stehen, ist weiterhin eine ständige Anwesenheit von Fachärzten in den in Betracht kommenden Sonderfächern erforderlich.

In Schwerpunktkrankenanstalten ist in bestimmten Abteilungen und Organisationseinheiten ebenfalls eine Dauerfacharztpräsenz rund um die Uhr erforderlich. Die Anführung der Abteilungen für Psychiatrie ergibt sich insbesondere auch aus den Bestimmungen des Unterbringungsgesetzes, das eine unverzügliche fachärztliche Untersuchung eines potentiell Unterzubringenden fordert. In den nicht explizit angeführten Abteilungen und Organisationseinheiten von Schwerpunktkrankenanstalten kann im Nachtdienst und vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst der ärztliche Dienst ohne ständige Anwesenheit von Fachärzten der einschlägigen Sonderfächer organisiert sein, wenn für sie eine Rufbereitschaft eingerichtet ist. Das Wort „vorübergehend“ im Zusammenhang mit dem Wochenend- und Feiertagsdienst soll sicherstellen, daß in der Zeit vom Freitag Abend bis Montag früh

Fachärzte zumindest für Visiten die Abteilung aufsuchen. Dies ist im Interesse der Patienten erforderlich.

Auch in Standardkrankenanstalten ist am Tag eine ständige Facharztpräsenz in allen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten erforderlich. Im Nachtdienst und Wochend- und Feiertagsdienst ist es ausreichend, wenn eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen Facharzt aus den angeführten Sonderfächern gegeben ist und für die Fachärzte der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer Rufbereitschaft besteht.

Die Intensität der vom Ärztegesetz 1984 geforderten Anleitung und Aufsicht über Turnusärzte war schon bisher nach dem Stand der vom Turnusarzt bereits erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten bestimmt. Entsprechend dem Ausbildungsfortschritt konnten daher schon bisher Turnusärzte ohne unmittelbare Anleitung und Aufsicht eines für die Aufsicht verantwortlichen Facharztes tätig sein. Da aber der bisherige Wortlaut des Ärztegesetzes eine Tätigkeit von Turnusärzten ohne die Anwesenheit auch nur eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes in der Krankenanstalt ausschließt, ist die Möglichkeit einer vorübergehenden Tätigkeit von Turnusärzten in Krankenanstalten ohne Präsenz eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes im Ärztegesetz ausdrücklich für zulässig erklärt worden. Dies erfolgte in einer Novelle zum Ärztegesetz.

Um das notwendige Maß der Versorgungsqualität sicherzustellen, muß es sich bei den dafür in Betracht kommenden Turnusärzten um solche handeln, die bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, was maßgeblich nach dem gegebenen Ausbildungsstand zu beurteilen sein wird.

Für Sonderkrankenanstalten ergibt sich hinsichtlich der Organisation des ärztlichen Dienstes keine Änderung der bisherigen Rechtslage. Das ergibt sich daraus, daß das grundsätzliche Gebot der Versorgung nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft unverändert bleibt.

Die im § 19 Abs.1 dargestellte Rechtslage stellt bloß einen Mindeststandard dar; es wurde daher die Möglichkeit geschaffen, daß die Landesregierung durch Verordnung, wenn dies zur Aufrechterhaltung der medizinischen Qualität erforderlich ist, für bestimmte Krankenanstalten die Rufbereitschaft einschränken kann.

13. Zu Artikel I Z.20 (§ 19e Abs.12):

Die Ethikkommissionen sind Einrichtungen, die unter Mithilfe von Spezialisten aus den verschiedensten Fachbereichen interdisziplinär tätig werden; die Unterlagen,

die zu studieren und zu analysieren sind, sind oftmals mehrere hundert Seiten lang und erfordern einen großen Zeitaufwand; es sollen daher die Mitglieder der Ethikkommission für die Durchführung dieser verantwortungsvollen Aufgabe zumindest einen pauschalen Aufwandsersatz (Zeitaufwendungen für das Studium und die Analyse der Unterlagen, Fahrtkosten etc.) erhalten, um nicht auf eigene Kosten diese Aufgaben durchführen zu müssen. Diese Aufwandsersätze sind von den antragstellenden Firmen zu bezahlen; die Höhe der Aufwandsersätze ist mit einem Beschluß der Ethikkommission in der Geschäftsordnung zu regeln.

14. Zu Artikel I Z.21 (§ 21 Abs.2):

Die Möglichkeit der EDV-mäßigen Speicherung der Krankengeschichte soll auf dem letzten Stand der Technik (Speicherung auf CD-Rom) ermöglicht werden.

