

Landesgesetzblatt

22. Stück, Jahrgang 2001

Ausgegeben am 29. Juni 2001

Nr 63 Gesetz, mit dem ein Gesetz über den Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds (Krankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz 2001 – SAKRAF-Gesetz 2001) erlassen und das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 geändert wird (Blg LT 12. GP: RV 503, AB 568, jeweils 3. Sess)

63. Gesetz vom 21. März 2001, mit dem ein Gesetz über den Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds (Krankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz 2001 – SAKRAF-Gesetz 2001) erlassen und das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 geändert wird

Der Salzburger Landtag hat beschlossen:

Artikel I

Krankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz 2001 – SAKRAF-Gesetz 2001

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Errichtung des Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds
- § 2 Aufgaben des Fonds
- § 3 Mittel des Fonds
- § 4 Unterteilung in Sektionen und Teilbeträge
- § 5 Datenerfassung und -weitergabe, Erhebungen

2. Abschnitt

Aufbringung der Fondsmittel

- § 6 Sozialversicherungs- und KRAZAF-Sektion (1. Sektion)
- § 7 Landes- und Gemeindesektion (2. Sektion)
- § 8 Ausgleichssektion (3. Sektion)
- § 9 Sozialhilfeträgersektion (4. Sektion)

3. Abschnitt

Verwendung der Fondsmittel

1. Unterabschnitt

Verwendung der Mittel der 1. Sektion (Sozialversicherungs- und KRAZAF-Sektion)

- § 10 Anspruchsberechtigte Krankenanstalten und sonstige Einrichtungen
- § 11 Einteilung in Teilbeträge
- § 12 Teilbetrag für Ambulanzleistungen und Nebenkosten (1. Teilbetrag)
- § 13 Teilbetrag für Investitionszuschüsse (2. Teilbetrag)
- § 14 Teilbetrag für Großgeräteförderung (3. Teilbetrag)
- § 15 Teilbetrag für die Förderung von Planungen und Strukturereformen (4. Teilbetrag)

§ 16 Teilbetrag für bestimmte Abgeltungen (5. Teilbetrag)

§ 17 Teilbetrag für Stationärleistungen (6. Teilbetrag)

2. Unterabschnitt

Verwendung der Mittel der 2. Sektion (Landes- und Gemeindesektion)

§ 18 Anspruchsberechtigte Krankenanstalten

§ 19 Einteilung in Teilbeträge

§ 20 Teilbetrag für den Verwaltungsaufwand (7. Teilbetrag)

§ 21 Teilbetrag für Investitionszuschüsse (8. Teilbetrag)

§ 22 Teilbetrag für Stationärleistungen (9. Teilbetrag)

3. Unterabschnitt

Verwendung der Mittel der 3. Sektion (Ausgleichssektion)

§ 23 Anspruchsberechtigte Krankenanstalten

§ 24 Teilbetrag für Ausgleichsmaßnahmen (10. Teilbetrag)

4. Unterabschnitt

Verwendung der Mittel der 4. Sektion (Sozialhilfeträgersektion)

§ 25 Anspruchsberechtigte Krankenanstalten

§ 26 Teilbetrag für Stationärleistungen für Sozialhilfempfänger (11. Teilbetrag)

5. Unterabschnitt

Abschöpfung nachhaltiger Einnahmenüberschüsse

§ 27 Abschöpfung

4. Abschnitt

Organisatorische Bestimmungen

1. Unterabschnitt

Organe des Fonds

§ 28 Einteilung

§ 29 Geschäftsführung

§ 30 Landeskommision, Zusammensetzung

§ 31 Landeskommision, Geschäftsordnung

§ 32 Landeskommision, Aufgaben

§ 33 Beirat, Zusammensetzung

§ 34 Beirat, Geschäftsordnung

§ 35 Beirat, Aufgaben

2. Unterabschnitt Gebarung des Fonds

§ 36 Grundsätze der Gebarung
§ 37 Kontrolle

5. Abschnitt Schlussbestimmungen

§ 38 Jahresbericht
§ 39 Verweisungen
§ 40 Übergangsbestimmungen
§ 41 In- und Außerkrafttreten

1. Abschnitt Allgemeine Bestimmungen Errichtung des Salzburger Krankenanstalten- Finanzierungsfonds

§ 1

(1) Zur Mitfinanzierung der Krankenanstalten besteht im Land Salzburg ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. Er führt die Bezeichnung „Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds – SAKRAF“ und wird im Folgenden als Fonds bezeichnet.

(2) Soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird, umfassen die Begriffe Krankenanstalten oder Fondskrankenanstalten nur Krankenanstalten gemäß § 10 Abs 1.

(3) Vereinbarung im Sinn dieses Gesetzes ist die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung.

Aufgaben des Fonds

§ 2

Der Fonds hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. die Abgeltung der Leistungen der Krankenanstalten für jene Personen, für die ein Träger der Sozialversicherung gemäß Art 16 der Vereinbarung leistungspflichtig ist;
2. die Abgeltung der Leistungen der Krankenanstalten für die stationäre Behandlung von Hilfe Suchenden im Rahmen der Krankenhilfe nach dem Salzburger Sozialhilfegesetz – SHG;
3. die Gewährung von Zuschüssen an Krankenanstalten-träger für größere Investitionen und für die Anschaffung von Großgeräten;
4. die Gewährung von Mitteln für Planungen und Strukturreformen;
5. die Mitwirkung an einem zwischen den Trägern der Sozialversicherung und dem Land Salzburg einzurichtenden Konsultationsmechanismus;
6. die Empfehlung von Budgetvorgaben an Krankenanstalten-träger;
7. sonstige Aufgaben, die dem Fonds oder der Landeskommission durch Gesetze übertragen werden.

Mittel des Fonds

§ 3

Mittel des Fonds sind:

1. Beiträge des Strukturfonds (§ 56a des Krankenanstaltengesetzes – KAG), der Länder und der Gemeinden,

- die dem Land Salzburg oder dem Fonds auf Grund der Vereinbarung, auf Grund dieses Gesetzes oder auf Grund bundesgesetzlicher Vorschriften für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung zufließen;
2. Mittel der Träger der Sozialversicherung;
3. Vermögenserträge;
4. sonstige Mittel.

Unterteilung in Sektionen und Teilbeträge

§ 4

(1) Die Mittel des Fonds werden nach ihrer Aufbringung in vier Sektionen unterteilt.

(2) Diese Sektionen werden bezeichnet als:

1. Sektion – Sozialversicherungs- und KRAZAF-Sektion;
2. Sektion – Landes- und Gemeindesektion;
3. Sektion – Ausgleichssektion;
4. Sektion – Sozialhilfeträgersektion.

(3) Innerhalb der Sektionen werden die Mittel Teilbeträgen zugeordnet. Die Verwendung der Fondsmittel bestimmt sich nach deren Zuordnung zu den einzelnen Teilbeträgen.

Datenerfassung und -weitergabe, Erhebungen

§ 5

(1) Die Träger der Krankenanstalten sind verpflichtet, die im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen vorgesehenen Dokumentationspflichten einzuhalten. Darüber hinaus sind die Krankenanstalten-träger verpflichtet, auf Verlangen der Landeskommission (§ 30) auch weitere Daten zu erfassen und an den Fonds zu übermitteln. Daten, die auch andere Personen als den Träger der Krankenanstalt betreffen, sind so weiterzuleiten, dass der Fonds die Identität der Betroffenen mit rechtlich zulässigen Mitteln nicht bestimmen kann (indirekt personenbezogene Daten im Sinn des § 4 Z 1 des Datenschutzgesetzes 2000). Die Landeskommission darf dieses Verlangen nur für Daten stellen, die zur Erfüllung der Aufgaben des Fonds erforderlich sind.

(2) Die Geschäftsführung des Fonds, die Landeskommission und die von diesen beauftragten Organe sind berechtigt, in Krankenanstalten Erhebungen über die Betriebsorganisation, die Betriebsführung und den Betriebsablauf durchzuführen und in die entsprechenden Unterlagen Einsicht zu nehmen.

(3) Bei einem Verstoß gegen die Verpflichtung gemäß Abs 1 oder bei einer Behinderung des Einsichtsrechtes nach Abs 2 kann die Landeskommission unter Bedachtnahme auf die Schwere des Verstoßes Zuwendungen nach diesem Gesetz kürzen oder entziehen.

2. Abschnitt

Aufbringung der Fondsmittel

Sozialversicherungs- und KRAZAF-Sektion (1. Sektion)

§ 6

(1) In der Sozialversicherungs- und KRAZAF-Sektion (1. Sektion) sind die Mittel aus folgenden Einnahmequellen darzustellen:

1. anteilige Überweisungen von Mitteln der inländischen Träger der Sozialversicherung (Art 13 Abs 1 bis 4 und Art 29 Abs 4 der Vereinbarung);
2. Kostenbeiträge (Kostenanteile) nach Art 13 Abs 5 der Vereinbarung, die von den Krankenanstaltenträgern im Namen der Sozialversicherung einzuheben sind, und Kostenbeiträge gemäß § 62 Abs 1 und 3 Salzburger Krankenanstaltengesetz – SKAG;
3. anteilige Überweisungen folgender Beiträge jeweils einschließlich allfälliger anteiliger Liquidationserlöse aus dem Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds:
 - a) Beiträge des Strukturfonds nach Art 12 Abs 4 Z 1 bis 3 der Vereinbarung;
 - b) Beiträge der Länder nach Art 12 Abs 3 der Vereinbarung bzw § 10 Abs 7 Z 5 lit a des Finanzausgleichsgesetzes 2001;
 - c) Beiträge der Gemeinden nach § 10 Abs 4 iVm § 24 Abs 2 des Finanzausgleichsgesetzes 2001;
4. Mittel, die von der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse gemäß Art 32 Abs 2 der Vereinbarung als Abgeltung der Versorgung ausländischer Anspruchsberechtigter an den Fonds weitergeleitet oder an diesen unmittelbar entrichtet werden, sowie Kostenbeiträge (Kostenanteile), die in Analogie zu inländischen Sozialversicherungsgesetzen für die Versorgung ausländischer Anspruchsberechtigter eingehoben werden;
5. Überweisungen von im Rechnungsjahr nicht ausgeschöpften Mitteln zur Förderung des Transplantationswesens und für die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen (Art 15 Abs 3 Z 5 und Art 22 Abs 4 Z 3 der Vereinbarung);
6. Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz, die an Fondskrankenanstalten ausbezahlt werden;
7. Vermögenserträge; einschließlich Vermögenserträge gemäß Art 15 Abs 6 der Vereinbarung;
8. sonstige Mittel (zB Spenden).

(2) Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die Kostenbeiträge oder Kostenanteile gemäß Abs 1 Z 2 gemeinsam mit den laufenden Diagnosemeldungen dem Fonds zu melden. Gleiches gilt für die Mittel nach Abs 1 Z 4, soweit sie kassenmäßig nicht über den Fonds abgewickelt werden. Diese Einnahmen sind trotz ihrer kassenmäßigen Abwicklung außerhalb des Fonds im Jahresabschluss des Fonds rechnungsmäßig als zusätzliche Mittel der 1. Sektion darzustellen. Dies gilt für diese Mittel (mit Ausnahme der Kostenbeiträge gemäß § 62 Abs 1 und 3 SKAG) auch dann, wenn sie ohne zwingenden Grund von der Krankenanstalt nicht eingehoben worden sind.

Landes- und Gemeindesektion (2. Sektion)

§ 7

(1) In die Landes- und Gemeindesektion (2. Sektion) fließen die jährlichen Beiträge des Landes Salzburg und der Gemeinden einschließlich allfälliger Verzugszinsen (Abs 7).

(2) Der Landesbeitrag beträgt 771.615.222 S und der Gemeindebeitrag 514.410.148 S.

(3) Die Beiträge gemäß Abs 2 sind wertgesichert und erstmals 2002 zu erhöhen. Die Prozentzahl der Wertanpassung entspricht der Summe folgender Komponenten:

1. 60% der um zwei Prozentpunkte erhöhten prozentuellen Bezugszerhöhung im Landesdienst für die Dienstklasse V, Gehaltsstufe 2, für das vorangegangene Jahr;

2. 20% der Veränderung des Subindex für Körper- und Gesundheitspflege des Verbraucherpreisindex 1996 (oder eines an seine Stelle tretenden vergleichbaren Index) für den Mai des vorangegangenen Jahres gegenüber jenem für den Mai des zweitvorangegangenen Jahres;
3. 20% der Veränderung der Verbraucherpreise, gemessen am Verbraucherpreisindex 1996 (oder einem an seine Stelle tretenden vergleichbaren Index) für den Mai des vorangegangenen Jahres gegenüber jenem für den Mai des zweitvorangegangenen Jahres.

Die neuen Beträge sind von der Landesregierung im Landesgesetzblatt kundzumachen.

(4) Die von den Gemeinden nach Abs 2 aufzubringenden Mittel werden auf die einzelnen Gemeinden wie folgt verteilt:

1. Zuerst wird die Gesamtsumme in Teilbeträge unterteilt, die den einzelnen Krankenanstalten zugeordnet werden. Diese Unterteilung und Zuordnung erfolgt nach folgenden Prozentsätzen:

Krankenanstalt	Prozentsatz
Krankenhaus der Halleiner Krankenanstalten BetriebsgesmbH	3,18175
Krankenhaus der Marktgemeinde Mittersill	2,24903
Krankenhaus der Stadtgemeinde Oberndorf bei Salzburg	1,38025
Landeskrankenanstalten Salzburg	61,69679
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg	0,98682
Landesnervenklinik Salzburg	19,73518
Landeskrankenhaus St Veit im Pongau	1,82428
Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus in Schwarzach im Pongau	3,02017
Krankenhaus der Marktgemeinde Tamsweg	1,94409
Krankenhaus der Stadtgemeinde Zell am See	3,98164

2. Der daraus sich ergebende Teilbetrag wird zur Hälfte auf die Gemeinden des Beitragsbezirkes und zur Hälfte auf die Gemeinden des Krankenanstaltensprengels der jeweiligen Krankenanstalt aufgeteilt. Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel sind von der Landesregierung durch Verordnung festzulegen. Die Aufteilung auf die einzelnen Gemeinden ist entsprechend ihrer Finanzkraft (§ 12 Abs 4 des Finanzausgleichsgesetzes 2001) vorzunehmen.

