

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 1995

Ausgegeben am 21. Juli 1995

150. Stück

-
473. Bundesgesetz: Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
(NR: GP XIX RV 218 AB 255 S. 41. BR: AB 5035 S. 602.)
474. Bundesgesetz: Änderung des Krankenanstaltengesetzes
(NR: GP XIX RV 219 AB 256 S. 41. BR: AB 5036 S. 602.)
475. Bundesgesetz: Regelung der finanziellen Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
(NR: GP XIX RV 224 AB 257 S. 41. BR: AB 5037 S. 602.)
476. Bundesgesetz: Änderung des Tierärztegesetzes
(NR: GP XIX RV 192 AB 260 S. 41. BR: AB 5038 S. 602.)
[CELEX-Nr.: 381L0851, 390L0676, 393L0040]
-

473. Bundesgesetz über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Das Bundesgesetz über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, das mit Ablauf des 31. Dezember 1994 außer Kraft getreten ist, tritt mit 1. Jänner 1995 nach Maßgabe der sich aus den Art. II und III ergebenden Änderungen wieder in Kraft.

Artikel II

1. Im § 1 Abs. 2 ist die Wendung „1991, 1992, 1993 und 1994“ durch die Wendung „1991, 1992, 1993, 1994 und 1995“ zu ersetzen.

2. § 2 Abs. 5 lautet:

„(5) Die Mittel für Strukturreformen sind in den Jahren 1991, 1992, 1993, 1994 und 1995 nach Maßgabe des Abs. 3 zu verwenden. Nach Ablauf des Jahres 1995 sind nicht ausgeschöpfte Mittel weiterhin zweckgebunden nach Maßgabe des Abs. 3 zu verwenden.“

3. § 6 Abs. 4 Z 2 lautet:

„2. die Daten insbesondere über die Diagnosen und über die ausgewählten medizinischen Einzelleistungen nach Maßgabe der §§ 62d bis 62f des Krankenanstaltengesetzes und der Verordnungen betreffend die Erfassung von Diagnosen und Leistungen in Krankenanstalten, BGBl. Nr. 682/1988, in der jeweils geltenden Fassung, und BGBl. Nr. 160/1994, die auch zur Führung des Modells „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ erforderlich sein werden, in maschinenlesbarer Form vollständig vorlegt,“

4. § 16 Z 2 lautet:

„2. Mittel für die Jahre 1992, 1993, 1994 und 1995:

Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung, die für das Jahr 1992 4 000 Millionen Schilling betragen und die für die Jahre 1993, 1994 und 1995 nach Maßgabe des § 19 Abs. 3 zu valorisieren sind;“

5. Nach § 16 Z 3 wird folgende Z 4 angefügt:

„4. Mittel für das Jahr 1995:

Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung in der Höhe von 1 250 Millionen Schilling gemäß § 19 Abs. 5.“

6. § 19 Abs. 3 lautet:

„(3) Im Jahre 1992 haben die Träger der sozialen Krankenversicherung 4 000 Millionen Schilling zu überweisen. Dieser Betrag von 4 000 Millionen Schilling ist für das Jahr 1993, für das Jahr 1994 und

für das Jahr 1995 jeweils im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung oder der Verminderung der Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag in der Fassung der sozialversicherungsrechtlichen Rechtslage zum 1. Jänner 1992 in der Krankenversicherung aller Krankenversicherungsträger vom Jahr 1992 auf das Jahr 1993 bzw. 1994 bzw. 1995 zu erhöhen oder zu vermindern und jeweils an den Fonds zu überweisen.“

7. Nach § 19 Abs. 4 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Im Jahre 1995 haben die Träger der sozialen Krankenversicherung weiters 1 250 Millionen Schilling an den Fonds zu leisten. Diese Mittel sind in vier gleich hohen Teilbeträgen zu den im § 18 Abs. 1 festgelegten Zahlungsterminen an den Fonds zu überweisen.“

8. § 20 Abs. 3 lautet:

„(3) Der daraufhin verbleibende Betrag ist für das Jahr 1991 um die zusätzlichen Mittel gemäß § 16 Z 1 und 3 lit. a und b sowie für die Jahre 1992, 1993, 1994 und 1995 um die zusätzlichen Mittel gemäß § 16 Z 2, Z 3 lit. a und b und Z 4 zu vermindern und im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Quoten aufzuteilen:

Burgenland.....	2,951%
Kärnten	7,468%
Niederösterreich	15,813%
Oberösterreich	13,838%
Salzburg.....	6,171%
Steiermark	12,925%
Tirol.....	7,524%
Vorarlberg	3,888%
Wien	29,422%
	<u>100,000%</u> “

9. Im § 20 Abs. 5 und 6 ist die Wendung „1992, 1993 und 1994“ jeweils durch die Wendung „1992, 1993, 1994 und 1995“ zu ersetzen.

10. § 20 Abs. 7 2. Satz lautet:

„Für die Jahre 1992, 1993, 1994 und 1995 ergeben sich aus den zur Verfügung stehenden Mitteln und den Quoten gemäß Abs. 3, Abs. 5, Abs. 6 und Abs. 8 Länderquoten, welche der Bemessung gemäß § 21 zugrunde zu legen sind.“

11. Nach § 20 Abs. 7 wird folgender Abs. 8 angefügt:

„(8) Für das Jahr 1995 ist der Betrag aus den zusätzlichen Mitteln gemäß § 16 Z 4 im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze in Quoten aufzuteilen:

Burgenland.....	2,559%
Kärnten	6,867%
Niederösterreich	14,406%
Oberösterreich	13,677%
Salzburg.....	6,443%
Steiermark	12,869%
Tirol.....	8,006%
Vorarlberg	3,708%
Wien	31,465%
	<u>100,000%</u> “

12. § 29 Abs. 2 lautet:

„(2) Dieses Bundesgesetz tritt gemeinsam mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1995 außer Kraft.“

Artikel III

Alle Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, die sich auf den Zeitraum der Jahre 1992 bzw. 1993 bzw. 1994 beziehen, sind sinngemäß auf den Zeitraum des Jahres 1995 zu erstrecken.

Klestil

Vranitzky

474. Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

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

Artikel I**1. (Grundsatzbestimmung)**

Nach § 10 wird folgender § 10a eingefügt:

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

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

2. (Grundsatzbestimmung)

Der § 28 lautet:

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

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

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

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

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

hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Verpflegstage in zuschlußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahres als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen.

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

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

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

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

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

(9) Weicht der provisorische Hundertsatz vom endgültigen Hundertsatz ab, hat zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Krankenanstalten ein finanzieller Ausgleich durch Nachzahlung oder Gutschrift im laufenden Kalenderjahr zu erfolgen. Bei der Erhöhung der Pflegegebührenersätze ab dem nächsten 1. Jänner sind sodann für das Vorjahr fiktiv jene Pflegegebührenersätze zu errechnen, die sich bei Anwendung des endgültigen Hundertsatzes ergeben hätten. Diese fiktiven Pflegegebührenersätze sind sodann um den in Betracht kommenden provisorischen Hundertsatz zu erhöhen.

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

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

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

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

3. (Grundsatzbestimmung)

Nach § 28 wird folgender § 28a eingefügt:

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

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

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

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

4. (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

Die Überschrift zum Hauptstück D des zweiten Teiles entfällt.

5. (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

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

Artikel II

(Grundsatzbestimmung)

§ 28 lautet:

„§ 28. (1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der 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 allfällige Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 6, ausschließlich durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung.

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

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

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

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

Artikel III

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

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

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

Artikel IV

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

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

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

Klestil

Vranitzky

475. Bundesgesetz, mit dem die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds geregelt wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 297/1995, wird wie folgt geändert:

1. Im § 447a Abs. 4 erster Satz wird der Ausdruck „30 vH“ durch den Ausdruck „10 vH“ ersetzt.

2. Im § 447f Abs. 2 Einleitung wird der Ausdruck „1991 bis 1994“ durch den Ausdruck „1991 bis 1995“ ersetzt.

3. Im § 447f Abs. 2 Z 4 wird der Punkt am Ende der lit. d durch einen Beistrich ersetzt; folgende lit. e und f werden angefügt:

- „e) für 1995 4 000 Millionen Schilling, aufgewertet gemäß den Bestimmungen des Abs. 6,
- f) für 1995 1 250 Millionen Schilling.“

4. Im § 447f Abs. 3 Einleitung wird der Ausdruck „1992 bis 1994“ durch den Ausdruck „1992 bis 1995“ ersetzt.

5. Im § 447f Abs. 6 wird der Ausdruck „lit. c und lit. d“ durch den Ausdruck „lit. c, lit. d und lit. e“ ersetzt.

6. Im § 447f Abs. 8 erster Satz wird der Klammerausdruck „(Abs. 2 Z 1 bis 3)“ durch den Klammerausdruck „(Abs. 2 Z 1 bis 3 und Z 4 lit. f)“ ersetzt.

7. Im § 447f Abs. 8 zweiter Satz wird der Ausdruck „Abs. 2 Z 3“ durch den Ausdruck „Abs. 2 Z 3 und Z 4 lit. f“ ersetzt.

Artikel II

(1) Artikel IV des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 702/1991 ist für das Kalenderjahr 1995 anzuwenden.

(2) Im Artikel IV Abs. 2 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 702/1991 wird der Ausdruck „1994“ durch den Ausdruck „1995“ ersetzt.

Artikel III

Inkrafttreten

(1) Dieses Bundesgesetz tritt rückwirkend mit 1. Jänner 1995 in Kraft.

(2) Artikel II dieses Bundesgesetzes sowie die Artikel III und IV des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 702/1991 treten gemeinsam mit der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1995 außer Kraft.

Artikel IV

Vollziehung

Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist der Bundesminister für Arbeit und Soziales betraut.

Klestil

Vranitzky

476. Bundesgesetz, mit dem das Tierärztegesetz geändert wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Tierärztegesetz, BGBl. Nr. 16/1975, in der Fassung der Kundmachung BGBl. Nr. 378/1994, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4a wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Tierärzte nach Abs. 1 dürfen in Ausübung des tierärztlichen Berufes in Österreich auch kleine, den täglichen Bedarf nicht übersteigende Mengen jener gebrauchsfertigen Tierarzneimittel — ausgenommen immunologische Tierarzneimittel — zur Verabreichung an Tiere mitführen, die in Österreich nicht zugelassen sind, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

1. Die Tierarzneimittel müssen im Niederlassungsstaat des Tierarztes behördlich zugelassen sein.
2. Der Tierarzt muß die Tierarzneimittel in der Originalpackung befördern.
3. Die mitgeführten, zur Verabreichung an Nutztiere bestimmten Tierarzneimittel müssen bezüglich ihrer Wirkstoffe qualitativ und quantitativ ähnlich zusammengesetzt sein wie vergleichbare, zur Verwendung in Österreich zugelassene Arzneimittel.
4. Der Tierarzt muß dafür sorgen, daß die jeweils erforderliche Wartezeit eingehalten wird.
5. Der Tierarzt darf dem Tierbesitzer oder Tierhalter der in Österreich behandelten Tiere Tierarzneimittel nur insoweit überlassen, als deren Verabreichung gemäß § 12 nicht dem Tierarzt vorbehalten ist; dabei darf er dem Tierbesitzer oder Tierhalter die Tierarzneimittel nur für die von ihm selbst behandelten Tiere und nur in jenen Mengen überlassen, die für die Weiterbehandlung der betreffenden Tiere unbedingt erforderlich sind.
6. Der Tierarzt hat über die in Österreich behandelten Tiere die Diagnose, die verabreichten Tierarzneimittel, die verabreichte Dosis, die Behandlungsdauer und die eingehaltene Wartezeit Aufzeichnungen zu führen. Diese Aufzeichnungen sind mindestens drei Jahre lang aufzubewahren.