15. Zu Artikel I Z.22 (§ 21 Abs.3):

Zur Wahrung der finanziellen Belange des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds ist es erforderlich, daß auch diese Einrichtung die gesetzliche Möglichkeit bekommt, Krankengeschichten einzusehen.

16. Zu Artikel I Z.23 - 26 (§ 21a):

Die Vertragsparteien haben sich in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997- 2000 darauf geeinigt, einen verbindlichen, österreichweiten Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes zwischen dem Bund und den Ländern einvernehmlich mit 1. Jänner 1997 festzulegen.

In Umsetzung der genannten Einigung soll die Landesregierung für Krankenanstalten, die Mittel aufgrund der genannten Vereinbarung erhalten, einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befindet.

Die raumordnerischen Ziele der Gesundheitsplanung sind nunmehr im § 21 Abs.3 genauer definiert und somit für die Verwaltung leichter und effizienter zu vollziehen.

17. Zu Artikel I Z. 27 (§ 22 Abs. 1 und Abs. 3):

Anpassung der Bezeichnungen an die im Krankenanstaltenbetrieb gebräuchlichen

und verwendeten Bezeichnungen.

18. Zu Artikel I Z.28 und 29 (§ 23 Abs.1):

Anpassung der Aufsicht an das LKF-Modell; es wird die Möglichkeit geschaffen, daß die Landesregierung und der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds die Aufsicht über die NÖ Fondskrankenanstalten durchführen. Die Aufsicht ist zwecks Vermeidung von Doppelgleisigkeiten in die behördliche und rechtliche Seite, die die Landesregierung wahrzunehmen hat, und in die finanzielle und betriebswirtschaftliche Aufsicht, die der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds wahrzunehmen hat, aufgeteilt. Die Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof bleibt weiterhin aufrecht.

19. Zu Artikel I Z.30 (§ 23 Abs.2):

Anpassung an das LKF-Modell; im in Niederösterreich umzusetzenden LKF-Modell ist kein Betriebsabgang mehr vorgesehen.

20. Zu Artikel I Z.31 (§ 23 Abs.2):

Durch die Einführung des LKF-Systems und damit des genehmigten Finanzbedarfes ist die behördliche Genehmigung der Zugrundelegung von Zinsen für ein darüberhinausgehendes Dahrlehen nicht mehr erforderlich.

21. Zu Artikel I Z.32, 33 und 34 (§ 23 Abs.3 lit.a):

Die Definition des Allgemeinen Teiles des Voranschlages wird an das LKF-Modell angepaßt; weiters wird die gesetzliche Verpflichtung der Wirtschaftlichkeits- und Notwendigkeitsprüfung vor der Esatzbeschaffung eingeführt; diese Prüfung ist primär durch den Rechtsträger durchzuführen.

22. Zu Artikel I Z.35 und 36 (§ 23 Abs. 3 lit. c und d):

Die Voranschläge sind nach den Richtlinien des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zu erstellen, dies hat zur Folge, daß die erforderliche Einheitlichkeit in Bezug auf die NÖ Fondskrankenanstalten erreicht wird und ermöglicht dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds eine direkte inhaltliche Einflußnahme auf die Voranschlagserstellung.

23. Zu Artikel I Z.37 (§23 Abs. 3 lit. e):

Es handelt sich um die Aktualisierung einer Zitierung.

24. Zu Artikel I Z.38 (§ 23 Abs. 3 lit. g):

Der für die wirtschaftliche Beurteilung notwendige Finanzbedarf ist dem Voranschlag anzuschließen.

25. Zu Artikel I Z.39 (§ 24 Abs.1):

Die Genehmigung des Voranschlages ist nach wie vor als behördliche Aufgabe eine Kompetenz der Landesregierung. Der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds hat hier allerdings im Ermittlungsverfahren eine wichtige Stellung und hat sein sachverständiges Urteil einzubringen.

26. Zu Artikel I Z.40 (§ 24 Abs.2):

Anpassung an das LKF-Modell; es sind keine Betriebsabgänge mehr vorgesehen.

27. Zu Artikel I Z.41 (§ 24 Abs. 6):

Anpassung an das LKF-Modell; eine frühzeitige Verständigung des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds ist vorgesehen, um auf solche Entwicklungen rasch wirtschaftlich reagieren zu können.

28. Zu Artikel I Z.42 (§25 Abs. 1):

Aktualisierung einer Zitierung.

29. Zu Artikel I Z.43 und 44 (§ 25 Abs.2 und 4):

Ebenso wie beim Voranschlag bleibt die behördliche Genehmigung des Rechnungsabschlusses Kompetenz der Landesregierung, wobei der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds sein sachverständiges Gutachten im Genehmigungsverfahren einzubringen hat.