(5) Jeweils 25% des Betrages, der gemäß Abs 2 vom Land und gemäß Abs 4 von jeder Gemeinde jährlich zu entrichten ist, sind vierteljährlich zum 15. Februar, 15. Mai, 15. August und 15. November an den Fonds zu überweisen (Fälligkeitszeitpunkte). Die Höhe des auf die Gebietskörperschaft im Beitragsjahr entfallenden Betrages ist dieser vom Fonds bis spätestens zum 15. Jänner bekannt zu geben.

(6) Wird die Höhe eines Betrages von einer Gebietskörperschaft bestritten, kann sie binnen zwei Wochen ab der Zustellung der Bekanntgabe nach Abs 5 bei der Landeskommision schriftlich die Vorschreibung des Betrages

durch Bescheid beantragen. Auf das Verfahren findet das AVG Anwendung. Gegen Entscheidungen der Landeskommission ist kein ordentliches Rechtsmittel zulässig. Im Verfahren zur Beitragsvorsreibung kommt den beitragspflichtigen Gebietskörperschaften Parteistellung nach § 8 AVG zu. Wird ein Beitrag bestritten, sind vorläufig 90% der sich aus der bekannt gegebenen Höhe ergebenden Teilbeträge zu den Fälligkeitszeitpunkten nach Abs 5 zu entrichten. Nach Rechtskraft des Beitragsbescheides ist zum nächstfolgenden Fälligkeitszeitpunkt der Ausgleich zwischen den vorläufig entrichteten und den im Bescheid vorgeschriebenen Teilbeträgen vorzunehmen.

(7) Ab dem Fälligkeitstag sind Verzugszinsen in der Höhe von 4% zu entrichten. Diese Verzugszinsen fließen in die Landes- und Gemeindesektion (2. Sektion).

Ausgleichssektion (3. Sektion)

§ 8

In die Ausgleichssektion (3. Sektion) fließen die Mittel aus folgenden Einnahmequellen:

1. Beiträge des Strukturfonds gemäß Art 12 Abs 4 Z 4 der Vereinbarung;
2. Überweisungen gemäß § 24 Abs 8;
3. allfällige zusätzliche Landes- und Gemeindemittel nach § 24 Abs 9;
4. ein Betrag von 70 Mio S aus den im § 6 Abs 1 genannten Mitteln.

Sozialhilfeträgersektion (4. Sektion)

§ 9

(1) In die Sozialhilfeträgersektion (4. Sektion) fließen Überweisungen des Landes Salzburg als Träger der Sozialhilfe.

(2) Die Höhe der jährlichen Abgeltung für die stationäre Versorgung von Sozialhilfebeziehern in Krankenanstalten ist von der Landesregierung in Form eines Pauschalbetrages durch Verordnung festzulegen. Bei der Festlegung ist ausgehend von den in den Jahren 1997 bis 2000 gewährten Pauschalabgeltungen auf die tatsächliche Inanspruchnahme der stationären Versorgung durch Sozialhilfebezieher (Pflegetage) Bedacht zu nehmen. Der Betrag ist wertgesichert und jährlich bis zur Neufestlegung mit der sich aus § 7 Abs 3 ergebenden Prozentzahl zu erhöhen. Der Pauschalbetrag ist jährlich in vier gleichen Teilbeträgen jeweils zum 25. April, 25. Juli und 25. Oktober des Anspruchsjahres sowie zum 25. Jänner des Folgejahres zu überweisen.

3. Abschnitt

Verwendung der Fondsmittel

1. Unterabschnitt

Verwendung der Mittel der 1. Sektion (Sozialversicherungs- und KRAZAF-Sektion)

Anspruchsberechtigte Krankenanstalten und sonstige Einrichtungen

§ 10

(1) Soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird, sind die Mittel der 1. Sektion zu verwenden für

1. öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in Krankenanstalten für Psychiatrie (§ 2 Abs 1 Z 1 und 2 SKAG);

2. private, gemeinnützige Krankenanstalten, die allgemeine Krankenanstalten nach § 2 Abs 1 Z 1 SKAG sind.

Die Mittel sind nur für jene Krankenanstalten gemäß Z 1 und 2 zu verwenden, die im Jahr 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erhalten haben.

(2) Beiträge für Planungen und Strukturreformen nach § 15 können auch an andere Einrichtungen als Krankenanstalten vergeben werden.

Einteilung in Teilbeträge

§ 11

Die Mittel der 1. Sektion sind entsprechend ihrer Verwendung in folgende Teilbeträge zu unterteilen:

1. Teilbetrag – Abgeltung von Ambulanzleistungen und Nebenkosten;
2. Teilbetrag – Investitionszuschüsse;
3. Teilbetrag – Großgeräteförderung;
4. Teilbetrag – Förderung von Planungen und Strukturreformen;
5. Teilbetrag – Bestimmte Abgeltungen;
6. Teilbetrag – Abgeltung von Stationärleistungen.

Teilbetrag für Ambulanzleistungen und Nebenkosten (1. Teilbetrag)

§ 12

(1) Ein Teilbetrag von 801.676.000 S ist jährlich für die Pauschalabgeltung der Ambulanzleistungen und der Nebenkosten zu verwenden, die von den nach § 10 Abs 1 zuschussberechtigten Krankenanstalten erbracht werden. Der für das jeweilige Jahr gebührende Betrag ist im April jeden Jahres beginnend ab dem Jahr 2001 in dem Ausmaß zu erhöhen, in dem sich die Mittel der 1. Sektion mit Ausnahme der im § 16 Abs 1 genannten Mittel im laufenden Jahr im Vergleich zum letzten Jahr erhöhen. Die im laufenden Jahr der 1. Sektion zufließenden Mittel sind unter Heranziehung des provisorischen Hundertsatzes gemäß Art 13 Abs 2 der Vereinbarung zu berechnen. In jedem Quartal ist jeweils ein Viertel des valorisierten Betrages zu verwenden.

(2) Ambulanzleistungen, die im Zusammenhang mit einer Ausweitung des Leistungsangebotes in einer Krankenanstalt stehen, sind nur abzugelten, wenn

1. gleichzeitig Leistungen in einem mindestens gleichwertigen Umfang eingeschränkt werden und
2. die Landeskommission dieser Ausweitung des Angebotes zugestimmt hat. Die Landeskommission hat bei ihrer Entscheidung das Prinzip der Subsidiarität von Spitalsambulanzleistungen gegenüber den Leistungen im niedergelassenen Bereich und in selbstständigen Ambulatorien sowie allfällige Planungen für den ambulanten Bereich gemäß Art 3 der Vereinbarung zu berücksichtigen.

In diesem Fall erfolgt die Abgeltung für das erweiterte Angebot unter Bedachtnahme auf die Abgeltung

für solche Leistungen in anderen Krankenanstalten höchstens bis zum Betrag der Einsparungen, die durch die gleichzeitig erfolgte Leistungseinschränkung erzielt werden.

(3) Bei wesentlichen Angebotseinschränkungen im Ambulanzbereich hat die Landeskommission den Betrag ge-

maß Abs 1 zu Gunsten des Teilbetrages für Stationärleistungen (§ 17) zu verringern.

(4) Für die Ambulanzleistungen und die anerkannten Nebenkosten erhalten die Krankenanstalten eine pauschale Abgeltung, deren Höhe durch einen Prozentsatz des Gesamtbetrages bestimmt wird:

Krankenanstalt	Prozentsatz:		
	Ambulanzleistungen	Nebenkosten	gesamt
Krankenhaus der Halleiner Krankenanstalten BetriebsgesmbH	1,75080	0,28744	2,03824
Krankenhaus der Marktgemeinde Mittersill	0,85311	0,01760	0,87071
Krankenhaus der Stadtgemeinde Oberndorf bei Salzburg	1,02143	0,05346	1,07489
Landeskrankenanstalten Salzburg	27,72347	29,90007	57,62354
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg	0,28684	1,18226	1,46910
Landesnervenklinik Salzburg	3,12413	10,75163	13,87576
Landeskrankenhaus St Veit im Pongau	0,06040	0,61379	0,67419
Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus in Schwarzach im Pongau	8,64547	5,33900	13,98447
Krankenhaus der Marktgemeinde Tamsweg	2,00153	0,10592	2,10745
Krankenhaus der Stadtgemeinde Zell am See	4,77219	1,50946	6,28165
Summe	50,23937	49,76063	100,00000

Jeweils 25% des daraus sich ergebenden Gesamtbetrages sind bis zum 5. Mai, 5. August und 5. November des Anspruchsjahres und zum 5. Februar des Folgejahres an den Krankenanstaltenträger zu entrichten. Die Landeskommission kann die in der Tabelle enthaltenen Prozentsätze abändern, wenn dies nach Maßgabe allfälliger Planungen für den ambulanten Bereich (Art 3 der Vereinbarung) zur Vermeidung von Ungerechtigkeiten erforderlich ist. Diese Änderung ist so rechtzeitig vorzunehmen, dass sie von den betroffenen Krankenanstaltenträgern bei der Erstellung des Voranschlages berücksichtigt werden kann.

(5) Mittel, die von der Sozialversicherung im Fall eines vertragslosen Zustandes mit niedergelassenen Ärzten zur Abgeltung der vermehrten Inanspruchnahme von Ambulanzleistungen entrichtet werden, sind dem 1. Teilbetrag zuzuordnen und werden gemäß dem Verhältnis der den einzelnen Krankenanstalten für Ambulanzleistungen gewährten Pauschalbeträge (Abs 4) verteilt. Unterscheidet sich die tatsächliche Inanspruchnahme der Ambulanzen wesentlich von diesem Aufteilungsschlüssel, kann die Landeskommission einen geänderten Verteilungsschlüssel festlegen.

Teilbetrag für Investitionszuschüsse (2. Teilbetrag)

§ 13

(1) Für Investitionszuschüsse ist jährlich ein Betrag von 115.916.000 S vorzusehen. Für diesen Teilbetrag sind in erster Linie die dem Fonds quartalsweise oder jährlich zufließenden Mittel zu verwenden. Dieser Betrag ist wertgesichert und ab dem Jahr 2002 jeweils im Ausmaß der Änderung des Verbraucherpreisindex 1996 (oder eines an seine Stelle tretenden vergleichbaren Index) anzupassen.

Maßgeblich ist dabei die Veränderung des Indexwertes für den Mai des vorangegangenen Jahres gegenüber jenem für den Mai des zweitvorangegangenen Jahres.

(2) Aus den gemäß Abs 1 zur Verfügung stehenden Mitteln kann die Landeskommission für folgende Vorhaben Zuschüsse gewähren:

1. Neuinvestitionen über 75.000 € je Vorhaben;
2. Ersatzinvestitionen über 4.000 € je Anlagegut, jedoch nur hinsichtlich des 4.000 € übersteigenden Ausmaßes;
3. Ersatzinvestitionen, Instandsetzungen oder Instandhaltungen, die im Zusammenhang mit Investitionen gemäß Z 1 erforderlich sind;
4. Ersatzinvestitionen betreffend die Datenverarbeitung und Telekommunikation über 4.000 € je Vorhaben, jedoch nur hinsichtlich des 4.000 € übersteigenden Ausmaßes;
5. Instandsetzungen oder Instandhaltungen über 75.000 € je Vorhaben, wenn nach der Gewährung von Zuschüssen für Vorhaben gemäß Z 1 bis 4 noch Mittel im 2. Teilbetrag übrig bleiben.

Mittel des 2. Teilbetrages, die nach der Gewährung von Zuschüssen gemäß Z 5 übrig bleiben, sind dem 6. Teilbetrag (für Stationärleistungen) zuzuführen.

(3) Im Sinn dieser Bestimmung gelten als:

1. Investitionen: Ausgaben für die Anschaffung oder Herstellung von Anlagegütern (§ 16 Abs 1 der Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten);
2. Ersatzinvestitionen: Investitionen, die der Erhaltung der Krankenanstalt dienen. Investitionen, die eine Verbesserung infolge des technischen Fortschritts oder eine Verbesserung der Versorgung der Patienten bewirken, sind nur dann Ersatzinvestitionen, wenn sie lediglich

bereits vorhandene Einrichtungen ersetzen, ohne eine Kapazitätsausweitung oder die Schaffung neuer Abteilungen oder Institute zu bewirken;

3. Neuinvestitionen: Investitionen, die keine Ersatzinvestitionen sind.

(4) Die Landeskommission hat für die Vergabe von Investitionszuschüssen Richtlinien zu beschließen. Bei der Erstellung dieser Richtlinien sind folgende Vorgaben zu beachten:

1. Es dürfen nur Investitionen gefördert werden, die mit dem Österreichischen Krankenanstaltenplan, dem Salzburger Krankenanstaltenplan, dem Großgeräteplan und allfälligen weiteren verbindlichen Plänen übereinstimmen.
2. Die Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit müssen gewahrt werden.
3. Die Förderungswürdigkeit eines Vorhabens ist auch unter dem Gesichtspunkt zu prüfen, dass allgemein eine Verringerung der Überkapazitäten im Stationärbereich angestrebt und Ambulanzleistungen von niedergelassenen Ärzten erbracht werden sollten.
4. Jedenfalls sind nicht förderungswürdig:
 - a) Personalwohnungen und damit im Zusammenhang stehende bauliche Anlagen;
 - b) Ausbildungseinrichtungen, deren Träger nicht der Krankenanstaltenträger ist.
5. Die Höhe des Investitionszuschusses darf höchstens 40% der Gesamtkosten der Investition betragen, bei Ersatzinvestitionen gemäß den Abs 2 Z 2 und 4 jedoch höchstens 40% des Differenzbetrages zwischen den Gesamtkosten der Investition und 3.600 €.
6. Förderungen können nur nach Maßgabe der verfügbaren Mittel gewährt werden.
7. Auf eine wirtschaftliche und wirksame Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist Bedacht zu nehmen.

(5) Förderungsansuchen sind bis spätestens 31. Mai des Jahres, für das ein Zuschuss angestrebt wird, bei der Geschäftsführung des Fonds einzubringen. Über die Gewährung der Förderung hat die Landeskommission bis spätestens 31. Oktober dieses Jahres zu entscheiden.