7. Der Tierarzt hat den behördlichen Kontrollorganen auf Verlangen Auskunft über die in Z 6 angeführten Angaben zu erteilen.“

2. Der Text des bisherigen § 13 erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; diesem Abs. 1 werden folgende Abs. 2 und 3 angefügt:

„(2) Wenn Tierarzneimittel zur Behandlung von Tieren, deren Fleisch oder Erzeugnisse zum Genuß für Menschen bestimmt sind, durch hausapothekenführende Tierärzte angeboten werden, so sind nachstehende Bestimmungen einzuhalten:

1. Der Tierarzt hat über die Gebarung mit solchen Tierarzneimitteln Aufzeichnungen zu führen. Diese müssen für jeden Eingang und jeden Abgang derartiger Arzneimittel folgende Angaben enthalten:
 - a) Datum des Ein- beziehungsweise Abganges,
 - b) genaue Bezeichnung des Tierarzneimittels,
 - c) Chargennummer,
 - d) eingegangene oder gelieferte Menge und
 - e) Name und Anschrift des Lieferanten beziehungsweise Empfängers.
2. Der Tierarzt hat mindestens einmal jährlich im Rahmen einer genauen Prüfung die jeweiligen Ein- und Abgänge gegen die vorhandenen Bestände aufzurechnen und etwaige Abweichungen festzustellen.

(3) Die Aufzeichnungen gemäß Abs. 2 sind mindestens drei Jahre lang aufzubewahren und der Behörde auf Verlangen zur Einsicht vorzulegen.“

3. Dem § 15 wird folgender Abs. 7 angefügt:

„(7) Tierärzte, die beabsichtigen, ausschließlich solche wiederkehrende tierärztliche Tätigkeiten in Form von Praxisvertretungen auszuüben, die weder die Führung einer Ordination oder eines privaten Tierspitals beinhalten, noch in einem Anstellungsverhältnis ausgeübt werden, haben dies der Bundeskammer der Tierärzte Österreichs bekanntzugeben.“

4. § 17 lautet:

„§ 17. (1) Dem Tierarzt ist im Zusammenhang mit der Ausübung seines tierärztlichen Berufes jede unsachliche, wahrheitswidrige oder irreführende Werbung verboten.

(2) Unter das Werbeverbot gemäß Abs. 1 fallen insbesondere:

1. jede Werbung, die gemäß § 53 standeswidrig ist;
2. jede Selbstanpreisung durch reklamehaftes Herausstellen seiner Person oder seiner Leistungen;
3. jede vergleichende Bezugnahme auf Standesangehörige;
4. die Ankündigung tarifwidriger oder brieflicher Behandlung (Fernbehandlung);
5. für die Zuweisung von tierärztlichen Tätigkeiten an ihn oder durch ihn eine Vergütung zu versprechen, sich selbst oder einem anderen zusichern zu lassen, zu geben oder zu nehmen;
6. das Anbieten tierärztlicher Leistungen ohne Aufforderung durch den Tierhalter.

(3) Der Tierarzt darf weder veranlassen noch Beihilfe dazu leisten, daß verbotene Werbung für ihn durch Dritte, insbesondere durch Medien, durchgeführt wird.“

5. Dem § 24 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Im Rahmen von ständigen Betreuungsverhältnissen (beispielsweise im Rahmen von Tiergesundheitsdiensten), die jeweils von der zuständigen Kammer der Tierärzte entsprechend den jeweiligen sanitäts- und veterinärhygienischen Erfordernissen definiert und anerkannt sind, darf der Tierarzt den Tierhalter in Hilfeleistungen, welche über die für die übliche Tierhaltung und Tierpflege notwendigen Tätigkeiten (§ 12 Abs. 2) hinausgehen, sowie in die Anwendung von Arzneimitteln bei landwirtschaftlichen Nutztieren einbinden, wenn dies unter genauer Anleitung, Aufsicht und schriftlicher Dokumentation von Art, Menge und Anwendungsweise erfolgt. Die Dokumentation ist vom Tierarzt mindestens drei Jahre lang aufzubewahren und der Behörde auf Verlangen vorzulegen.“

6. Dem § 72 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 4a Abs. 5, § 13, § 15 Abs. 7, § 17 und § 24 Abs. 3 treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 476/1995 am Ersten des auf seine Kundmachung folgenden zweiten Monats in Kraft.“

Klestil

Vranitzky