30. Zu Artikel I Z.45 und 46 (§ 25 Abs.5):

Alleine vom Rechtsträger zu tragen sind in Hinkunft verrechnete Leistungen, die über dem genehmigten Leistungsumfang (dieser ergibt sich aus der Einstufung der Krankenanstalt, dem Betriebsbewilligungsbescheid und allfälligen weiteren Einstufungen z.B. Intensivplan) hinausgehen sowie gesetzwidrige Ambulanzge-

bührenbeteiligungen (mit der Novelle LGBl.9440-11 wurde es ausgeschlossen, daß neue Ambulanzgebührenbeteiligungen ab Inkrafttreten dieser Novelle eingegangen werden dürfen). Mit der Einführung des LKF-Systems entfällt die bisher ausdrücklich im NÖ KAG vorgesehene Möglichkeit zur Rücklagenbildung; diese Regelungen sind nunmehr in den Richtlinien des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds erforderlichenfalls vorzusehen.

31. Zu Artikel I Z. 47 und 48 (§ 26 Abs.2):

Es handelt sich um eine Anpassung an die nunmehr neu geregelte Aufsicht im § 23.

32. Zu Artikel I Z.49 (§ 27):

Die Genehmigungspflicht für den Abschluß von Verträgen mit den SV-Trägern ist nicht mehr erforderlich, da nunmehr der Rechtsträger der NÖ Fondskrankenanstalt im Einvernehmen mit dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds diese Verträge abschließt und damit die entsprechende Aufsicht gegeben ist.

33. Zu Artikel I Z.50 bis 55 (§ 28):

Bisher hat das NÖ Krankenanstaltengesetz lediglich eine ausdrückliche Regelung über die Zurücknahme der Betriebsbewilligung enthalten.

Die vorliegende Novelle normiert, daß auch die Errichtungsbewilligung abzuändern oder zurückzunehmen ist, wenn ein für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

Zu den angesprochenen Voraussetzungen gehört selbstverständlich auch die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan.

Im Einklang mit der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 sind erteilte krankenanstaltenrechtliche Bewilligungen unter größtmöglicher Schonung wohlerworbener Rechte zu ändern oder allenfalls zurückzunehmen.

Im Verfahren soll der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds ein Gutachten abgeben können.

Über die Vorgaben des Bundes-Krankenanstalten-Grundsatzgesetzes hinausgehend (grundsatzgesetzfreier Raum) wurde weiters vorgesehen, daß auch solche Abteilungen oder Organisationseinheiten, die unwirtschaftlich geführt werden oder

eine unterdurchschnittliche Auslastung im NÖ-weiten Vergleich aufweisen, zurückgenommen bzw. eingeschränkt werden können.

34. Zu Artikel I Z.56 bis 59 (§§ 31 und 32):

Die Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan wird als weitere Voraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes vorgesehen; weiters wird ausdrücklich geregelt, daß ein Anspruch auf die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes nicht besteht.

Eine öffentliche Krankenanstalt verliert ex lege das Öffentlichkeitsrecht, wenn die erteilte Bewilligung zur Errichtung oder zum Betrieb zurückgenommen wird.

35. Zu Artikel I Z. 60 (§ 35 Abs.1):

Durch die ausdrückliche gesetzliche Ermöglichung von Kooperationsübereinkommen soll eine weitere freiwillige Strukturbereinigung durch die Rechtsträger der NÖ Fondskrankenanstalten ermöglicht und erleichtert werden. Die Aufsicht und Kontrolle in Hinblick darauf, daß auch weiterhin eine ausreichende medizinische Versorgung der Bevölkerung gegeben ist, wird dadurch erreicht, daß solche Verträge nur im Einvernehmen mit der Landesregierung und dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abgeschlossen werden können.

36. Zu Artikel I Z.61 (§ 36 Abs.2):

Die Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan wird als Voraussetzung für die Genehmigung des Angliederungsvertrages vorgesehen. Weiters ist eine erteilte Genehmigung zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand geführt hat.

37. Zu Artikel I Z.62 (§ 37 Abs.3):

Durch die vorliegende Bestimmung soll grundsätzlich der Bezug aus anderen öffentlichen Apotheken im EWR ermöglicht werden. Dabei ist jedoch zu beachten, daß gemäß den arzneimittelrechtlichen Bestimmungen die Arzneimittel in der jeweiligen Form in Österreich zugelassen werden müssen. Ungleich anderen Produktgruppen ist der freie Warenverkehr für Arzneimittel noch nicht verwirklicht. Die Zuständigkeit zur Entscheidung über die Genehmigung für das Inverkehrbringen kommt damit nach wie vor der nationalen Behörde zu. Eine Ausnahme davon bilden nur die im sogenannten zentralen Zulassungsverfahren für alle EU-Mitgliedstaaten zugelassenen Arzneyspezialitäten. Nur hinsichtlich derartiger Produkte

kann die vorgesehene Liberalisierung zum Tragen kommen. Dies aber auch nur insoweit, als gewährleistet ist, daß sie in der für den österreichischen Markt vorgesehenen Aufmachung (deutsche Kennzeichnung und Gebrauchsinformation) zur Verfügung stehen.