(6) Der Vorsitzende der Landeskommission und sein Stellvertreter sind ermächtigt, bei unvorhergesehenen Notfällen auf Vorschlag der Geschäftsführung einvernehmlich Investitionszuschüsse für Ersatzinvestitionen im Gesamtausmaß von bis zu 10,5 Mio S zu gewähren. Die Ersatzinvestitionen müssen mit den Vorgaben des Salzburger Krankenanstaltenplanes übereinstimmen. Über die Gewährung solcher Zuschüsse ist der Landeskommission in ihrer nächstfolgenden Sitzung zu berichten.

Teilbetrag für Großgeräteförderung (3. Teilbetrag)

§ 14

(1) Für die Förderung der Anschaffung von medizinisch-technischen Großgeräten sind 11.592.000 S vorzusehen. Dieser Betrag ist wertgesichert und ab dem Jahr 2002 jeweils im Ausmaß der Änderung des Verbraucherpreisindex 1996 (oder eines an seine Stelle tretenden vergleichbaren Index) anzupassen. Maßgeblich ist dabei die Veränderung des Indexwertes für den Mai des vorangegangenen Jahres gegenüber jenem für den Mai des zweitvorangegangenen Jahres. Für diesen Teilbetrag sind in erster Li-

nie die dem Fonds quartalsweise oder jährlich zufließenden Mittel zu verwenden.

(2) Aus den gemäß Abs 1 zur Verfügung stehenden Mitteln kann die Landeskommission für die Neuaufstellung oder Ersatzanschaffung von folgenden Großgeräten Zuschüsse gewähren:

1. Diagnosegeräte:
 - a) Computer-Tomographen,
 - b) Magnetresonanz-Tomographiegeräte,
 - c) digitale Subtraktions-Angiographieanlagen,
 - d) koronarangiographische Arbeitsplätze,
 - e) Emissions-Computer-Tomographiegeräte,
 - f) Positronen-Emissionstomographiegeräte;
2. Therapiegeräte:
 - a) Stoßwellenlithotripter,
 - b) Hochvolttherapiegeräte (Linear- und Kreisbeschleuniger, Tele-Kobalt-Therapiegeräte, Gamma-Knife);
3. weitere Diagnose- und Therapiegeräte, welche die Landeskommission in den von ihr zu erlassenden Richtlinien (Abs 3) bestimmt.

Mittel des 3. Teilbetrages, die nach der Gewährung von Zuschüssen gemäß Z 1 bis 3 übrig bleiben, sind dem 6. Teilbetrag (für Stationärleistungen) zuzuführen.

(3) Die Landeskommission hat für die Vergabe von Großgeräteförderungen Richtlinien zu beschließen. Bei der Erstellung dieser Richtlinien sind folgende Vorgaben zu beachten:

1. Es dürfen nur Vorhaben gefördert werden, die mit dem Österreichischen Krankenanstaltenplan, dem Salzburger Krankenanstaltenplan, dem Großgeräteplan und allfälligen weiteren verbindlichen Plänen übereinstimmen.
2. Die Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit müssen gewahrt werden.
3. Es darf nur die Anschaffung jener Großgeräte gefördert werden, die nicht über eine unbedingt erforderliche apparative Mindestausstattung der jeweiligen Krankenanstalt hinausgehen. Dabei ist vor allem auf die Ausstattung und die Auslastung der anderen Krankenanstalten im Einzugsbereich Bedacht zu nehmen.
4. Bei der Prüfung der Förderungswürdigkeit sind auch die Belastungen durch die Folgekosten aus dem Betrieb der Großgeräte und deren voraussichtliche Finanzierbarkeit mit zu berücksichtigen.
5. Die Höhe des Investitionszuschusses darf im Einzelfall höchstens 70% der Anschaffungskosten betragen.
6. Förderungen können nur nach Maßgabe der verfügbaren Mittel gewährt werden.
7. Auf eine wirtschaftliche und wirksame Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist Bedacht zu nehmen.

(4) Förderungsansuchen sind bis spätestens 31. Mai des Jahres, für das der Zuschuss angestrebt wird, bei der Geschäftsführung des Fonds einzubringen. Über die Gewährung der Förderung hat die Landeskommission bis spätestens 31. Oktober dieses Jahres zu entscheiden.

Teilbetrag für die Förderung von Planungen und Strukturreformen (4. Teilbetrag)

§ 15

(1) Für die Förderung von Planungen und Strukturreformen gemäß Art 20 Abs 2 der Vereinbarung sind

71.657.000 S vorzusehen. Dieser Betrag ist wertgesichert und ab dem Jahr 2002 jeweils im Ausmaß der Änderung des Verbraucherpreisindex 1996 (oder eines an seine Stelle tretenden vergleichbaren Index) anzupassen. Maßgeblich ist dabei die Veränderung des Indexwertes für den Mai des vorangegangenen Jahres gegenüber jenem für den Mai des zweitvorangegangenen Jahres. Für diesen Teilbetrag sind in erster Linie die dem Fonds quartalsweise oder jährlich zufließenden Mittel zu verwenden.

(2) Strukturreformen im Sinn des Abs 1 sind Maßnahmen, die insbesondere zur Entlastung des stationären Akutbereiches in den Krankenanstalten führen. Förderungswürdige Planungen sind solche, die alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung, insbesondere den stationären Bereich, den ambulanten Bereich und den Rehabilitationsbereich, sowie deren Beziehungen zueinander umfassen und regional aufeinander abgestimmt sind. Zur Sicherstellung eines effektiven und effizienten Mitteleinsatzes sollen Ergebnisse der Arbeitsgruppe und der Projektsteuerungsgruppen gemäß Art 20 Abs 4 iVm Art 21 der Vereinbarung berücksichtigt werden.

(3) Die gemäß Abs 1 zur Verfügung stehenden Förderungsmittel sind nach Maßgabe von Richtlinien zu vergeben, die die Landeskommision zu beschließen hat. Bei der Erstellung dieser Richtlinien hat die Landeskommision folgende Vorgaben zu beachten:

1. In Bereichen der Akutversorgung soll ein Abbau der Kapazitäten erzielt werden.
2. Die Schaffung und der Ausbau alternativer Versorgungseinrichtungen und der Ausbau integrierter Versorgungssysteme werden angestrebt.
3. Die Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit müssen gewahrt werden.
4. Förderungen können nur nach Maßgabe der verfügbaren Mittel gewährt werden.
5. Auf eine wirtschaftliche und wirksame Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist Bedacht zu nehmen.
6. Auf die vom Land für die gleichen Ziele allenfalls bereitgestellten Mittel ist Bedacht zu nehmen.
7. Zur Vermeidung finanzieller Probleme für extramurale Einrichtungen ist auf Art und Ausmaß der bisherigen Mittelgewährung Bedacht zu nehmen.

(4) Förderungsansuchen sind bis spätestens 31. Dezember des Jahres, das der Förderungsgewährung vorangeht, bei der Geschäftsführung des Fonds einzubringen. Über die Gewährung der Förderung hat die Landeskommision bis spätestens 30. April des Jahres der Förderungsgewährung zu entscheiden.

Teilbetrag für bestimmte Abteilungen (5. Teilbetrag)

§ 16

(1) In diesen Teilbetrag fließen die Kostenbeiträge gemäß § 62 Abs 1 und 3 SKAG sowie die Mittel gemäß § 6 Abs 1 Z 4 und 6.

(2) Die Kostenbeiträge gemäß § 62 SKAG stehen – soweit gesetzlich nicht anderes bestimmt ist – jeweils jener Krankenanstalt zu, die sie vereinnahmt hat. Unbeschadet ihrer Rechtsnatur als Fondsmittel verbleiben sie bei der vereinnahmenden Krankenanstalt.

(3) Die Mittel gemäß § 6 Abs 1 Z 4 stehen nach Durchführung allfälliger gesetzlich gebotener Abzüge jeweils jener Krankenanstalt zu, die den ausländischen Anspruchsberechtigten versorgt hat. Die über die Gebietskrankenkasse einbringlich gemachten Mittel gelten auch dann als an den Fonds weitergeleitet bzw unmittelbar entrichtet, wenn aus Gründen einfacherer Abwicklung der Zahlungsfluss direkt zwischen der Gebietskrankenkasse und der Krankenanstalt erfolgt. Die im § 6 Abs 1 Z 4 genannten Kostenbeiträge (Kostenanteile) verbleiben unbeschadet ihrer Rechtsnatur als Fondsmittel bei der vereinnahmenden Krankenanstalt.

(4) Die Mittel gemäß § 6 Abs 1 Z 6 stehen jeweils jener Krankenanstalt zu, auf die sich die gewährte Beihilfe bezieht.

(5) Soweit Mittel nach Abs 3 oder 4 kassenmäßig über den Fonds abgewickelt werden, hat der Fonds diese ohne unnötigen Aufschub an die empfangsberechtigte Krankenanstalt weiterzuleiten. Fließen die Mittel nach Abs 3 zweiter Satz direkt der Krankenanstalt zu, sind allfällige gesetzlich gebotene Abzüge durch den Krankenanstalten-träger vorzunehmen, wenn diese Abzüge nicht bereits von Dritten vorgenommen worden sind.

Teilbetrag für Stationärleistungen (6. Teilbetrag)

§ 17

(1) Alle Mittel der Sozialversicherungs- und KRAZAF-Sektion, die nicht nach den §§ 12 bis 16 zu verwenden sind, werden für die Abgeltung der stationären Behandlung jener Patienten verwendet, für die gemäß Art 16 der Vereinbarung Leistungen der Krankenanstalt vom Fonds abzugelten sind. Die stationäre Behandlung von Patienten, die unter Art 32 Abs 2 der Vereinbarung fallen, wird gemäß § 16 abgegolten.

(2) Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, dem Fonds laufende Diagnosen- und Leistungsberichte einschließlich allfällig vorgeschriebener Intensivberichte im Sinn des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen sowie die gemäß § 5 Abs 1 angeforderten zusätzlichen Daten jeweils bis zum 15. des Folgemonats und einen Jahresbericht jeweils bis 28. Februar des Folgejahres zu übermitteln. Monatliche Nachmeldungen mit den darauf folgenden Diagnosen- und Leistungsberichten 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 ein abgelaufenes Kalenderjahr sind spätestens im Jahresbericht vorzunehmen, der bis 28. Februar des Folgejahres zu übermitteln ist.

(3) Die Punktwerte (leistungsorientierte Diagnosefallgruppen-Punkte – LDF-Punkte) sind entsprechend dem gemäß Art 18 der Vereinbarung erstellten leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung(LKF)-Bepunktungsprogramm von der Krankenanstalt zu ermitteln und gemeinsam mit den Daten gemäß Abs 2 zu übermitteln. Eine verspätete, fehlerhafte oder nicht erfolgte Meldung durch eine Krankenanstalt hat ihren Ausschluss von der Mittelverteilung für den betreffenden Zeitraum zur Folge.

(4) Die Mittel gemäß Abs 1 sind auf die zuschussberechtigten Krankenanstalten möglichst umgehend nach ihrem Einlangen beim Fonds entsprechend den gemeldeten Daten und Punktwerten (Abs 2 und 3) zu verteilen. Die Mittel sind zu 75% ohne Gewichtung nach Versorgungsstufen sowie zu 25% gewichtet nach den Versorgungsstufen (Abs 5) zu verteilen.

(5) Bei der Gewichtung nach Versorgungsstufen sind die Punktwerte einer Krankenanstalt mit den folgenden Faktoren zu vervielfachen:

Krankenanstalt:	Multiplikator:
Krankenhaus der Halleiner Krankenanstalten BetriebsgesmbH	1,0
Krankenhaus der Marktgemeinde Mittersill	1,0
Krankenhaus der Stadtgemeinde Oberndorf bei Salzburg	1,0
Landeskrankenanstalten Salzburg	1,6
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg	1,1
Landesnervenklinik Salzburg	1,6
Landeskrankenhaus St Veit im Pongau	0,9
Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus in Schwarzach im Pongau	1,2
Krankenhaus der Marktgemeinde Tamsweg	1,1
Krankenhaus der Stadtgemeinde Zell am See	1,2

Sollte sich die Funktion einer zuschussberechtigten Krankenanstalt ändern, hat die Landeskommision diesem Umstand durch eine der Funktionsänderung entsprechende Änderung des Multiplikators Rechnung zu tragen.

(6) Die Verteilung der jeweils zur Verfügung stehenden Mittel auf die einzelnen Krankenanstalten erfolgt jeweils nach dem Verhältnis der für die Krankenanstalt ermittelten gewichteten und ungewichteten Punktwerte zur Gesamtzahl der für alle zuschussberechtigten Krankenanstalten ermittelten gewichteten und ungewichteten Punktwerte. Jeder Mittelaufteilung sind dabei sämtliche Entlassungsdiagnosemeldungen des laufenden Jahres und sämtliche im laufenden Jahr zu verteilenden Mittel zu Grunde zu legen. Vom auszuzahlenden Betrag sind jene Mittel abzuziehen, die die Krankenanstalt im laufenden Jahr bereits bei vorangegangenen Mittelaufteilungen erhalten hat.

(7) Zum laufenden Jahr im Sinn des Abs 5 zählen auch Diagnosemeldungen, die bis spätestens 15. Jänner des Folgejahres beim Fonds einlangen. Diagnosemeldungen, die nach dem 15. Jänner des Folgejahres eintreffen, aber das Vorjahr betreffen, sowie nach den letztmöglichen Terminen gemäß Abs 2 vorgelegte Nachmeldungen sind in der nach Vorliegen des Jahresdatenbestandes vorzunehmenden Zwischenabrechnung zu berücksichtigen.

(8) Die Verteilung gemäß den Abs 2 bis 7 ist anhand einer jeweils für ein Kalenderjahr vorzunehmenden peri-

odengerechten Abrechnung unter Zugrundelegung aller für dieses Jahr gemeldeten leistungsorientierten Diagnosefallgruppen oder sonst relevanten Parameter auszugleichen. Allfällige Restguthaben und Übergenüsse sind auszugleichen.

(9) Vor der Auszahlung der Mittel an eine Krankenanstalt sind die gemäß § 6 Abs 2 erster, dritter und vierter Satz von den Krankenanstalten gemeldeten oder sonst im Jahresabschluss zu berücksichtigenden Kostenanteile und Kostenbeiträge, nicht jedoch die Kostenbeiträge gemäß § 62 SKAG abzuziehen.

(10) Die Landeskommision kann die im Abs 4 festgelegten Prozentsätze für die Mittelaufteilung zwischen gewichteten und ungewichteten Punktwerten ändern, soweit dies erforderlich ist, um eine angemessene Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsleistungen der zuschussberechtigten Krankenanstalten zu gewährleisten.