38. Zu Artikel I Z.63 (§ 38 Abs.1):

Angleichung der Leiterbezeichnungen an die im Krankenanstaltenbetrieb üblichen und verwendeten Bezeichnungen; weiters wird eine Einbeziehung des Landes-sanitätsrates und des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds frühzeitig im Ausschreibungsverfahren vorgesehen;

39. Zu Artikel I Z.64 ((§ 38 Abs. 5):

.Die Qualifikation der Bewerber soll dem Anstaltszweck und dem Versorgungsauftrag der betreffenden Krankenanstalt entsprechen; es soll insbesondere verhindert werden, daß „überqualifizierte“ oder für Standardkrankenanstalten nicht geeignete, weil „überspezialisierte“ Ärzte bestellt werden.

40. Zu Artikel I Z.65 (§ 38 Abs.7):

Analog den Bestimmungen über die Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung wird nunmehr auch die Möglichkeit der Zurücknahme der Genehmigung der Bestellung ermöglicht, wenn gemäß § 28 vorgegangen wurde.

41. Zu Artikel I Z.66 (§ 43 Abs.3):

Es soll klargestellt sein, daß die Rechtsträger nur zur Führung eines (interdisziplinären) Anstaltsambulatoriums verpflichtet sind; weiters wird die Verpflichtung der Vorlage einer Zuweisung eines niedergelassenen Arztes auf die Fälle des § 43 Abs. 1 lit. c erweitert.

42. Zu Artikel I Z.67, 68 und 69 (§ 44 Abs. 1,2 und 3):

Zur Durchführung der durch die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 festgelegten leistungsorientierten Abrechnung ist analog zur Pflegegebühr die LKF-Gebühr einzuführen. In Übereinstimmung mit der bisherigen Regelung soll mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der Allgemeinen Gebührenklasse alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten werden.

Weiters sind mit den LKF-Gebühren oder Pflegegebühren Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pfleglings 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 Umsetzung des NÖ LKF-Modells werden die Leistungen der Krankenanstalten insgesamt über die LKF-Gebühr abgegolten; ausgenommen sind Privatpatienten und Begleitpersonen bzw. Patienten aufgrund von Vereinbarungen mit Krankenfürsorgeeinrichtungen, die nicht in den LKF-Topf einzahlen für die auch weiterhin die Pflegegebührenregelung bestehen bleibt.

43. Zu Artikel I Z.70 (§ 44 Abs.3):

Aufgrund mehrerer Beschwerden von Patienten bei der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (es wurde vorgebracht, daß Ungleichbehandlung bei der Beurteilung von Säuglingseigenschaft vorliegt) soll nunmehr ex lege geregelt werden, welche Kinder als Säuglinge gelten.

44. Zu Artikel I Z.71 (§ 44 Abs.4):

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung an das LKF- System.

45. Zu Artikel I Z.72 und 73 (§ 45 Abs.7):

Es handelt sich um ein „Nachziehen“ der letzten KAG-Novelle, in der neue Ambulanzgebührenbeteiligungen nicht mehr vorgesehen sind; dies soll auch mit dem Entfall dieser Bestimmungen eindeutig klargestellt werden.

46. Zu Artikel I Z.74, 75 und 76 (§ 45a Abs.1,2 und 5):

Anpassung des Kostenbeitrages an das LKF- System. Die Höhe des Kostenbeitrages wird aufgrund der neuen Valorisierungsklausel aktualisiert.

47. Zu Artikel I Z. 77 (§ 49g neu):

Es handelt sich um eine Neureihung eines Paragraphen, die aufgrund der neuen Systematik erforderlich ist.

48. Zu Artikel I Z.78 (§ 49 neu):

In Übereinstimmung mit der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 regelt diese Bestimmung die Durchführung der Finanzierung durch die Landesfonds, insbesondere die Ermittlung der durch die Landesfonds zu leistenden LKF-Gebührenersätze.

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

Als LKF-Kernbereich wird der Bereich der Finanzierung bezeichnet, der auf den leistungsorientierten Diagnosefallgruppen beruht. Dieser Teil stellt die Abgeltung des einzelnen Krankenhausfalles dar, wobei davon ausgegangen wird, daß die Behandlung einer bestimmten Diagnosefallgruppe grundsätzlich denselben Ressourcenaufwand verursacht - unabhängig etwa von der Größe oder der Lage der jeweiligen Krankenanstalt.

Neben dem LKF-Kernbereich nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wird als weitere Finanzierungsebene der LKF-Steuerungsbereich vorgesehen, in dem strukturspezifische Kriterien Berücksichtigung finden. Mit Hilfe des Steuerungsbereiches kann auf die landesspezifischen Erfordernisse insofern Bedacht genommen werden, als die Bepunktung je leistungsorientierte Diagnosefallgruppe im Steuerungsbereich nach Maßgabe der festgelegten Kriterien je Krankenanstalt unterschiedlich sein kann.

Es kann daher auf den unterschiedlichen Versorgungsauftrag der Krankenanstalt, auf die unterschiedliche personelle und apparative Ausstattung der Krankenanstalt oder dem sich daraus ergebenden Krankenanstaltentyp bezug genommen werden.

Unterschiede in der Bausubstanz der Krankenanstalt können aufgrund der beispielsweise höhere Investitions- bzw. Reparaturbedarfs oder aufgrund von höheren Logistikkosten zu gerechtfertigten Differenzierungen in der Finanzierung führen.

Im Falle von speziellen Versorgungssituationen kann die sich dort ergebende geringere Auslastung von bedeutsamen Versorgungseinrichtungen durchaus gesundheitspolitisch vertretbar und in der Finanzierung berücksichtigungswürdig sein.

Die Differenzierung kann dann von Bedeutung sein, wenn Krankenanstalten mit

stark unterschiedlichen Raumangeboten (Krankenanstalten mit 2 - 3-Bett-Zimmern einerseits und Krankenanstalten mit größeren Krankenzimmern andererseits) vorhanden sind. Hier kann durch entsprechende finanzielle Anreize im Steuerungsbereich eine qualitative Verbesserung des Versorgungsangebotes erreicht werden.

Weiters wird ausdrücklich vorgesehen, daß sich die LKF-Gebührenersätze nach der Dotation des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zu richten haben.

49. Zu Artikel I Z.79 (§ 49a):

In dieser Bestimmung werden die Grundsätze der Leistungsabrechnung, nach der der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds vorzugehen hat, festgelegt.

50. Zu Artikel I Z.80 (§ 49b):

Die Abgeltung der ambulanten Leistungen erfolgt einerseits über eigene Einnahmen der NÖ Fondskrankenanstalt, andererseits über die Ambulanzpunkteabrechnung.

Im Rahmen dieser Ambulanzabrechnung richtet sich der Schillingwert je Ambulanzpunkt nach der Dotation des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds.

51. Zu Artikel I Z.81 (§ 49c):

Die Abgeltung der Nebenkostenstellen erfolgt gemäß den zu erstellenden Richtlinien des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds; ausgenommen hievon ist nur die Nebenkostenstelle Pensionen, für die eigene gesetzliche Regelungen vorzusehen waren.

52. Zu Artikel I Z.82 (§ 49d):

Mit dieser Bestimmung wird der für die wirtschaftliche Beurteilung zentrale Begriff „Finanzbedarf“ definiert und festgelegt.

53. Zu Artikel I Z.83 (§ 49e):

Um eine schrittweise finanzielle Einführung des LKF-Finanzierungssystems zu gewährleisten und nicht das LKF-Finanzierungssystem mit vollem wirtschaftlichem Druck einzuführen, wurde ein Mittelausgleich (Ausgleichstopf) vorgesehen; es werden im Jahr 1997 92 % der Unterdeckung ausgeglichen im Gegenzug um eine Finanzierung dieser Maßnahme zu erreichen, sind auch 92 % der Überdeckung

an den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abzuführen; für das Jahr 1998 sind 80% der Überdeckungen abzuführen, mit denen 80% der Unterdeckungen finanziert werden.

Diese Prozentsätze sind ab dem Jahr 1999 durch Verordnung der Landesregierung (wenn sich aufgrund der Einführung weitere Erfahrungswerte ergeben haben) anzupassen.

54. Zu Artikel I Z.84 (§ 49f):

Die (kostendeckende) LKF-Gebühr (nicht zu verwechseln mit dem LKF-Gebührenersatz) ist durch den jeweiligen Rechtsträger, in Analogie zur bisherigen Ermittlung der Pflegegebühr, zu ermitteln.