(11) Die Träger der Sozialversicherung sind über die sich ergebenden vorläufigen und endgültigen Punktwerte von der Landeskommision laufend zu informieren.

2. Unterabschnitt

Verwendung der Mittel der 2. Sektion (Landes- und Gemeindesektion)

Anspruchsberechtigte Krankenanstalten

§ 18

Die Mittel der 2. Sektion sind für öffentliche Krankenanstalten zu verwenden.

Einteilung in Teilbeträge

§ 19

Die Mittel der 2. Sektion sind entsprechend ihrer Verwendung in folgende Teilbeträge zu unterteilen:

7. Teilbetrag – Verwaltungsaufwand;
8. Teilbetrag – Investitionszuschüsse;
9. Teilbetrag – Stationärleistungen.

Teilbetrag für den Verwaltungsaufwand (7. Teilbetrag)

§ 20

(1) Die Beträge für den Verwaltungsaufwand sind im für die Erfüllung der Fondsaufgaben unbedingt notwendigen Ausmaß möglichst gleichmäßig aus der 2. Sektion zu entnehmen. Sie sind im Voranschlag festzulegen und von der Landeskommision zu genehmigen.

(2) Mit diesem Teilbetrag sind insbesondere folgende Kosten abzudecken:

1. Vorsorge für die Infrastruktur der Fond्सorgane (Personal, Büroräume, Ausstattung und Einrichtung, laufender Aufwand der Fond्सorgane);
2. Entgelte für sonstige Leistungen, wie zB:
 - a) Refundierung der Kosten jenes Personals, das von anderen Stellen zur Verfügung gestellt wird;
 - b) notwendige Kontrollmaßnahmen.

(3) Für diesen Teilbetrag veranschlagte, aber nicht verwendete Mittel sind dem 9. Teilbetrag (Stationärleistungen) zuzuführen.

Teilbetrag für Investitionszuschüsse (8. Teilbetrag)**§ 21**

(1) Für die Förderung von Investitionen sind jährlich 105.378.000 S aus der 2. Sektion vorzusehen. Dieser Betrag ist wertgesichert und erstmals ab dem Jahr 2002 jeweils im Ausmaß der Änderung des Verbraucherpreisindex 1996 oder eines an seine Stelle tretenden vergleichbaren Index anzupassen. Maßgeblich ist dabei die Veränderung des Indexwertes für den Mai des vorangegangenen Jahres gegenüber jenem für den Mai des zweitvorangegangenen Jahres.

(2) Für die Gewährung einer Förderung ist § 13 Abs 2 bis 5 sinngemäß mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

1. Die Höhe des Investitionszuschusses zu Maßnahmen nach § 13 Abs 2 Z 2 bis 5 darf im Einzelfall 52% der Kosten davon, bei solchen Maßnahmen zusammen mit Neuinvestitionen 52% des auf die Maßnahme entfallenden Anteils an den Gesamtkosten der Investition nicht überschreiten. Für Neuinvestitionen wird kein Investitionszuschuss gewährt.
2. Werden für ein Projekt Mittel gemäß § 13 und nach dieser Bestimmung angestrebt, sind beide Förderungen gemeinsam zu beantragen und auch gemeinsam von der Landeskommission zu entscheiden.
3. Bei der Erstellung der Förderungsrichtlinien ist auf die Koordinierung der beiden Förderungsmöglichkeiten Bedacht zu nehmen.
4. Mittel des 8. Teilbetrages, die nach der Gewährung von Investitionszuschüssen im Sinn dieser Bestimmung übrig bleiben, sind dem 9. Teilbetrag (für Stationärleistungen) zuzuführen.

(3) Der Vorsitzende der Landeskommission und sein Stellvertreter sind ermächtigt, bei unvorhergesehenen Notfällen auf Vorschlag der Geschäftsführung einvernehmlich Investitionszuschüsse für Ersatzinvestitionen im Gesamtausmaß von jährlich bis zu 9,5 Mio S zu gewähren. Die Ersatzinvestitionen müssen mit den Vorgaben des Salzburger Krankenanstaltenplanes übereinstimmen. Über die Gewährung solcher Zuschüsse ist der Landeskommission in ihrer nächstfolgenden Sitzung zu berichten.

Teilbetrag für Stationärleistungen (9. Teilbetrag)**§ 22**

(1) Alle Mittel der Landes- und Gemeindesektion, die nicht gemäß den §§ 20 und 21 zu verwenden sind, sind für die Abgeltung der stationären Behandlung jener Patienten zu verwenden, für die gemäß Art 16 der Vereinbarung Leistungen der Krankenanstalt vom Fonds abzugelten sind. Die stationäre Behandlung von Patienten, die unter Art 32 Abs 2 der Vereinbarung fallen, wird gemäß § 16 abgegolten. Mitabgegolten sind damit auch jene Aufwendungen für die Instandsetzung sowie für Neu- und Ersatzinvestitionen, die nicht gemäß den §§ 13 und 21 abzugelten sind.

(2) Für Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie hat die Landeskommission einen angemessenen Abgeltungsbetrag festzulegen, der quartalsweise auszus zahlen ist. Bei der Bemessung des Betrages ist auf folgende Gesichtspunkte Bedacht zu nehmen:

1. das Vorliegen aller erforderlichen Bewilligungen für das Projekt;
2. der Ausschluss dieser Abteilungen von der Verteilung der Mittel der Sozialversicherungs- und KRAZAF-Sektion;
3. die Höhe der Fondsleistungen für psychiatrische Pflegefälle außerhalb von Pflegeabteilungen;
4. die Höhe der erzielbaren Einnahmen.

Der festgelegte Betrag ist unter Anwendung des § 7 Abs 3 wertgesichert.

(3) Die sonst in diesem Teilbetrag zur Verfügung stehenden Mittel werden jeweils vierteljährlich an die Träger von öffentlichen Krankenanstalten vergeben, und zwar

1. zu 40% als Mittel zur Anpassung an die neue Finanzierungsform (Strukturerhaltungsbeiträge) nach Maßgabe des Abs 4 und
2. zu 60% nach Maßgabe der gewichteten LDF-Punkte (§ 17 Abs 3 bis 5).

(4) Die Verteilung der Mittel nach Abs 3 Z 1 auf die einzelnen Krankenanstalten erfolgt in der Weise, dass zunächst Vorwegbeträge gewährt werden, deren Höhe von der Landeskommission nach objektiven Kriterien im Interesse der Vermeidung systemänderungsbedingt starker Einbußen bei den Abgeltungen von Stationärleistungen festzulegen ist. Diese Vorwegbeträge unterliegen bis zu einer neuerlichen Festlegung der Wertsicherung gemäß § 7 Abs 3 und werden vierteljährlich anteilig an die begünstigten Fonds-Krankenanstalten ausbezahlt. Die sodann noch verbleibenden Mittel werden in nachstehendem Verhältnis aufgeteilt:

Krankenanstalt:	Prozentsatz:
Krankenhaus der Halleiner Krankenanstalten BetriebsgesmbH	3,21281
Krankenhaus der Marktgemeinde Mittersill	2,27129
Krankenhaus der Stadtgemeinde Oberndorf bei Salzburg	1,39358
Landeskrankenanstalten Salzburg	62,30937
Landesnervenklinik Salzburg	19,93403
Landeskrankenhaus St Veit im Pongau	1,84293
Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus in Schwarzach im Pongau	3,05426
Krankenhaus der Marktgemeinde Tamsweg	1,96244
Krankenhaus der Stadtgemeinde Zell am See	4,01929

Wenn die Gewährung eines Vorwegbetrages zu einem Systemgewinn im Sinn des § 24 Abs 8 führt, ist dieser im Ausmaß des entstandenen Systemgewinnes zu kürzen und sind die frei werdenden Mittel gemäß den Prozentsätzen der vorstehenden Tabelle zu verteilen.

(5) Die Verteilung der Mittel nach Abs 3 Z 2 erfolgt nach dem Verhältnis des für diese Krankenanstalt ermittelten gewichteten Punktwertes zum landesweit für öffentliche Krankenanstalten ermittelten gewichteten Gesamtpunktwert. Für die Meldung der erforderlichen Daten und Punktwerte gilt § 17 Abs 2 sinngemäß. Eine verspätete, fehlerhafte oder nicht erfolgte Meldung der er-

forderlichen Daten durch eine Krankenanstalt hat ihren Ausschluss von der Mittelverteilung für den betreffenden Zeitraum zur Folge. Der Berechnung sind entsprechend § 17 Abs 6 und 7 jeweils alle Entlassungsdiagnosemeldungen und alle zu vergebenden Mittel zu Grunde zu legen, jedoch mit der Maßgabe, dass zum laufenden Jahr nur Entlassungsdiagnosen zählen, die bis zum 15. November des laufenden Jahres einlangen.

(6) Entlassungsdiagnosen, die erst nach dem 15. November des laufenden Jahres gemeldet werden, sowie nach den letztmöglichen Terminen gemäß § 17 Abs 2 vorgelegte Nachmeldungen sind erst bei der nach Vorliegen des Jahresdatenbestandes vorzunehmenden Zwischenabrechnung zu berücksichtigen.

(7) Die Verteilung der Mittel ist nachträglich anhand einer jeweils für ein Kalenderjahr vorzunehmenden endgültigen periodengerechten Abrechnung unter Zugrundelegung aller in diesem Zeitraum gemeldeten leistungsorientierten Diagnosefallgruppen und sonst relevanten Parameter auszugleichen. Allfällige Restguthaben und Übergenüsse sind auszugleichen.

(8) Die Landeskommission kann unter Bedachtnahme auf

1. eine leistungsorientierte Vergütung unter Berücksichtigung des Krankenanstalten-Typs (unterschiedliche Versorgungsleistung) und
2. die Auswirkungen des neuen Krankenanstaltenfinanzierungssystems auf die einzelnen Träger der zuschussberechtigten Krankenanstalten

die im Abs 3 Z 1 und 2 enthaltenen Prozentsätze ändern. Eine Änderung darf nur so erfolgen, dass der im Abs 3 Z 2 enthaltene Prozentsatz zu Lasten des Prozentsatzes gemäß Abs 3 Z 1 erhöht wird. Der Anteil der abgangsbezogen zu verteilenden Mittel kann – falls erforderlich – zur Gänze entfallen. Weiters kann die Landeskommission die von ihr nach Abs 4 festgelegten Vorwegbeträge ändern und auch Krankenanstalten, denen bislang kein Vorwegbetrag zugekommen ist, einen solchen zuerkennen, wenn dies im Interesse einer zumindest vorläufigen Strukturerhaltung erforderlich ist. Solche Änderungen kommen insbesondere zur Abfederung von Systemänderungen im Kernbereich in Betracht, denen durch Modifikationen des Steuerungsbereiches noch nicht Rechnung getragen worden ist.

3. Unterabschnitt

Verwendung der Mittel der 3. Sektion (Ausgleichssektion)

Anspruchsberechtigte Krankenanstalten

§ 23

Die Mittel der 3. Sektion sind für die Krankenanstalten gemäß § 10 Abs 1 zu verwenden, soweit im § 24 Abs 11 nicht anderes bestimmt ist.

Teilbetrag für Ausgleichsmaßnahmen (10. Teilbetrag)

§ 24

(1) Die Mittel der 3. Sektion sind in folgender Reihenfolge für den Ausgleich der durch die Umstellung der Krankenanstaltenfinanzierung nach 1996 für die Kranken-

anstalten in den Jahren 2001 bis 2004 entstehenden Belastungen zu verwenden:

1. In erster Linie soll getrachtet werden, mit den Mitteln gemäß § 8 Z 1 den Ausgleich im Optimalausmaß nach Abs 4 für alle Krankenanstalten (§ 10) durchzuführen.
2. Sollte damit nicht das Auslangen gefunden werden können, sind die zusätzlichen Mittel gemäß Abs 8 (§ 8 Z 2) auf alle Krankenanstalten (§ 10) zu verteilen.
3. Für den Fall, dass nach Z 1 und 2 nicht der Optimalausgleich nach Abs 4 erreicht werden kann, sind die zusätzlichen Mittel gemäß Abs 9 (§ 8 Z 3) auf öffentliche Krankenanstalten zu verteilen.
4. Kann auch nach Z 1 bis 3 kein Optimalausgleich erzielt werden, sind die Mittel gemäß § 8 Z 4 auf alle Krankenanstalten (§ 10) zu verteilen.

Die Verteilung der Mittel hat jeweils nach den Abs 2 bis 6 zu erfolgen.

(2) Die Mittel werden auf jene Rechtsträger verteilt, deren verbleibender valorisierter Anteil am Betriebsabgang (Abs 3) ihrer Krankenanstalten des Jahres 1995 gemäß § 49 Salzburger Krankenanstaltengesetz 1975, LGBl Nr 97/1975, in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung, und der auf seiner Grundlage erlassenen Verordnungen geringer war als ihr nach diesem Gesetz nach Aufteilung der Mittel der 1., 2. und 4. Sektion verbleibender Finanzierungsanteil am Betriebsabgang. Für öffentliche Krankenanstalten, die erst nach dem 31. Dezember 1995 das Öffentlichkeitsrecht verliehen erhalten haben, sind für die Berechnung nur 8% des Betriebsabganges 1995 anzusetzen.

(3) Die Berechnung des Betriebsabganges ist durch Verordnung der Landesregierung näher zu bestimmen. Jedenfalls sind folgende Vorgaben zu beachten:

1. Ausgaben für Ersatzanschaffungen im Betriebsaufwand und Instandsetzungen oder Instandhaltungen von Baulichkeiten sind in der Bemessungsgrundlage für die Betriebsabgangsermittlung nicht zu berücksichtigen.
2. Für das Jahr 1995 bleiben Einnahmen außer Betracht, die aus den Betriebszuschüssen des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds anteilig auf Ersatzanschaffungen im Betriebsaufwand oder auf Instandsetzungen bzw Instandhaltungen von Baulichkeiten entfallen sind. Für die weiteren Jahre bleiben Einnahmen außer Betracht, die aus dem Fonds an Zuschüssen für Ersatzanschaffungen oder für Instandsetzungen bzw Instandhaltungen von Baulichkeiten gewährt werden.
3. Anstaltsanteile am Arzthonorar gemäß § 64 Abs 5 SKAG sind insoweit nicht als Einnahmen der Krankenanstalt zu berücksichtigen, als sie für Ersatzanschaffungen, Instandsetzungs- oder Instandhaltungsaufwendungen von Baulichkeiten oder Neuinvestitionen verwendet worden sind bzw verwendet werden.
4. Der Betriebsabgang des Jahres 1995 ist für den Vergleich jeweils mit der sich gemäß § 7 Abs 3 ergebenden Prozentzahl zu valorisieren.
5. Ausgaben, die über eine allfällige Budgetvorgabe der Landeskommission hinaus getätigt werden (§ 32 Abs 1 Z 19), bleiben außer Betracht.
6. Auf der Ausgabenseite bleiben jene Beträge außer Betracht, die von der Landeskommission festgelegt werden können, wenn die Krankenanstalt aus Verschulden des Rechtsträgers offenkundig in wesentlichem Ausmaß ihre Versorgungsaufgaben nicht erfüllt hat.