55. Zu Artikel I Z.85 und 86 (§ 49g Abs.3):

Mit diesen Bestimmungen wird der unrealistische Höchstsatz des Zuschlages zur Pflegegebühr (150%) entfernt; weiters werden die im Jahr 1997 abgeschlossenen Verhandlungsergebnisse mit den Privatversicherungen sanktioniert und dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds das Verhandlungsmandat für zukünftige Verhandlungen übertragen.

56. Zu Artikel I Z.87 (§ 49g neu Abs.5):

Anpassung an die durch die Novelle LGBI.9440-11 geschaffenen Rechtslage, daß keine ärztlichen Honorare für ambulante Leistungen mehr zustehen.

57. Zu Artikel I Z.88 und 89 (§ 50 Abs. 1 und 2):

Anpassung an das LKF-Modell, Ergänzung um LKF-Gebühren.

58. Zu Artikel I Z.90 (§ 51 Abs.1):

Anpassung an das LKF-System.

59. Zu Artikel I Z.91 (§ 51 Abs.2):

Ergänzung um LKF-Gebühren.

60. Zu Artikel I Z.92 und 93 (§ 51 Abs.5 und 6):

Hinkünftig wird den Sozialversicherungsträgern (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), die mit den Privatkrankenanstalten Verträge

abgeschlossen haben, weiterhin Parteistellung als Körperschaft öffentlichen Rechtes zukommen.

Um einem allfälligen Informationsbedürfnis zu entsprechen und ein Mindestmaß an Publizität zu erreichen ist das LDF Bepunktungssystem beim NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zur Einsichtnahme aufzulegen.

61. Zu Artikel I Z.94 bis 99 (§ 52):

Es handelt sich um eine Anpassung an das LKF-Finanzierungssystem. Im wesentlichen werden die Pflegegebühren durch „LKF-Gebühren“ ergänzt.

62. Zu Artikel I Z.100 bis 102 (§ 53):

Mit den Zahlungen des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (LKF-Gebührenersätze) sowie den Kostenbeiträgen an die Krankenanstalten sind sämtliche Ansprüche der Krankenanstalten gegenüber den Trägern der Sozialversicherung und gegenüber dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abgegolten (ausgenommen Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen und im § 44 Abs.2 angeführte Leistungen).

63. Zu Artikel I Z.103 und 104 (§ 54 und § 54 a):

In Umsetzung des 2. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996 wurden die Kostenbeteiligungen insofern neu geregelt, als die Höhe der Kostenbeteiligung (10 v.H.) nach den am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührenersätzen, vervielfacht mit einem Hundertsatz, neu festgelegt wurden; eine Valorisierung dieser Kostenbeteiligungen ist ebenfalls vorgesehen.

Im Unterschied zur alten Rechtslage fließt die Kostenbeteiligung dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zu und ist von der NÖ Fondskrankenanstalt einzuheben.

Bei Versicherte nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ist der Versicherte bei Anstaltspflege eines Angehörigen zahlungspflichtig.

Bei Versichertem nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz ist der Versicherte zahlungspflichtig, sowohl bei eigener Anstaltspflege als auch bei Anstaltspflege eines Angehörigen.

64. Zu Artikel I Z.105 bis 107 (§ 55 und § 56):

Es handelt sich um eine Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen

des 2. Sozialrechts-Änderungsgesetze; damit werden Einschau-, Einsichts- und Informationsrechte für die Versicherungsträger vorgesehen sowie die Verpflichtung, daß der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalt und Versicherungsträger spätestens ab 1. Jänner 1998 elektronisch vorzunehmen ist. Weiters ist, wie auch nach der alten Rechtslage vorgesehen, daß weder der Rechtsträger der Krankenanstalt noch der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds gegenüber den Versicherten, wenn Leistungen der Versicherungsträger gewährt wurden, Anspruch auf Gegenleistung hat (ausgenommen Kostenbeitrag und Kostenbeteiligung).

65. Zu Artikel I Z.108 bis 111 (§ 57 Abs. 1,2 und 4):

Hiermit werden weitere Bestimmungen des 2. Sozialrechtsänderungsgesetzes umgesetzt; es handelt sich im wesentlichen um Rahmenbedingungen für die Gestaltung von privatrechtlichen Verträgen zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträger und dem Rechtsträger der Krankenanstalt. Die einzelnen Rechtsträger haben nunmehr im Einvernehmen mit dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds die Verträge zu verhandeln und abzuschließen.

66. Zu Artikel I Z.112 (§ 57 Abs. 5):

Das bisher vorgesehene gesetzliche Vertretungsrecht des NÖKAS für Verhandlungen und Verträge mit den SV-Trägern entfällt.

67. Zu Artikel I Z.113 bis 115 (§§ 58, 58 a und 58 b):

Die auch nach der alten Rechtslage vorgesehene Schiedskommission (die allerdings kaum von Bedeutung war) wird nunmehr neu geregelt und an die Vorgaben der Art. 15 a B-VG Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 angepaßt; es ist zu erwarten, daß die Schiedskommission in Hinkunft größere Bedeutung erlangt, weil sie einerseits zuständig ist über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus gründen, zu entscheiden, als auch über Ansprüche und Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und den NÖ Fondskrankenanstalten bzw. auch dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds.

Die Z. 1 des Art. 12 Abs. 1 der Art 15a B-VG Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997-

2000 wurde nicht umgesetzt, da derartige Krankenanstalten in NÖ nicht bestehen.

68. Zu Artikel I Z.116 und 117 (§ 59 Abs. 2 und 3):

Es werden grundsatzgesetzliche Bestimmungen des 2. Sozialrechtsänderungsgesetzes umgesetzt.

69. Zu Artikel I Z.118 (§ 60):

Es wurde für Krankenfürsorgeeinrichtungen die Möglichkeit geschaffen, daß sie entweder wie die Sozialversicherungsträger eine Pauschalsumme in den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einbezahlen bzw. weiterhin die Abrechnung über Pflegegebühren (bzw. Anteile von Pflegegebühren) erfolgt.

70. Zu Artikel I Z.119 und 120 (§ 61 Abs. 2 und 3):

Der NÖ Krankenanstaltensprengel ist weiterhin von großer Bedeutung für den Bereich des NÖ Gesundheitswesens; ein Teil seiner Aufgaben, vor allem NÖ-weite finanzielle bzw. wirtschaftliche Aufgabenstellungen bzw. die Mitwirkung in sanitätsbehördlichen Verfahren gehen auf den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds über; andererseits erhält der Krankenanstaltensprengel neue wichtige Aufgaben; er wird als Rechtsträger von NÖ Fondskrankenanstalten auftreten (Betriebsgesellschaften für die Tagesklinik Gänsernsdorf bzw. die Sonderkrankenanstalt für Neurologie und Neurorehabilitation in Allentsteig).

Seine weitere wesentliche Aufgabe wie auch nach der bisherigen Rechtslage wird die Aufbringung der finanziellen Leistungen der NÖKAS-Gemeinden sein.

71. Zu Artikel I Z.121 (§ 66 Abs.1):

Sprachliche Änderung, da es im LKF-Modell keinen Betriebsabgang mehr geben wird.

72. Zu Artikel I Z.122 und 123 (§ 66 Abs.3 und 5):

In Entsprechung des LKF-Modells sind die NÖKAS- Beiträge zwecks Vermeidung von unnötigen Kontobewegungen direkt vom Land NÖ an den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds weiterzuleiten.

Weiters wurde festgelegt, daß der gedeckelte Beitrag des NÖKAS um den Faktor, den die Landesregierung durch Verordnung für den eigenen Landesbeitrag be-

stimmt, zu erhöhen ist.

73. Zu Artikel I Z.124 und 125 (§ 70 Abs. 1 und 3):

In Entsprechung des LKF-Modells und der Art.15a B-VG-Vereinbarung über die Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 1997 - 2000, wurde die Festsetzung und die Höhe des Landesbeitrages zur Finanzierung des Betriebes der Krankenanstalten neu geregelt; es wurde wie bei allen anderen Kostenträgern eine Deckelung vorgesehen, die auf den Betrag, den das Land Niederösterreich zum Betriebsabgang der öffentlichen Krankenanstalten für das Jahr 1995 als Landesanteil geleistet hat, abstellt und mit diesem Betrag fixiert wird.

Durch Verordnung der Landesregierung ist für die Folgejahre ein Faktor festzulegen, um den der Landesbeitrag erhöht wird; dies hat zur Folge, daß auch für sämtliche andere Kostenträger in Niederösterreich (ausgenommen von dieser Verordnungsermächtigung sind aufgrund der verfassungsmäßigen Kompetenzbestimmungen der Hauptverband der Sozialversicherungsträger, die Krankenversicherungsträger und der Bundesbeitrag) der Kostenbeitrag um diesen Faktor erhöht wird.

74. Zu Artikel I Z.126 und 127 (§§ 71 und 72 Abs. 1):

Es handelt sich hier um die gleichlautende Bestimmung des Trägerbeitrages, mit der gleichen Deckelung wie für den Landesbeitrag und den NÖKAS-Beitrag.

75. Zu Artikel I Z. 128 und 129 (§ 72 Abs. 2 und Abs. 3):

Hier wurden Bestimmungen, die nicht mehr aktuell sind, entfernt (Vereinbarung Land Niederösterreich und Stadt Wien/SMZ Ost sowie die Weitergabe der Pflegegebührenersätze vom NÖKAS an die Krankenanstalten).