7. Ausgaben für Erweiterungsanschaffungen sowie Zuschüsse und Spenden dafür haben außer Betracht zu bleiben, ebenso Rücklagenbildungen und -auflösungen sowie Zinserträge. Pensionsbeiträge und -lasten sind anzusetzen, ebenso betriebsnotwendige Verwaltungskostenbeiträge. Leistungen für anstaltsfremde Zwecke sind aufwandsneutral darzustellen.

8. Einnahmen aus dem 10. Teilbetrag (Teilbetrag für Ausgleichsmaßnahmen) haben außer Betracht zu bleiben.

9. Die Landeskommission kann beschließen, dass jene Zinsaufwände berücksichtigt werden, die bei einer Krankenanstalt durch eine Änderung im Zahlungsrhythmus der Träger der Sozialversicherung oder durch die geänderte Abgeltung von Leistungen für ausländische Anspruchsberechtigte entstehen. Die Höhe dieser Zinsaufwände ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Zeitverzögerung und eines durchschnittlichen Fremdfinanzierungszinssatzes pauschal zu kalkulieren und von der Landeskommission festzulegen. Sonstige Zinsaufwände haben außer Betracht zu bleiben.

(4) Die Aufteilung der Mittel auf die einzelnen Krankenanstalten erfolgt in der Weise, dass das ermittelte erhöhte Finanzierungserfordernis der Rechtsträger einheitlich bis auf ein bestimmtes Ausmaß jeweils in Prozenten des valorisierten Finanzierungsanteils des Jahres 1995 abgesenkt wird. Die Absenkung darf dabei nur bis zur Höhe des valorisierten Finanzierungsanteils des Jahres 1995 vorgenommen werden (Optimalausgleich).

(5) Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die für die Berechnung der Ausgleichszahlungen notwendigen Daten bis zum 31. März des Folgejahres an den Fonds zu übermitteln. Krankenanstalten, die diese Daten nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig übermitteln, verlieren ihren Anspruch auf Ausgleichsleistungen.

(6) Der Ausgleich ist durch den Fonds spätestens bis zum 31. Oktober vorzunehmen. Nachträgliche Änderungen sind möglichst umgehend unter Aufrechnung mit den laufenden Mittelanweisungen zu berücksichtigen; sie stellen Zu- oder Abgänge des laufenden Kalenderjahres dar.

(7) Die Landeskommission kann beschließen, dass auch schon vor der konkreten Berechnung der Ausgleichszahlungen (Abs 5) Vorauszahlungen geleistet werden. Diese Vorauszahlungen dürfen 50% jenes Betrages nicht übersteigen, der sich im Zeitpunkt der Beschlussfassung der Landeskommission als Ausgleichszahlung an den jeweiligen Rechtsträger abzeichnet. Diese Akontozahlungen sind mit den gemäß Abs 6 zustehenden Ausgleichszahlungen zu verrechnen.

(8) Sollten die Mittel gemäß § 8 Z 1 nicht für einen Optimalausgleich nach Abs 4 ausreichen, sind für das jeweilige Jahr die Überweisungen bei jenen Krankenanstalten zu kürzen, die gemäß dem Ergebnis der Berechnung nach Abs 2 und 3 als Systemgewinner anzusehen sind. Als Systemgewinner gelten jene Krankenanstalten, bei denen der valorisierte Finanzierungsanteil des Rechtsträgers des Jahres 1995 höher gelegen ist als der nach der Aufteilung der Mittel aus der 1., 2. und 4. Sektion verbliebene Finanzierungsanteil am Betriebsabgang des jeweiligen Jahres. Bei diesen Krankenanstalten können die laufenden Überweisungen bis zu einer Höhe von 50% des Differenzbetrages zwischen dem valorisierten Finanzierungsanteil des Jahres 1995 und dem Finanzierungsanteil des laufenden Jahres

zum Zweck der ausreichenden Dotierung der 3. Sektion gekürzt werden. Für öffentliche Krankenanstalten, die erst nach dem 31. Dezember 1995 das Öffentlichkeitsrecht verliehen erhalten haben, ist Abs 2 letzter Satz anzuwenden.

(9) Für den Fall, dass auch nach Abs 8 der Optimalausgleich nach Abs 4 nicht durchgeführt werden kann, sind vom Fonds zusätzliche Beiträge des Landes und der Gemeinden einzuheben, deren Höhe mit der Differenz zwischen den Beitragsleistungen gemäß § 49 Abs 2 lit a und b Salzburger Krankenanstaltengesetz 1975, LGBI Nr 97/1975, in der damals geltenden Fassung, unter Anwendung der Verordnung der Landesregierung LGBI Nr 37/1996 für das Jahr 1996 und den Beträgen gemäß § 7 Abs 2 SAKRAF-Gesetz in der Fassung LGBI Nr 13/1997 begrenzt ist. Bei der Berechnung der zusätzlichen Beitragspflicht sind zunächst die erstgenannten Beitragsleistungen unter sinngemäßer Anwendung des § 7 Abs 3 auf 1997 zu valorisieren, dann ist die Differenz zu den erwähnten Beiträgen gemäß § 7 Abs 2 zu bilden. Der Differenzbetrag ist unter sinngemäßer Anwendung des § 7 Abs 3 für das jeweilige Beitragsjahr anzupassen. Die genaue Beitragshöhe ist von der Landeskommission nach Maßgabe des für einen Ausgleich erforderlichen Ausmaßes festzulegen. Die Beiträge sind jeweils zum 15. Oktober des Jahres einzuheben, das auf das auszugleichende Jahr folgt. Für die Einhebung der Mittel bei den Gebietskörperschaften ist § 7 Abs 4, 6 und 7 anzuwenden.

(10) Sollte auch unter Einbeziehung der Mittel gemäß § 8 Z 2 bis 4 kein Optimalausgleich erreicht werden, ist der Ausgleich für die in Betracht kommenden Rechtsträger in einem geringeren Ausmaß durchzuführen.

(11) Nach erfolgter Ausgleichsleistung verbleibende Mittel der 3. Sektion sind wie folgt zu verwenden:

1. Mittel gemäß § 8 Z 1 sind jeweils für Ausgleichsleistungen des Folgejahres zu verwenden. Allfällige auch im Folgejahr verbleibende Ausgleichsmittel des vergangenen Jahres sind dem 6. Teilbetrag (für Stationärleistungen) zuzuführen.

2. Mittel gemäß § 8 Z 4 sind dem 2. Teilbetrag (für Investitionszuschüsse) zuzuführen.

4. Unterabschnitt

Verwendung der Mittel der 4. Sektion (Sozialhilfeträgersektion)

Anspruchsberechtigte Krankenanstalten

§ 25

Die Mittel der 4. Sektion sind für die Krankenanstalten gemäß § 10 Abs 1 zu verwenden.

Teilbetrag für Stationärleistungen für Sozialhilfeempfänger (11. Teilbetrag)

§ 26

(1) Die Mittel der 4. Sektion werden auf die Krankenanstalten entsprechend der Verfügbarkeit nach Prozentsätzen aufgeteilt, die von der Landesregierung jährlich nach Maßgabe der Inanspruchnahme der stationären Versorgung durch Sozialhilfebezieher (Pflegetage, kostendeckende Pflegegebühren) im vorangegangenen Jahr festzulegen sind. Die Überweisung der Mittel erfolgt vierteljährlich nach Erhalt gemäß § 9 Abs 2.

(2) Mit dem Pauschalbetrag gemäß Abs 1 sind alle Ansprüche der Krankenanstaltenträger für die stationäre Versorgung von Hilfe Suchenden im Rahmen der Krankenhilfe nach dem Salzburger Sozialhilfegesetz abgegolten.

5. Unterabschnitt

Abschöpfung nachhaltiger Einnahmenüberschüsse

Abschöpfung

§ 27

(1) Ein Betriebsüberschuss einer Fondskrankenanstalt ist so weit abzuschöpfen, als er die bereinigten Betriebsabgänge der letzten drei Jahre übersteigt. Bereinigte Betriebsabgänge eines Jahres können dabei jeweils nur einmal mit Betriebsüberschüssen verrechnet werden. Abgeschöpfte Beträge fließen der 1. Sektion zu. Die Möglichkeit der Abschöpfung eines Systemgewinnes nach § 24 Abs 8 bleibt davon unberührt.

(2) Als Betriebsüberschuss im Sinn des Abs 1 gilt ein negativer bereinigter Betriebsabgang im Sinn der Anlage 3 der Statistikverordnung für Fondskrankenanstalten. § 24 Abs 3 Z 9 ist anzuwenden.

4. Abschnitt

Organisatorische Bestimmungen

1. Unterabschnitt

Organe des Fonds

Einteilung

§ 28

Der Fonds hat folgende Organe:

1. die Geschäftsführung,
2. die Landeskommision,
3. den Beirat.

Geschäftsführung

§ 29

(1) Die Geschäftsführung besteht aus einem Geschäftsführer und den erforderlichen Mitarbeitern. Sie hat alle Aufgaben des Fonds wahrzunehmen, die in diesem Gesetz nicht ausdrücklich anderen Fondsorganen zugewiesen sind, und die Beschlüsse der Landeskommision umzusetzen. Weiters hat die Geschäftsführung die Landeskommision und den Beirat bei der Erfüllung der ihnen zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen.

(2) Der Geschäftsführer ist nach öffentlicher Ausschreibung durch die Landeskommision zu bestellen. Die erforderlichen Mitarbeiter werden vom Geschäftsführer mit Zustimmung der Landeskommision angestellt.

Landeskommision, Zusammensetzung

§ 30

(1) Die Landeskommision besteht aus zehn Mitgliedern. Als solche gehören ihr an:

1. aus dem Bereich der Beitragsleister:
 - a) ein Mitglied der Landesregierung als Vorsitzender und zwei weitere Mitglieder der Landesregierung, die von dieser entsendet werden;

b) je ein vom Salzburger Gemeindeverband und von der Landesgruppe Salzburg des Österreichischen Städtebundes zu entsendendes Mitglied;

c) ein durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu entsendendes Mitglied und

d) ein vom Bund zu entsendendes Mitglied oder ein Ersatzmitglied aus dem Kreis der vom Bund zu entsendenden bis zu drei Ersatzmitglieder;

2. aus dem Bereich der Rechtsträger der Krankenanstalten:

a) als Vertreter des Landes ein Bediensteter der landeseigenen Krankenanstalten, der von der Landesregierung entsendet wird;

b) ein Mitglied, das einvernehmlich von jenen Salzburger Gemeinden entsendet wird, die

- selbst Rechtsträger einer öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Krankenanstalt im Land Salzburg sind oder
- eine Beteiligung von mehr als 50% an einer juristischen Person halten, die Trägerin einer öffentlichen bzw privaten gemeinnützigen Krankenanstalt im Land Salzburg ist;

c) ein Mitglied, das einvernehmlich von den sonstigen Rechtsträgern von öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Krankenanstalten im Land Salzburg entsendet wird.

(2) Als Mitglied der Landeskommision darf gemäß Abs 1 Z 1 lit b bis d und Z 2 nur entsendet werden, wer zum Nationalrat wählbar ist.

(3) Ist die Entsendung von Mitgliedern der Landeskommision erforderlich, hat die Geschäftsführung des Fonds die entsendungsberechtigten Institutionen unter Setzung einer angemessenen Frist dazu aufzufordern. Machen diese von ihrem Recht keinen Gebrauch oder kommt das erforderliche Einvernehmen nicht fristgerecht zu Stande, gilt die Landeskommision bis zur nachträglichen Entsendung der fehlenden Mitglieder auch ohne diese als vollständig.

(4) Die Funktion als Mitglied der Landeskommision ist ein unbesoldetes Ehrenamt; das Kollegialorgane-Sitzungsentschädigungsgesetz ist nicht anzuwenden. Sie erlischt

1. durch (einvernehmlichen) Widerruf seitens der entsendungsberechtigten Institution(en) oder
2. durch Wegfall der Voraussetzung gemäß Abs 2.

(5) Jedes Mitglied kann im Fall seiner Verhinderung an der Teilnahme bei einer Sitzung eine andere geeignete Person zu seiner Vertretung bevollmächtigen.

Landeskommision, Geschäftsordnung

§ 31

(1) Den Vorsitz führt das von der Landesregierung zum Vorsitzenden bestimmte Mitglied der Landesregierung. Sein Stellvertreter in der Vorsitzführung wird ebenfalls von der Landesregierung aus dem Kreis der Mitglieder gemäß § 30 Abs 1 Z 1 lit a bestimmt.

(2) Die Einberufung der Landeskommision erfolgt durch den Geschäftsführer. In jedem Jahr haben mindestens zwei Sitzungen stattzufinden. Die Landeskommision ist auch einzuberufen, wenn es der Vorsitzende oder mindestens zwei sonstige Mitglieder verlangen.

(3) Die Landeskommission ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte ihrer Mitglieder, unter ihnen aus dem Bereich der Beitragsleister (§ 30 Abs 1 Z 1) je mindestens ein Landes- und ein Gemeindevertreter, anwesend ist. Beschlüsse werden mit der absoluten Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Dabei stehen den Mitgliedern gemäß § 30 Abs 1 Z 1 lit a jeweils zwei Stimmen und den übrigen Mitgliedern jeweils eine Stimme zu. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden (im Fall der Verhinderung des Stellvertreters) den Ausschlag. Unbeschadet dessen sollten alle Mitglieder auf ein möglichstes Einvernehmen in der Landeskommission hinwirken.

(4) Die Landeskommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Die Geschäftsordnung hat insbesondere vorzusehen, dass

1. die Einberufung der Mitglieder zu einer Sitzung unter Anschluss der Tagesordnung und der erforderlichen Unterlagen spätestens drei Wochen vor der Sitzung nachweislich zu erfolgen hat;
2. Anträge, deren zusätzliche Aufnahme in die Tagesordnung gewünscht wird, von jedem Mitglied der Landeskommission unter Anschluss geeigneter schriftlicher Unterlagen spätestens zehn Tage (Datum des Poststempels) vor der Sitzung an die Landeskommission gestellt werden können;
3. die von der Landeskommission gefassten Beschlüsse ohne unnötigen Aufschub der Strukturkommission zu melden sind, und insbesondere die Beschlüsse gemäß § 32 Abs 1 Z 9 und 10 unmittelbar nach Beschlussfassung mitzuteilen sind;
4. bei schriftlicher Beschlussfassung binnen 14 Tagen abzustimmen ist und
5. Protokolleinwände binnen vier Wochen ab Eingang des Protokolls bei den Mitgliedern und den bei der betreffenden Sitzung anwesenden Ersatzmitgliedern bzw bevollmächtigten Vertretern abgegeben werden können.

(5) Die Landeskommission kann, wenn dies zur Behandlung einzelner Tagesordnungspunkte erforderlich erscheint, Experten beiziehen oder eine Stellungnahme des Beirates einholen.

(6) In der Landeskommission sind den Vertretern des Bundes, des Landes, der Gemeinden und der Sozialversicherung von den beteiligten Finanzierungspartnern auf Verlangen Auskünfte über finanzierungsrelevante oder planungsrelevante Angelegenheiten zu erteilen.

Landeskommission, Aufgaben

§ 32

(1) Die Landeskommission hat folgende Aufgaben:

1. die Genehmigung von Angebotsausweitungen im Ambulanzbereich, die Änderung des Aufteilungsverhältnisses der Mittel aus dem 1. Teilbetrag, die Verringerung der Mittelzuführung zum 1. Teilbetrag zu Gunsten des 6. Teilbetrages und die abweichende Aufteilung zusätzlicher Mittel der Sozialversicherung bei vertragslosem Zustand (§ 12);
2. die Genehmigung von Investitionszuschüssen sowie die Erstellung der Richtlinien für Investitionsförderung (§§ 13 und 21);
3. die Genehmigung von Großgerätezuschüssen sowie die Erstellung der Richtlinien für die Großgeräteförderung (§ 14);

4. die Vergabe der Mittel für Planungen und Strukturreformen sowie die Erstellung von Richtlinien für die Förderung von Planungen und Strukturreformen (§ 15);
5. die Neufestlegung der Multiplikatoren bei Funktionsänderungen von Krankenanstalten (§ 17 Abs 5) sowie die Anpassung des Verhältnisses der Aufteilung der Mittel aus dem 6. Teilbetrag nach ungewichteten und gewichteten Punktwerten (§ 17 Abs 10);
6. die Festlegung von Abgeltungen aus dem 9. Teilbetrag für die Pflegeabteilungen von öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie (§ 22 Abs 2), die Festlegung der Vorwegbeträge (§ 22 Abs 4) und die Änderung der Mittelaufteilung (§ 22 Abs 8);
7. die Festlegung jener Ausgaben, die für einen Ausgleich aus dem 10. Teilbetrag wegen mangelnder Erfüllung von Versorgungsaufgaben nicht zu berücksichtigen sind (§ 24 Abs 3 Z 6);
8. die Festlegung von Punktwerten in dem dem Fonds übertragenen Ausmaß;
9. die Genehmigung des Voranschlages und des Stellenplanes des Fonds (§ 36 Abs 4), insbesondere unter Beachtnahme auf die Angemessenheit des vorgesehenen Verwaltungsaufwandes (§ 20);
10. die Genehmigung des Jahresabschlusses (§ 36 Abs 5);
11. die Analyse der Einweisungs- und Zuweisungspraxis der niedergelassenen Ärzte;
12. die Erstattung von Änderungsvorschlägen zur Mittelaufbringung und -verwendung des Fonds unter Beachtnahme auf die landesspezifischen Leistungs- und Kostenstrukturen und auf das Ziel eines österreichweit einheitlichen Vergütungssystems unter Berücksichtigung des Krankenanstaltentyps;
13. die Mitwirkung an einem mit den Trägern der Sozialversicherung einzurichtenden Konsultationsmechanismus;
14. die Bestellung und Abberufung des Geschäftsführers sowie die Vertretung des Fonds in allen Rechtsbeziehungen zwischen ihm und dem Geschäftsführer;
15. die Handhabung des Sanktionsmechanismus (Abs 2 bis 4);
16. die Schiedsfunktion bei Auslegungsfragen des Salzburger Krankenanstaltenplanes auf Leistungsebene;
17. die Einleitung von Maßnahmen zur Eindämmung von Nebenbeschäftigungen der in Krankenanstalten beschäftigten Ärzte in Form einer Niederlassung in freier Praxis;
18. die Abstimmungen von Leistungen zwischen den Krankenanstalten unter Berücksichtigung des überregionalen Leistungsangebotes;
19. die Empfehlung von Budgetvorgaben an die Träger der nach diesem Gesetz zuschussberechtigten Krankenanstalten;
20. die Festlegung von Vorauszahlungen auf zu erwartende Ausgleichszahlungen (§ 24 Abs 7);
21. die Festlegung der anrechenbaren pauschalen Zinsaufwände (§ 24 Abs 3 Z 9).

(2) Verstößt eine Krankenanstalt in maßgeblichem Ausmaß gegen einvernehmlich zwischen Bund und Ländern festgelegte Planungen (Art 3 Abs 5 iVm Art 29 Abs 2 der Vereinbarung) oder gegen einvernehmlich zwischen Bund und Ländern verbindlich vereinbarte strukturelle Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der systematischen Qualitätsarbeit (Art 6 Abs 4 iVm Art 29 Abs 2

der Vereinbarung), sind von der Landeskommision nachweislich wirksame Maßnahmen zur Herstellung des angestrebten Zustandes zu setzen. Sollte eine zweimalige Aufforderung unter Setzung einer angemessenen Frist und Androhung der Kürzung oder des Entzuges von Finanzierungsmitteln nicht zum gewünschten Erfolg führen, hat die Landeskommision die angedrohte Kürzung oder den angedrohten Entzug unter Berücksichtigung der Aufrechterhaltung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung vorzunehmen. Über das Bestehen allfälliger Ansprüche aus einem solchen Beschluss entscheidet die Schiedskommission (§ 88 SKAG).

(3) Bei nicht ordnungsgemäßer Dokumentation (§ 5 Abs 1 und 2) oder widmungswidriger Verwendung von Investitionszuschüssen (§§ 13 und 21), Großgerätezuschüssen (§ 14) oder Mitteln zur Förderung von Planungen und Strukturreformen (§ 15) oder schwer wiegenden Verstößen gegen die vorgeschriebene Form der Leistungskodierung im Rahmen des leistungsorientierten Finanzierungssystems gilt Abs 2 mit der Maßgabe, dass die Rückzahlung der zweckwidrig eingesetzten oder zu Unrecht erhaltenen Gelder verlangt werden kann.

(4) Gelangt die Landeskommision zur Auffassung, dass bei Einschränkungen des Leistungsangebotes nicht einvernehmlich unter Berücksichtigung der bislang maßgeblichen Vertragslage vorgegangen wurde, hat sie dies den davon finanziell betroffenen Einrichtungen mitzuteilen. Letzteren steht es offen, die Schiedskommission (§ 88 SKAG) anzurufen.

(5) Die Landeskommision hat der Landesregierung jährlich über den Stand und die Gebarung des Fonds zu berichten.

(6) Allgemeine Verlautbarungen der Landeskommision sind in der Salzburger Landes-Zeitung kundzumachen.

Beirat, Zusammensetzung

§ 33

(1) Die Zusammensetzung des Beirates wird durch Verordnung der Landesregierung festgelegt. In der Verordnung ist festzulegen, dass dem Beirat jedenfalls das für Gesundheitsangelegenheiten und das für Landesfinanzen zuständige Mitglied der Landesregierung sowie Vertreter möglichst aller im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen und von Patienten angehören. Mitglied des Beirates darf nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist.

(2) Die Funktion als Mitglied des Beirates ist ein unbeholdetes Ehrenamt; das Kollegialorgane-Sitzungsentschädigungsgesetz ist nicht anzuwenden. Sie erlischt

1. durch (einvernehmlichen) Widerruf seitens der entsendungsberechtigten Institution(en),
2. durch Wegfall einer für die Mitgliedschaft erforderlichen Voraussetzung.

(3) Jedes Mitglied kann im Fall seiner Verhinderung an der Teilnahme bei einer Sitzung eine andere geeignete Person zu seiner Vertretung bevollmächtigen.

Beirat, Geschäftsordnung

§ 34

(1) Den Vorsitz im Beirat führt das für Gesundheitsangelegenheiten zuständige Mitglied der Landesregierung.

Im Verhinderungsfall wird es vom für Landesfinanzen zuständigen Mitglied der Landesregierung vertreten.

(2) Der Geschäftsführer hat alljährlich eine ordentliche Beiratssitzung einzuberufen. Auf Anordnung des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters können zu spezifischen Themenstellungen darüber hinaus noch außerordentliche Beiratssitzungen stattfinden, die ebenfalls vom Geschäftsführer einzuberufen sind.

(3) Nähere Vorschriften über die Einberufung der Sitzungen, deren Ablauf, die Verfassung von Niederschriften usw sind vom Beirat in einer Geschäftsordnung zu regeln.

Beirat, Aufgaben

§ 35

Der Beirat berät die Landeskommision und die Landesregierung in Fragen der Entwicklung des Gesundheitswesens im Land Salzburg, wie insbesondere:

1. bei Maßnahmen zur Eindämmung von Nebenbeschäftigungen der in Krankenanstalten beschäftigten Ärzte, insbesondere in Form einer Niederlassung in freier Praxis;
2. bei Maßnahmen zur Abstimmung von Leistungen zwischen den Krankenanstalten unter Berücksichtigung des überregionalen Leistungsangebotes;
3. bei Maßnahmen zur Anpassung der Mittelaufbringung und -verwendung des Fonds und
4. bei der Einführung geeigneter Lenkungsmaßnahmen, die zu einer Verminderung der Einweisungen in Krankenanstalten führen.

2. Unterabschnitt

Gebahrung des Fonds

Grundsätze der Gebahrung

§ 36

(1) Die Gebahrung des Krankenanstaltenfinanzierungsfonds 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 vier Sektionen und die innerhalb dieser Sektionen bestehenden Teilbeträge sind gebahrungsmäßig jeweils gesondert auszuweisen. Dabei sind die zwischen den Ländern akkordierten und die Vergleichbarkeit gewährleistenden Verrechnungsvorschriften anzuwenden und ist eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel des Fonds vorzunehmen.

(4) Alljährlich sind von der Geschäftsführung ein Vorschlag und ein Stellenplan zu erstellen und der Landeskommision zur Genehmigung vorzulegen.

(5) Nach Ablauf eines Kalenderjahres ist bis spätestens 30. Juni des Folgejahres von der Geschäftsführung ein Jahresabschluss zu erstellen und der Landeskommision zur Genehmigung vorzulegen.

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

(7) Die Zuweisung der zum Ende eines Kalenderjahres vorhandenen Zinserträge (§ 6 Abs 1 Z 7, § 7 Abs 7) hat

ebenso wie die Zuweisung der nicht für besondere Zwecke gewidmeten sonstigen Mittel (§ 6 Abs 1 Z 8) jeweils im Zuge des finanziellen Ausgleiches anlässlich der Zwischenabrechnung nach § 17 Abs 7 und § 22 Abs 6 zu erfolgen.

(8) Zur Überwindung vorübergehender Liquiditätsprobleme bei den Teilbeträgen innerhalb der 1. oder der 2. Sektion können von der Geschäftsführung im Rahmen eines Teilbetrages aktuell nicht benötigte Gelder innerhalb eines Rechnungsjahres zu Gunsten eines anderen Teilbetrages gegen anschließende Wiederauffüllung verwendet werden. Werden Mittel der 3. Sektion nicht aktuell benötigt, können diese unter Bedachtnahme auf deren zeitgerechte Bereitstellung für ihren vorgesehenen Zweck zu Gunsten der Erfordernisse eines Teilbetrages der 1. oder 2. Sektion verwendet werden.

Kontrolle

§ 37

(1) Die Gebarung des Fonds unterliegt der Kontrolle durch den Landesrechnungshof.

(2) Darüber hinaus ist die Geschäftsführung des Fonds ermächtigt, notwendige Kontrollvorkehrungen, insbesondere zur Diagnosenkodierung durch die Krankenanstalten (Qualitätskontrolle) sowie zur Punktebewertung (§ 17 Abs 3, § 32 Abs 1 Z 8) sicherzustellen. Mit diesen Kontrollmaßnahmen können auch Personen beauftragt werden, die nicht in einem Dienstverhältnis zum Fonds stehen. Über das Ergebnis solcher Kontrolltätigkeiten ist der Landeskommision zu berichten.

5. Abschnitt

Schlussbestimmungen

Jahresbericht

§ 38

Die Landesregierung hat dem Landtag jährlich über den Fonds, insbesondere über dessen Gebarung im abgelaufenen Kalenderjahr, zu berichten.

Verweisungen

§ 39

Die in diesem Gesetz enthaltenen Verweisungen auf bundesrechtliche Bestimmungen beziehen sich auf die im Folgenden zitierte Fassung:

1. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 (AVG), zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 29/2000;
2. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl Nr 745/1996, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 5/2001;
3. Datenschutzgesetz 2000, BGBl I Nr 165/1999;
4. Finanzausgleichsgesetz 2001, BGBl I Nr 3/2001;
5. Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz, BGBl Nr 746/1996, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 142/2000;
6. Krankenanstaltengesetz (KAG), BGBl Nr 1/1957, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 5/2001;
7. Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten, BGBl Nr 784/1996;
8. Statistikverordnung für Fondskrankenanstalten, BGBl Nr 785/1996.

Übergangsbestimmungen

§ 40

(1) Bis zum Beschluss der Richtlinien gemäß den §§ 13 Abs 4, 14 Abs 3 und 21 Abs 2 sind die von der Landeskommision beschlossenen Richtlinien für die Vergabe von Investitionszuschüssen und Großgerätezuschüssen in der am 31. Dezember 2000 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(2) Bis zum Beschluss der Richtlinien gemäß § 15 Abs 3 sind die von der Strukturkommission des Bundes beschlossenen Grundsätze für die Vergabe von Strukturmitteln und die Richtlinien für die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung der Strukturmittel in der am 31. Dezember 2000 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(3) Im Jahr 2001 enden die in diesem Gesetz festgelegten Fristen für die Einreichung von Ansuchen oder für die Überweisung von Mitteln erst nach Ablauf eines Monats nach der Kundmachung dieses Gesetzes. Die Frist für Entscheidungen, die auf Grund solcher Ansuchen getroffen werden müssen, endet zwei Monate nach der Kundmachung dieses Gesetzes.

(4) Bis zum Wirksamwerden der Verordnungen gemäß den §§ 9 Abs 2 und 26 Abs 1 dieses Gesetzes sind § 9 Abs 2 und § 25 Abs 1 des SAKRAF-Gesetzes, LGBI Nr 13/1997, in der am 31. Dezember 2000 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(5) Die am 31. Dezember 2000 zu Fondsorganen oder als Mitglieder von Fondsorganen bestellten Personen gelten als solche Organe bzw Mitglieder nach diesem Gesetz.

In- und Außerkrafttreten

§ 41

(1) Die §§ 24 Abs 2, 8 und 9 und 27 Abs 2 treten mit 1. Jänner 1999 in Kraft. Im Übrigen tritt dieses Gesetz am 1. Jänner 2001 in Kraft. Dieses Gesetz tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft. Es ist, abgesehen von der Anordnung des ersten Satzes, nur für Finanzierungszeiträume innerhalb dieses Geltungszeitraumes anzuwenden; für diese Finanzierungszeiträume bleiben die Bestimmungen dieses Gesetzes auch nach Ablauf des 31. Dezember 2004 maßgeblich.

(2) Verordnungen zur Durchführung dieses Gesetzes können mit rückwirkender Kraft erlassen werden. Der Zeitraum der Rückwirkung ist mit dem 1. Jänner 2001 begrenzt.

- (3) Die Verordnungen der Salzburger Landesregierung
1. zur Festlegung der Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel für die öffentlichen Krankenanstalten im Land Salzburg, LGBI Nr 54/1999,
 2. zur Berechnung des Betriebsabganges öffentlicher Krankenanstalten, LGBI Nr 58/1998 in der Fassung der Verordnung LGBI Nr 90/1999 und
 3. über die Zusammensetzung des Beirates des Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds, LGBI Nr 31/1997, in der Fassung der Verordnung LGBI Nr 101/1999

gelten bis zur Erlassung entsprechender Verordnungen auf Grund dieses Gesetzes als gesetzliche Vorschriften weiter.

Artikel II

Das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl Nr 24, in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 46/2001 und der Kundmachung LGBl Nr 20/2001 wird geändert wie folgt:

1. Im § 7 werden folgende Änderungen vorgenommen:

1.1. Im Abs 1 lit a lautet die Z 1:

„1. nach der Anzahl, der Betriebsgröße und der Verkehrslage der im Land Salzburg gelegenen, vergleichbaren gemeinnützigen Krankenanstalten oder sonstigen Krankenanstalten, die Verträge mit Trägern der sozialen Krankenversicherung abgeschlossen haben;“

1.2. Nach Abs 1 wird eingefügt:

„(1a) Die Errichtung von Krankenanstalten, für die nach dem Antrag des Rechtsträgers (§ 8 Z 1a) Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung in Anspruch genommen werden sollen, kann darüber hinaus nur bewilligt werden, wenn der Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot mit den Vorgaben des Salzburger Krankenanstaltenplanes übereinstimmen.“

2. Im § 8 wird nach der Z 1 eingefügt:

„1a. Angaben darüber, ob der Rechtsträger beabsichtigt, Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung in Anspruch zu nehmen;“

3. Im § 10 Abs 1 lautet der zweite Satz: „Bei Krankenanstalten, deren Rechtsträger gemäß § 7 Abs 1a Mittel in Anspruch nehmen wollen, ist ferner entsprechend dem Salzburger Krankenanstaltenplan die höchstzulässige Bettenanzahl festzulegen.“

4. Im § 12 Abs 1 lautet die lit b:

„b) festgestellt ist, dass die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und dass diese und die Betriebsanlage den bau-, feuer-, sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften sowie bei Krankenanstalten, deren Rechtsträger gemäß § 7 Abs 1a Mittel in Anspruch nehmen wollen, und gemäß § 10 Abs 1 des Krankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes 2001 (SAKRAF-Gesetz 2001) anspruchsberechtigten Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten) den Vorgaben des Salzburger Krankenanstaltenplanes entsprechen;“

5. Im § 14 Abs 2 lautet der letzte Satz: „Im Bewilligungsverfahren sind die Vorschriften der §§ 7 bis 10 und 12 sinngemäß anzuwenden; insbesondere können bei Fondskrankenanstalten (§ 10 Abs 1 SAKRAF-Gesetz 2001) nur Veränderungen bewilligt werden, die mit dem Salzburger Krankenanstaltenplan übereinstimmen.“

6. Im § 19 wird angefügt: „Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind ferner unverzüglich der Strukturkommission (§ 59f KAG) zu melden.“

7. Im § 22 Abs 2 wird angefügt: „Wiederbestellungen sind auch ohne vorausgegangene Ausschreibung zulässig.“

8. Im § 35 wird Abs 9 durch folgende Bestimmungen ersetzt:

„(9) Folgenden Personen oder Institutionen sind auf Ersuchen unentgeltlich Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten zu übermitteln:

1. den Gerichten und den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist;
2. den Sozialversicherungsträgern und den ärztlichen Kontrollorganen des Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds (SAKRAF) sowie den von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist;
3. den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten.

An den SAKRAF bzw die von diesem beauftragten Sachverständigen sind Krankengeschichten grundsätzlich nur unter der Aufnahmenummer (ohne Angabe des Namens des Patienten) zu übermitteln. Der Versicherungsträger bzw der SAKRAF hat sicherzustellen, dass gemäß Z 2 übermittelte personenbezogene Gesundheitsdaten ausschließlich von Personen eingesehen werden, die Ärzte sind.

(9a) Versicherungsträgern der privaten Krankenversicherung ist Einblick in die Krankengeschichten ihrer Versicherten zu gewähren, soweit dies mit dem Träger der Krankenanstalt vertraglich vereinbart ist und der Versicherte im Versicherungsvertrag oder gesondert gemäß § 9 Z 6 DSG 2000 zugestimmt hat. Patienten sowie ihren Vertretern ist Einblick in die Krankengeschichte des Patienten zu geben. Auf Wunsch des Patienten soll die Einsichtnahme im Rahmen eines Gespräches mit einem Arzt erfolgen. Gesetzliche Auskunftsverbote wie zB das Verbot der Angabe über die Person des Spenders bei der Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zweck der Transplantation oder des Empfängers solcher Organe oder Organteile gemäß § 62b des Krankenanstaltengesetzes werden dadurch nicht berührt.

(9b) Fondskrankenanstalten (§ 10 Abs 1 SAKRAF-Gesetz 2001) haben dem SAKRAF alle Daten zu übermitteln, die sie gemäß der Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten und der Statistikverordnung für Fondskrankenanstalten dem Landeshauptmann übermitteln müssen. Diese Verpflichtung gilt auch dann als erfüllt, wenn die Krankenanstalt den Landeshauptmann ermächtigt, die ihm zugeleiteten Daten dem SAKRAF zu übermitteln.

(9c) Fondskrankenanstalten haben der Landesregierung alle Daten zu übermitteln, die sie gemäß der Verordnung über die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich dem SAKRAF zu übermitteln haben. Diese Verpflichtung ist auch dann erfüllt, wenn die Krankenanstalt den SAKRAF ermächtigt, die ihm zugeleiteten Daten der Landesregierung zu übermitteln.“

9. Im § 37 werden folgende Änderungen vorgenommen:

9.1. Abs 1 lautet:

„(1) Fondskrankenanstalten unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch den SAKRAF und der Gebärungskontrolle durch den Rechnungshof. Sonstige Kranken-

stalten, die Beiträge zum Betriebsabgang erhalten (§ 70 Abs 2), unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.“

9.2. Im Abs 2 lautet der Einleitungsteil: „Die Rechtsträger von Fondskrankenanstalten haben:“

9.3. Im Abs 2 Z 3 entfällt die Wortfolge „sofern es sich nicht um Krankenanstalten handelt, deren Rechtsträger das Land ist“ und werden die Worte „der Landesregierung“ durch die Worte „dem SAKRAF“ ersetzt.

9.4. Abs 2 Z 4 lautet:

„4. die Verträge nach § 148 Z 10 ASVG bzw nach den §§ 87 und 92 im Einvernehmen mit dem SAKRAF abzuschließen;“

9.5. Im Abs 3 wird die Wortfolge „durch Organe der Landesregierung“ durch die Wortfolge „durch Organe des SAKRAF“ ersetzt.

9.6. Abs 4 lautet:

„(4) Verträge gemäß Abs 2 Z 4 sind vor deren Abschluss dem SAKRAF vorzulegen. Zur Vorlage ist unbeschadet der sich nach Abs 2 Z 4 ergebenden Verpflichtung jeder der Vertragsparteien berechtigt. Das Einvernehmen gilt als hergestellt, wenn der SAKRAF dem Vertragsinhalt nicht innerhalb von zwei Monaten schriftlich widerspricht.“

10. Im § 47 Abs 2 lautet der dritte Satz: „Bei Fondskrankenanstalten (§ 10 Abs 1 SAKRAF-Gesetz 2001) ist das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen durch die Landesregierung von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.“

11. § 59 samt Überschrift lautet:

„Abgeltung der Leistungen der Krankenanstalten

§ 59

(1) Bei Fondskrankenanstalten (§ 10 Abs 1 SAKRAF-Gesetz) werden durch die Leistungen des SAKRAF, den Kostenbeitrag gemäß § 62 und die in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehenen Kostenanteile alle Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse für jene Patienten abgegolten, für die ein Träger der gesetzlichen Sozialversicherung leistungspflichtig ist oder für deren Anstaltsaufenthalt sonst der SAKRAF aufzukommen hat.

(2) Bei Krankenanstalten, die nicht unter Abs 1 fallen, oder für Patienten, die nicht unter Abs 1 fallen, werden alle Leistungen der Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse gemäß § 60 abgegolten.

(3) Mit den Leistungen gemäß Abs 1 sind nicht abgegolten:

1. Leistungen gemäß § 60 Abs 2;
2. Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen;
3. Leistungen, die in einer Liste gemäß Art 16 Abs 3 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung festgelegt sind. Die Liste ist von der Landesregierung durch Kundmachung zu verlautbaren.“

12. § 61 Abs 1 bis 3 lautet:

„(1) Neben den Zahlungen des Krankenanstalten-Finanzierungsfonds oder den Pflegegebühren dürfen folgende Sonderentgelte eingehoben werden:

a) der Ersatz der im § 60 Abs 2 genannten Aufwendungen, soweit sie von der Krankenanstalt getragen werden;

b) der Ersatz des Entgeltes für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme.

(2) Bei Patienten, die gemäß den Bestimmungen des § 53 Abs 4 in die Sonderklasse aufgenommen wurden, können außer den im Abs 1 angeführten Sonderentgelten noch Zuschläge zur Abgeltung durch den SAKRAF oder zur Pflegegebühr als Sondergebühren zur Abdeckung des erhöhten Sach- und Personalaufwandes (Anstaltsgebühr) sowie für die ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen (Arzthonorar) eingehoben werden.

(3) Für die Inanspruchnahme eines Anstaltsambulatoriums in den Fällen des § 50 kann eine Sondergebühr als Behandlungsgebühr eingehoben werden, wenn die Krankenanstalt keine Fondskrankenanstalt (§ 10 Abs 1 SAKRAF-Gesetz 2001) ist oder die Behandlung des Patienten nicht gemäß § 2 Z 1 SAKRAF-Gesetz 2001 durch den Krankenanstalten-Finanzierungsfonds abzugelten ist.“

13. Im § 62 werden folgende Änderungen vorgenommen:

13.1. Im Abs 1 lautet der erste Satz: „Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S je Verpflegstag einzuheben, wenn für deren Anstaltspflege als Sachleistungen entweder Gebührensätze von einem Sozialversicherungsträger oder einer sonstigen Kranken- oder Unfallfürsorgeeinrichtung zur Gänze geleistet werden oder wenn diese durch Leistungen des SAKRAF oder eines vergleichbaren Fonds eines anderen Bundeslandes abgegolten wird.“

13.2. Im Abs 1 wird angefügt:

„f) Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach bundesgesetzlichen Bestimmungen geleistet wird.“

13.3. Im Abs 2 wird nach dem ersten Satz eingefügt: „Ausgangspunkt ist der Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes BGBl Nr 282/1988.“

13.4. Der bisherige Abs 3 erhält die Absatzbezeichnung „(5)“ und wird nach Abs 2 eingefügt:

„(3) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs 1 ist von den dort genannten Patienten ein Beitrag in der Höhe von 20 S je Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf je Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Die Ausnahmebestimmungen des Abs 1 gelten auch für diesen Beitrag. Der Beitrag wird von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Sozialversicherungsträger für den SAKRAF eingehoben.“

(4) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs 1 und zum Beitrag gemäß Abs 3 ist für jeden Verpflegstag, für den ein Kostenbeitrag gemäß Abs 1 eingehoben wird, ein Betrag von 10 S einzuheben. Dieser Betrag wird von den Trägern der Krankenanstalten eingehoben und zur Entschädigung von Schäden, die durch die Behandlung in Fondskrankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist, zur Verfügung gestellt.“

14. Im § 63 Abs 3 lautet der erste Satz: „Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die ermittelten Pflege- und Sondergebühren der Landesregierung und dem SAKRAF bekannt zu geben.“

15. § 64 Abs 1 lautet:

„(1) Für öffentliche Krankenanstalten, die keine Fonds-
krankenanstalten (§ 10 Abs 1 SAKRAF-Gesetz 2001) sind,
und für Patientengruppen, deren Versorgung nicht vom
SAKRAF abzugelten ist, sind Pflegegebühren festzuset-
zen. Die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von
der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Aus-
stattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der
Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemä-
ße und wirtschaftliche Gebarung durch Verordnung fest-
zusetzen. In der Verordnung sind auch die kostendeckend
ermittelten Pflege- und Sondergebühren (§ 63 Abs 3) an-
zugeben. Die Festsetzung der Pflegegebühren hat jeweils
für ein Kalenderjahr zu erfolgen. Die Verordnung kann mit
höchstens dreimonatiger Rückwirkung in Kraft gesetzt
werden. Vor Erlassung der Verordnung ist der Rechtsträ-
ger der Krankenanstalt und bei Fondskrankenanstalten
der SAKRAF zu hören.“

16. § 65 Abs 1 lautet:

„(1) Wenn weder der SAKRAF noch ein Sozialversiche-
rungsträger noch eine Körperschaft öffentlichen Rechtes
ganz oder teilweise für die Anstaltspflege eines Patienten
aufkommt, hat der Patient die Pflege- und Sondergebüh-
ren selbst zu bezahlen, wenn nicht nach Maßgabe des fol-
genden Absatzes eine andere Person für ihn zur Zahlung
verpflichtet ist.“

17. § 68 Z 4 lautet:

„4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf
Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem
Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von
Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvor-
schriften zugeordnet sind; und“

18. § 70 lautet:

„Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel

§ 70

(1) Für Zwecke der Beitragsleistung zum Betriebsab-
gang öffentlicher Krankenanstalten mit Ausnahme der
Fondskrankenanstalten (§ 10 Abs 1 SAKRAF-Gesetz 2001)
hat die Landesregierung durch Verordnung festzusetzen:

- a) die Gemeinden jenes Gebietes, für dessen Bevölkerung
die Krankenanstalt zunächst bestimmt ist, als Beitrags-
bezirk, und
 - b) die Gemeinden des über den Beitragsbezirk hinausge-
henden Einzugsgebietes als Krankenanstaltensprengel.
- (2) Der gesamte Betriebsabgang einer öffentlichen
Krankenanstalt, der sich durch die Betriebs- und Erhal-
tungskosten gegenüber den Einnahmen ergibt, ist zu tra-
gen:

- a) zu 25% vom Land;
- b) zu 25%, und zwar je zur Hälfte, von den Gemeinden
des Beitragsbezirkes und des Krankenanstaltenspreng-
els;
- c) im Übrigen vom Rechtsträger der Krankenanstalt, so-
weit dieser Anteil nicht durch Zuschüsse, die nach der
Verordnung über die Berechnung des Betriebsabgan-
ges nicht als Einnahmen der Krankenanstalt anzusehen
sind, gedeckt ist.

Zur Berechnung des Betriebsabganges hat die Landesre-
gierung durch Verordnung nähere Bestimmungen zu er-
lassen, wobei folgende Grundsätze zu beachten sind:

Ausgaben für Erweiterungsanschaffungen sowie Zu-
schüsse und Spenden dafür haben außer Betracht zu blei-
ben, ebenso Rücklagenbildungen und -auflösungen so-
wie Zinsaufwände und -erträge. Pensionsbeiträge und
-lasten sind anzusetzen. Betriebsnotwendige Verwal-
tungskostenbeiträge sind anzuerkennen. Leistungen für
anstaltsfremde Zwecke sind aufwandsneutral darzustel-
len.

(3) Der nach Abs 2 von den Gemeinden zu tragende
Teil des Betriebsabganges der öffentlichen Krankenanstal-
ten wird auf diese entsprechend ihrer Finanzkraft (§ 10
Abs 4 des Finanzausgleichsgesetzes 1997) aufgeteilt. Das
Nähere ist von der Landesregierung durch Verordnung zu
regeln.“

19. Im § 82 werden folgende Änderungen vorgenom-
men:

19.1. Die Überschrift lautet: „Beziehungen zu Fonds-
krankenanstalten“.

19.2. Die Abs 1 und 2 lauten:

„(1) Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, die
von Versicherungsträgern (§ 90) eingewiesenen Erkrank-
ten und die gemäß § 66 B-KUVG anspruchsberechtigten
Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzuneh-
men.

(2) Die Erkrankten können auf ihren Wunsch auch in
die Sonderklasse aufgenommen werden. Sie sind jedoch,
soweit sich nicht aus dem zwischen dem Versicherungs-
träger und dem Rechtsträger der Krankenanstalt abge-
schlossenen Vertrag etwas anderes ergibt, verpflichtet, die
Sondergebühren aus eigenem zu tragen.“

20. Die §§ 83 bis 89 lauten:

„Einhebung von Kostenbeiträgen

§ 83

Kostenbeiträge bei Anstaltspflege, die in Sozialversiche-
rungsgesetzen vorgesehen sind (§ 447f Abs 7 ASVG), sind
von der Fondskrankenanstalt für Rechnung des SAKRAF
einzuhoben.

Informationsrechte

§ 84

(1) Den Versicherungsträgern stehen ohne Einschaltung
des SAKRAF folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträ-
ger der Fondskrankenanstalt zu:

1. das Recht, in alle den Krankheitsfall betreffenden Un-
terlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte,
Röntgenaufnahmen, Befunde) Einsicht zu nehmen so-
wie durch einen beauftragten Facharzt den Erkrankten
in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser un-
tersuchen zu lassen;
2. das Recht, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten;
3. das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen zu erhalten,
auf Grund derer Zahlungen des SAKRAF oder einer an-
deren Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abge-
rechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und
Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versichertenzu-
ständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten). Dieses
Recht umfasst auch die auf Grund sonstiger Rechtsvor-
schriften von der Krankenanstalt zu führenden entspre-
chenden Statistiken. Ferner das Recht auf Übermittlung

von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems (§ 17 Abs 3 SAKRAF-Gesetz 2001). Diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw Daten nicht in angemessener Frist vom SAKRAF zur Verfügung gestellt werden.

Der Versicherungsträger hat sicherzustellen, dass personenbezogene Gesundheitsdaten nur von Personen eingesehen werden können, die Ärzte sind.

(2) Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern ist spätestens ab dem 1. Jänner 1998 elektronisch vorzunehmen, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit einheitlich sind.

(3) Der Versicherungsträger hat im Vorhinein unter Einhaltung einer angemessenen Frist den Termin für eine Einsichtnahme in die Unterlagen der Krankenanstalt bzw für die Untersuchung des Erkrankten mit dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt zu vereinbaren.

(4) Die Einsichtnahme in die Unterlagen der Krankenanstalt bzw die Untersuchung des Erkrankten hat in den von der Krankenanstalt dafür bestimmten Räumen und im Beisein des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt oder des von ihm bestimmten Vertreters zu erfolgen. Das Recht der Versicherungsträger, nach § 35 Abs 7 Z 2 Abschriften von Krankengeschichten zu verlangen, wird dadurch nicht berührt.

Ausschluss sonstiger Gegenleistungsansprüche

§ 85

Weder der Rechtsträger der Fondskrankenanstalt noch der SAKRAF haben gegenüber dem Patienten, dem Versicherten oder den für ihn unterhaltspflichtigen Personen, soweit in den §§ 59, 60 und 61 nicht anderes bestimmt ist, einen Anspruch auf Gegenleistungen.

Stellung des SAKRAF als Versicherungsträger

§ 86

Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Fondskrankenanstalten und in jenen Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Leistungen gemäß § 17 SAKRAF-Gesetz 2001 gegenüber den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten betreffen, gilt der SAKRAF als Versicherungsträger. Handlungen, die den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, kann der SAKRAF rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

Pflegegebühren für Befundaufnahme oder Begutachtung; Verträge zwischen Krankenanstaltenträgern und Sozialversicherungsträgern

§ 87

(1) In den Fällen der Befundaufnahme oder Begutachtung gemäß § 54 Abs 3 sind von den Trägern der Sozialversicherung Pflegegebühren in der festgelegten Höhe zu entrichten.

(2) Ansonsten werden die Beziehungen zwischen Krankenanstaltenträgern und Versicherungsträgern durch pri-

vatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge, ausgenommen Vereinbarungen über Leistungen im Sinn des § 59 Abs 1 zweiter Satz B-KUVG, sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Hauptverband genannt) im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dem SAKRAF andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form. Ansprüche auf Zahlungen können in solchen Verträgen nur in den Fällen des § 59 Abs 3 begründet werden.

Schiedskommission

§ 88

(1) Beim Amt der Landesregierung wird eine Schiedskommission eingerichtet, die zur Entscheidung in folgenden Angelegenheiten zuständig ist:

1. Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen jenen Trägern öffentlicher Krankenanstalten, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bereits bestanden haben, aber keine Fondskrankenanstalten (§ 10 Abs 1 SAKRAF-Gesetz 2001) sind, und dem Hauptverband;
2. Entscheidung über Streitigkeiten aus Verträgen, die zwischen den Trägern der Fondskrankenanstalten (§ 10 Abs 1 SAKRAF-Gesetz 2001) und dem Hauptverband (oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossen worden sind, einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem SAKRAF;
3. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und dem SAKRAF über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung;
4. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus gemäß § 32 Abs 2 bis 4 SAKRAF-Gesetz 2001 gründen.

(2) Der Schiedskommission gehören folgende, auf vier Jahre entsendete Mitglieder an:

1. ein Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des Oberlandesgerichtes Linz gehörenden Gerichte, der vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Linz entsendet wird, als Vorsitzender;
2. ein Mitglied, das vom Hauptverband entsendet wird;
3. ein Landesbediensteter aus dem Kreis der Bediensteten des Aktivstandes, der von der Landesregierung entsendet wird;
4. ein Mitglied, das vom Hauptverband aus dem Kreis der Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder entsendet wird;
5. ein Mitglied, das von der Landesregierung aus dem Kreis der Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder entsendet wird. Dieses Mitglied wird, wenn die Entscheidung einen bestimmten Krankenanstaltenträger unmittelbar betrifft, durch ein vom betroffenen Krankenanstaltenträger aus demselben Personenkreis entsendetes Mitglied ersetzt.

(3) Für jedes Mitglied der Schiedskommission ist ein Ersatzmitglied zu entsenden.

(4) Eine Entscheidung der Schiedskommission kommt rechtsgültig zu Stande, wenn sämtliche Mitglieder anwesend sind und sich die Mehrheit für diese Entscheidung ausgesprochen hat. Die Entscheidungen der Schiedskommission unterliegen nicht der Aufhebung oder Abänderung im Verwaltungsweg. Die Geschäftsstelle der Schiedskommission ist das Amt der Landesregierung. Im Übrigen finden auf das Verfahren der Schiedskommission die Vorschriften des AVG Anwendung.

(5) Der Antrag auf Entscheidung kann gestellt werden:

1. in Fällen des Abs 1 Z 1 vom Träger der betroffenen Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband;
2. in Fällen des Abs 1 Z 2 und 3 von jedem der Streitparteien sowie
3. in Fällen des Abs 1 Z 4 von jedem, der Ansprüche aus dem Sanktionsmechanismus erhebt.

(6) Strittige Punkte gemäß Abs 1 Z 1 und 2 sind unter Bedachtnahme auf einvernehmliche Regelungen in früheren Verträgen zu entscheiden, es sei denn, dass besondere und wichtige Gründe eine abweichende Regelung erfordern.

Beziehungen zu anderen Krankenanstalten

§ 89

Die Beziehungen der Versicherungsträger zu anderen Krankenanstalten, die keine Fondskrankenanstalten (§ 10 Abs 1 SAKRAF-Gesetz 2001) sind, werden durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen und insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde) und die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser enthalten muss. Diese Verträge sind der Landesregierung binnen vier Wochen nach ihrem Abschluss zur Kenntnis zu bringen.“

21. § 92 lautet:

„Verträge mit Trägern von Krankenfürsorgeeinrichtungen

§ 92

(1) Die Beziehungen zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten (§ 10 Abs 1 SAKRAF-Gesetz 2001) zu den Körperschaften des öffentlichen Rechts als Träger einer Krankenfürsorgeeinrichtung, insbesondere das Ausmaß der von der Krankenfürsorgeeinrichtung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren, sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln.

(2) Gemäß Abs 1 abgeschlossene Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(3) Genehmigungspflichtige Verträge sind binnen zwei Wochen nach Abschluss der Landesregierung vorzulegen; die Vorlage durch einen der Vertragspartner ist ausreichend. Die Genehmigung nach Abs 2 gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht binnen zwei Monaten, gerechnet vom Zeitpunkt der Vorlage, die Genehmigung schriftlich versagt. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn der Vertrag gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt oder mit der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltspflege oder mit den Grundsätzen einer geordneten Wirtschaftsführung und Gebarung der Krankenanstalt unvereinbar ist.

(4) Das Einsichts- und Informationsrecht nach § 84 Abs 1 gilt sinngemäß.“

22. Im § 96 erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung „(1)“ und wird angefügt:

„(2) Die §§ 7 Abs 1 und 1a, 8 Z 1a, 10 Abs 1, 12 Abs 1, 14 Abs 2, 19, 35 Abs 9 bis 9c, 37 Abs 1, 2, 3 und 4, 47 Abs 2, 59, 61 Abs 1 bis 3, 62, 63 Abs 3, 64 Abs 1, 65 Abs 1, 68 Z 4, 70, 82 Abs 1 und 2, 83 bis 89 und 92 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 63/2001 treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft. § 22 Abs 2 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 63/2001 tritt mit dem auf die Kundmachung dieses Gesetzes folgenden Tag in Kraft.“

Schreiner
Schausberger

Die Landesgesetzblätter sind zu beziehen beim Landespressebüro,
Amt der Salzburger Landesregierung, Postfach 527, 5010 Salzburg, Telefon 0 66 2/80 42-20 47, Fax 0 66 2/80 42-21 61.
Bezugspreis im Jahresabonnement öS 550,-/€ 39,97

Die auf der ersten Seite dieses Stückes im Inhaltsverzeichnis bei den Gesetzen enthaltenen Angaben beziehen sich auf die Gesetzesmaterialien dazu (RV = Regierungsvorlage, AB = Ausschussbericht). Sie können von der Landtagskanzlei, Postfach 527, 5010 Salzburg, Telefon 0 66 2/80 42-24 43, Fax 0 66 2/80 42-29 10, zum Selbstkostenpreis bezogen werden.