76. Zu Artikel I Z.130 und 131 (§ 72a und § 73):

Mit Inkrafttreten des LKF-Modells sind diese Bestimmungen nicht mehr aktuell. Gleichzeitig wurde in Ausführung einer Resolution des Landtages die Rechtsgrundlage für die Errichtung und den Betrieb der Projekte Sonderkrankenanstalt Allentsteig und Tagesklinik Gänserndorf geschaffen.

77. Zu Artikel I Z.132 (§ 73a Abs.1):

Da die Standortgemeinden von neu zu errichtenden Krankenanstalten unter den

gegebenen Rahmenbedingungen oft nicht mehr bereit sind an den Trägergesellschaften beteiligt zu werden, hat diese Verpflichtung zu entfallen.

78. Zu Artikel I Z.133 (§ 73b und c):

Die in diesen Bestimmungen vorgesehenen Beratungs- und Koordinierungsfunktionen werden nunmehr einerseits vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds und andererseits vom NÖKAS wahrgenommen, sie sind daher entbehrlich.

79. Zu Artikel I Z.134 (§ 74 Abs.2):

Die Bezeichnung des zuständigen Bundesministeriums wird aktualisiert.

80. Zu Artikel I Z.135 und 136 (§ 75 Abs.2 und § 79 Abs.1):

Es handelt sich um sprachliche Richtigstellungen; weiters um die Ermöglichung für Krankenanstalten auch außerhalb Österreichs Medikamente zu beziehen; mit den Einschränkungen wie unter Ziffer 62 ausgeführt.

81. Zu Artikel I Z.137, und 138 (§ 81 Abs.2 und 3):

Es handelt sich um eine Anpassung an das LKF-Modell und um eine Umsetzung des 2. Sozialrechtsänderungsgesetzes.

82. Zu Artikel I Z.139 (§ 84):

Auf Bundesebene wurde eine Strukturkommission geschaffen, an die nunmehr die entsprechenden Informationen zu ergehen haben.

83. Zu Artikel I Z.140 (§ 86 Abs. 3):

Umsetzung des 2. Sozialrechtsänderungsgesetzes.

84. Zu Artikel I Z.141 (§ 87 Abs.2):

Es handelt sich um eine Anpassung an das LKF- System.

Die Beitragsleistungen der Gemeindeverbände (als Rechtsträger der a.ö. Krankenanstalten Lilienfeld und Mistelbach) werden analog der Trägerbeiträge geregelt.

85. Zu Artikel I Z.142 (§ 95):

Über Wunsch der NÖ Patienten-und Pflegeanwaltschaft wird der bisher vorgese-

hene jährliche Bericht an die Landesregierung auf einen Zeitraum von 2 Jahren ausgedehnt; es hat sich gezeigt, daß ein jährlicher Bericht nicht erforderlich ist und dies ein zu kurzes Zeitintervall ist.

86. Zu Artikel II:

Sowohl in der Novelle des Krankenanstaltengesetzes, BGBl.Nr.751/1996, als auch im 2.Sozialrechtsänderungsgesetz wurde grundsatzgesetzlich festgelegt, daß die zur Umsetzung dieser grundsatzgesetzlichen Bestimmungen erforderlichen Landesgesetze, als auch die zur Einführung des LKF-Systems erforderlichen Bestimmungen rückwirkend mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen sind.

In Ausführung dieser Bestimmungen erfolgte der Artikel II, wobei darüber hinausgehende Bestimmungen der Novelle mit dem Monatsersten der Kundmachung in Kraft treten. Gemäß der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997-2000 und gemäß den einschlägigen Bestimmungen der Bundes-KAG-Novelle ist zu veranlassen, daß die „alte“ Rechtslage (d. h. die Rechtslage des NÖ KAG i.d.F. LGBl. 9440-11) am 1. Jänner 2001 wieder in Kraft tritt. Dies bedeutet, daß sämtliche Bestimmungen vollständig und abschließend neuerlich gesetzlich beschlossen werden müssen; dieser formale Vorgang wird im nächsten Entwurf einer Novelle des NÖ KAG veranlasst und vorgeschlagen werden.

Die NÖ Landesregierung beehrt sich daher, den Antrag zu stellen:

Der Hohe Landtag wolle die beiliegende Vorlage der NÖ Landesregierung über den Entwurf einer Änderung des NÖ Krankenanstaltengesetzes der verfassungsmäßigen Behandlung unterziehen und einen entsprechenden Gesetzesbeschluß fassen.

NÖ Landesregierung
W a g n e r
Landesrat

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung

