

Beilage Nr. 11 /1989

PrZ 1746/89

(PrZ 2680/89)

G e s e t z e n t w u r f

Gesetz vom mit dem das Wiener Krankenanstalten-
gesetz 1987 geändert wird

Der Wiener Landtag hat in Ausführung der grundsätzlichen Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 745/1988, beschlossen:

Artikel I

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. für Wien Nr. 23/1987, in der Fassung der Gesetze LGBl. für Wien Nr. 19/1988 und Nr. 22/1988 wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 3 Z 6 lautet:

"6. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;"

2. § 2 lit. b lautet:

"b) Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, sowie Einrichtungen der betriebsärztlichen Betreuung gemäß § 22 des Arbeitnehmerschutzgesetzes, BGBl. Nr. 234/1972, iDF BGBl. Nr. 544/1982;"

3. § 3 Abs. 1 lit. a und b lautet:

"(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zu-
mindest für:

1. Chirurgie,

2. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

3. Innere Medizin und

4. Kinderheilkunde;

wenn ein Facharzt für Kinderheilkunde als ständiger Konsiliar-
arzt für die Betreuung von Neugeborenen und für die Behand-
lung von Krankheiten des Kindesalters verpflichtet wird, kann
eine bettenführende Abteilung für Kinderheilkunde entfallen;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; andere fachärztliche Betreuung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert sein;

b) Schwerpunktkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Augenheilkunde,
2. Chirurgie,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatologie,
4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
5. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
6. Innere Medizin,
7. Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie,
8. Neurologie und Psychiatrie,
9. Orthopädie,
10. Unfallchirurgie und
11. Urologie;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, für Intensivpflege und für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden; andere fachärztliche Behandlung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als ständige Konsiliarärzte gesichert sein; schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden;"

4. § 4 Abs. 2 lit. a lautet:

"a) der Bedarf gegeben ist, der im Hinblick auf den angegebenen Anstaltszweck (§ 1 Abs. 3) unter Beachtung der Höchstgrenzen der systemisierten Betten nach den Verordnungen gemäß § 5 a Abs. 1 und 4 sowie nach der Anzahl und Betriebsgröße der in angemessner Entfernung gelegenen gleichartigen oder ähnlichen Krankenanstalten

und nach der Verkehrslage zu beurteilen ist, wobei bei selbständigen Ambulanzien auch auf die Anzahl der in angemessener Entfernung niedergelassenen Fachärzte Bedacht zu nehmen ist;"

5. § 5 Abs. 2 lautet:

"(2) Im Bewilligungsverfahren zur Errichtung oder zum Betrieb von Ambulanzien eines Krankenversicherungsträgers haben die öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte und bei Zahnambulanzien auch die der Dentisten Parteistellung im Sinne des § 8 AVG 1950 und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
- c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

Im übrigen haben die berührten gesetzlichen beruflichen Interessenvertretungen die Stellung eines Beteiligten."

6. Nach § 5 ist folgender § 5 a einzufügen:

"§ 5 a

(1) Die Höchstgrenzen für die Zahl der systemisierten Betten, ausgenommen die Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, sind durch Verordnung der Landesregierung für folgende Krankenanstalten festzusetzen:

- a) Öffentliche, allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten,
- b) private, gemeinnützige, allgemeine Krankenanstalten und private, gemeinnützige Sonderkrankenanstalten, ausgenommen solche des Bundes und der Träger der Sozialversicherung, und

c) private, nicht gemeinnützige, allgemeine Krankenanstalten, private, nicht gemeinnützige Sonderkrankenanstalten und Sanatorien.

(2) Die Höchstgrenzen der in öffentlichen, allgemeinen Krankenanstalten, in öffentlichen Sonderkrankenanstalten und in privaten, gemeinnützigen, allgemeinen Krankenanstalten systemisierten Betten, ausgenommen die Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, sind so festzusetzen, daß die Zahl von 13.811 nicht überschritten wird. Zur Deckung eines dringenden Bedarfes darf diese Zahl um höchstens 2 v.H. überschritten werden.

(3) Nicht zu den systemisierten Betten im Sinne der Abs. 1 und 2 zählen solche, die als Funktionsbetten oder ausschließlich als Betten für Begleitpersonen vorgesehen sind. Funktionsbetten sind jedenfalls Dialysebetten, postoperative Aufwachbetten oder Betten, die zur Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen für Patienten während einer Anstaltsbetreuung vorübergehend oder für ambulante Patienten verwendet werden.

(4) Die nach Abs. 2 festgesetzten Höchstgrenzen der systemisierten Betten sind durch Verordnung der Landesregierung prozentuell nach der Zentralversorgungsfunktion und der sonstigen Versorgungsfunktion (Schwerpunkt- und Standardversorgung) aufzuteilen. Dabei ist auch der Prozentsatz jener systemisierten Betten, die für Patienten mit ordentlichem Wohnsitz außerhalb Wiens vorgesehen sind, getrennt nach ihrer Versorgungsfunktion festzusetzen. Weiters sind die nach Abs. 2 systemisierten Betten nach medizinischen Fachrichtungen aufzuteilen.

(5) Die in der Verordnung nach Abs. 4 erfolgten Aufteilungen und Festsetzungen von systemisierten Betten sind jährlich im nachhinein auf Grund der tatsächlichen Inanspruchnahme von stationären Krankenanstaltsleistungen zu überprüfen und bei Bedarfsänderung unter Beachtung der Höchstgrenzen entsprechend neu festzusetzen.

(6) Die Rechtsträger der Krankenanstalten nach den Abs. 1 und 2 haben jährlich bis zum 31. März für das vorhergehende Jahr die Anzahl der stationären Aufnahmen und die Anzahl der Pflegetage je Abteilung, getrennt nach Patienten, die ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben, und solchen, die ihren ordentlichen Wohnsitz nicht in Wien haben, der Landesregierung schriftlich zu melden."

7. § 7 Abs. 2 lautet:

"(2) Eine wesentliche Veränderung einer Krankenanstalt bedarf der Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber ist der § 4 sinngemäß anzuwenden. Die dem Bewilligungsbescheid entsprechend geänderte Anlage der Krankenanstalt darf in Betrieb genommen werden, doch ist darüber spätestens gleichzeitig mit der Inbetriebnahme vom Rechtsträger der Krankenanstalt bei der Landesregierung unter Angabe des Zeitpunktes der Inbetriebnahme die Anzeige zu erstatten. Dies gilt auch für selbständige Ambulatorien (§ 1 Abs. 3 Z 7) der Sozialversicherungsträger. Bei wesentlichen Veränderungen von anderen Krankenanstalten der Sozialversicherungsträger ist § 6 sinngemäß anzuwenden."

8. § 10 Abs. 1 lit. a lautet:

"a) Die Aufgaben, welche die Krankenanstalt nach ihrem besonderen Anstaltszweck (§ 1 Abs. 3) erfüllen soll, und die Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in allgemeine Gebührenklasse und Sonderklasse, in Abteilungen für Akutkranke und neben diesen Abteilungen auch in zusätzliche Abteilungen für Langzeitbehandlung oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranke und für die Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;"

9. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:

"§ 12a

(1) In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten, die als Universitätskliniken oder als Klinische Institute in Klinische Abteilungen gegliedert sind, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß § 12 Abs. 2 mit der Führung der Abteilung bzw. sonstigen Organisationseinheit betrauten Arzt, sondern dem Leiter der Klinischen Abteilung zu.

(2) In Gemeinsamen Einrichtungen von Kliniken und Instituten an Medizinischen Fakultäten, zu deren Aufgaben auch die Erbringung ärztlicher Leistungen gehört, kommt die Verantwortung für diese ärztlichen Aufgaben dem Vorstand der Gemeinsamen Einrichtung zu."

10. Nach § 15 wird folgender § 15 a eingefügt:

"§ 15 a

Kommission

(1) In einer Krankenanstalt, an der klinische Prüfungen von Arzneimitteln durchgeführt werden (§§ 28 bis 48 Arzneimittelgesetz, BGBl. Nr. 185/1983), ist mindestens eine Kommission einzurichten, welche die Durchführung dieser Prüfungen in der Krankenanstalt aus ethischer Sicht beurteilt.

(2) Die Kommission besteht aus

1. zwei zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Ärzten aus verschiedenen Sonderfächern der Krankenanstalt, die weder ärztlicher Leiter (§ 12 Abs. 3) noch Prüfungsleiter (§ 32 Abs. 1 Arzneimittelgesetz) sind und durch die Abteilungsvorstände (Institutsvorstände usw.) der Krankenanstalt zu bestellen sind,

2. einem Vertreter des Krankenpflegefachdienstes der Krankenanstalt, der durch den Leiter des Pflegedienstes der Krankenanstalt zu bestellen ist,
3. einem Vertreter des Rechtsträgers der Krankenanstalt,
4. einer mit der Seelsorge in Krankenanstalten betrauten Person, die einvernehmlich von den in der Krankenanstalt seelsorgerisch tätigen Personen aus ihrem Kreis zu bestellen ist,
5. dem Leiter der Anstaltsapotheke der Krankenanstalt oder dem Leiter der die Krankenanstalt beliefernden Apotheke oder dem Konziliarpotheker und
6. einer von der Personalvertretung zu bestellenden Person.

(3) Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen. Das Mitglied nach Abs. 2 Z 5 hat ein Ersatzmitglied zahlfhaft zu machen.

(4) Ist die Kommission erstmalig an einer Krankenanstalt einzurichten, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt die Bestellung der Mitglieder (Ersatzmitglieder) zu veranlassen. Das für die Kommission bestellte Mitglied des Vertreters des Rechtsträgers der Krankenanstalt hat die Kommission zu ihrer konstituierenden Sitzung einzuberufen und diese bis zur Wahl des Vorsitzenden zu leiten.

(5) Die Kommission wählt einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter.

(6) Dem Vorsitzenden obliegt die Führung der laufenden Geschäfte und die Vorbereitung der Sitzungen der Kommission. Der Vorsitzende eröffnet, leitet und schließt die Sitzungen und handhabt die Sitzungsordnung. Für den Fall seiner Verhinderung obliegen diese Aufgaben dem Stellvertreter.

(7) Scheidet ein Mitglied (Ersatzmitglied) aus, ist an seiner Stelle ein anderes Mitglied (Ersatzmitglied) zu bestellen.

(8) Die Kommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben.

(9) Der Prüfungsleiter (§ 32 Abs. 1 Arzneimittelgesetz) ist verpflichtet, dem Vorsitzenden die Durchführung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln anzuzeigen. Er hat bei der Anzeige sämtliche Unterlagen und Informationen zu geben, die eine Beurteilung möglich machen. Falls er zu Beratungen der Kommission eingeladen wird, ist er verpflichtet, dieser Einladung Folge zu leisten.

(10) Die Kommission hat innerhalb von zwei Monaten nach Einlangen der Anzeige beim Vorsitzenden eine Beurteilung abzugeben.

(11) Über jede Sitzung ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt und dem Prüfungsleiter zur Kenntnis zu bringen und gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen unter sinngemäßer Anwendung des § 17 Abs. 2 aufzubewahren."

11. § 16 Abs. 1 erster Satz lautet:

"(1) Für die in Krankenanstalten beschäftigten Personen sowie für die Mitglieder von Kommissionen gemäß § 15 a besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist."

12. § 17 Abs. 1 letzter Satz hat zu entfallen.

13. § 17 Abs. 2 bis 4 lauten:

"(2) Krankengeschichten und Operationsniederschriften sind bei ihrem Abschluß vom behandelnden Arzt, der für ihren Inhalt verantwortlich ist, und vom Abteilungsleiter zu unterfertigen. Der Teil der Niederschrift über die Entnahme von Organen und Organteilen, der sich mit der Feststellung des Todes befaßt, ist von dem den Tod feststellenden Arzt und der Teil dieser Niederschrift,

der sich mit der Entnahme befaßt, von dem die Entnahme durchführenden Arzt zu unterfertigen. Die Krankengeschichten (Abs. 1 lit. a bis d) sind während der Behandlungsdauer so zu verwahren, daß sie durch unbefugte Personen nicht eingesehen werden können. Nach ihrem Abschluß sind Krankengeschichten von der Krankenanstalt mindestens 30 Jahre, von einem Ambulatorium mindestens 10 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung, so aufzubewahren, daß ein Mißbrauch ausgeschlossen ist. Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

(3) Bei Auflösung der Krankenanstalt sind die Krankengeschichten der Landesregierung zu übermitteln. Nach Ablauf der Aufbewahrungs- dauer können die Krankengeschichten vernichtet werden.

(4) Abschriften von Krankengeschichten und von ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten sind von den Krankenanstalten den Gerichten sowie den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, kostenlos zu übermitteln. Das Vorliegen des öffentlichen Interesses ist bei Anforderung einer Krankengeschichte anzuführen. Ferner sind den Sozialversicherungsträgern sowie den einweisenden oder behandelnden Ärzten über Anforderung kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspatienten zu übermitteln. Soweit dies für die Erfüllung ihrer vertraglichen Pflichten und zur Antragsprüfung notwendig ist, sind sonstigen Versicherungsunternehmen Abschriften von Krankengeschichten ihrer Versicherten gegen Kostenerstattung zu übermitteln, wenn und soweit dies mit dem Rechts-träger der Krankenanstalt vereinbart ist und der Versicherte im Versicherungsvertrag oder gesondert zugestimmt hat."

14. Die bisherigen Abs. 4 bis 6 des § 17 sind als Abs. 5 bis 7 zu bezeichnen; im Abs. 6 ist die Zitierung "Abs. 1 bis 4" durch "Abs. 1 bis 5" zu ersetzen.

15. § 25 Abs. 2 lautet:

"(2) Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt bei Vorliegen eines Bedarfes zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege (§ 30 Abs. 1) von der Landesregierung verliehen werden, wenn sie gemeinnützig ist, die Erfüllung der ihr nach diesem Gesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und wenn sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird. Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft, so hat der Rechtsträger überdies nachzuweisen, daß er über die für den gesicherten Bestand der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt."

16. § 26 lit. d lautet:

"d) für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für die Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgebend ist;"

17. Im letzten Satz des § 29 ist der Klammerausdruck "(§ 43 Abs. 2)" durch "(§ 50 Abs. 2)" zu ersetzen.

18. § 30 Abs. 1 lautet:

"(1) Das Land Wien ist verpflichtet, Anstaltspflege für Personen, die Wiener Landesbürger sind oder als Fremde ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben, sofern sie anstaltshöfichtig sind oder sich einem operativen Eingriff unterziehen, in der allgemeinen Gebührenklasse entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Das Land Wien ist außerdem verpflichtet, Anstaltspflege für unabsehbare Kranke (§ 36 Abs. 4) auf dieselbe Weise sicherzustellen."

19. § 30 Abs. 3 hat zu entfallen.

20. § 32 Abs. 4 lautet:

"(4) Patienten der Sonderklasse sind von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse räumlich getrennt unterzubringen. Ausnahmen sind aus medizinischen Gründen zulässig. Die Sonderklasse hat durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen."

21. § 34 Abs. 4 lautet:

"(4) Öffentliche Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, haben Konsiliarapotheker zu bestellen, wenn durch die beliefernde Apotheke die Erfüllung der im Abs. 5 genannten Aufgaben nicht gewährleistet ist. Zum Konsiliarapotheker darf nur ein Magister der Pharmazie bestellt werden, der die Berechtigung zur Ausübung der fachlichen Tätigkeit im Apothekenbetrieb nach erfolgter praktischer Ausbildung erlangt hat und zumindest im Überwiegenden Ausmaß in einer inländischen Apotheke tätig und in der Lage ist, die im Abs. 5 genannten Aufgaben zu erfüllen. Die Bestellung bedarf der Genehmigung der Landesregierung

22. § 35 Abs. 4 lautet:

"(4) Die Bewerbungsgesuche sind dem Landessanitätsrat zur Erstattung eines Gutachtens über die fachliche Befähigung, die Befähigung zur Leitung und die Reihung der Bewerber vorzulegen."

23. § 36 lautet:

"(1) Patienten können nur durch die Anstaltsleitung auf Grund der Untersuchung durch den hiezu bestimmten Anstalsarzt aufgenommen werden. Bei der Aufnahme ist auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen Bedacht zu nehmen.

(2) Die Aufnahme von Patienten in öffentlichen Krankenanstalten ist auf Personen beschränkt, die Wiener Landesbürger sind oder als Fremde ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben, soferne

sie anstaltsbedürftig sind oder sich einem operativen Eingriff unterziehen. Unabwicbare Kranke müssen jedenfalls in Anstaltpflege genommen werden, auch wenn sie ihren ordentlichen Wohnsitz nicht in Wien haben.

(3) Anstaltsbedürftig sind Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltpflege erfordert, sowie Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist.

(4) Unabweisbar sind Personen, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Ferner sind Personen, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden, als unabweisbar anzusehen.

(5) Ist die Aufnahme eines unabweisbaren Kranken in die allgemeine Gebührenklasse wegen Platzmangels nicht möglich, hat ihn die Krankenanstalt ohne Verrechnung von Mehrkosten so lange in die Sonderklasse aufzunehmen, bis der Platzmangel in der allgemeinen Gebührenklasse behoben ist und der Zustand des Kranken die Verlegung zuläßt.

(6) Für die Aufnahme von Personen, die ihren ordentlichen Wohnsitz in einem anderen Bundesland haben, in einer öffentlichen Krankenanstalt gilt, abgesehen von Abs. 2, letzter Satz, folgendes:

a) Anstaltsbedürftige Personen und Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, sind in der allgemeinen Gebührenklasse aufzunehmen, wenn sie eine Kostenübernahmeverklärung über den Behandlungsbeitrag (§ 51a) des Bundeslandes vorweisen, in dem sie ihren ordentlichen Wohnsitz haben, oder wenn dieses Bundesland nach den, dem § 30 Abs. 1 dieses Gesetzes entsprechenden jeweiligen landesgesetzlichen Vorschriften eine Vereinbarung mit dem Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt abgeschlossen hat.

b) Liegen die Voraussetzungen nach lit. a nicht vor, können anstaltsbedürftige Personen und Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, aufgenommen werden, wenn dadurch die Versorgung von Patienten, die Wiener Landesbürger sind oder als Fremde ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben, nicht gefährdet wird.

(7) Krankenanstalten sind, soweit die Voraussetzungen nach den Abs. 1 bis 6 gegeben sind, verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Patienten aufzunehmen.

(8) Unbedingt notwendige Erste ärztliche Hilfe darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden."

24. § 38 Abs. 2 lautet:

"(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Arztbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen zu enthalten hat. Dieser Arztbrief ist nach Entscheidung des Patienten diesem, dem einweisenden oder dem weiterbehandelnden Arzt zu übermitteln."

25. Die bisherigen Abs. 2 bis 4 des § 38 sind als Abs. 3 bis 5 zu bezeichnen.

26. § 38 Abs. 5 lautet:

"(5) Kann der Patient nicht sich selbst überlassen werden und ist seine Unterbringung nicht anderweitig sichergestellt, so ist der Sozialhilfeträger rechtzeitig vor der Entlassung zu verständigen."

27. § 42 Abs. 3 lautet:

"(3) Für die Untersuchung und Behandlung, insbesondere nach Abs. 1 lit. c und d sowie Abs. 2, gelten die §§ 36, 51 und 51a sinngemäß."

28. Die bisherigen Abs. 3 und 4 des § 42 sind als Abs. 4 und 5 zu bezeichnen.

29. § 44 Abs. 1 lautet:

"(1) Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 4 und des § 46a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten. Die Bestimmungen der §§ 51 und 51a bleiben davon unberührt."

30. Der letzte Satz des § 44a entfällt.

31. § 45 Abs. 2 lautet:

"(2) Für die Inanspruchnahme der Sonderklasse (Abs. 1 lit. a) ist vom Patienten eine Anstaltsgebühr zu entrichten. Die Anstaltsgebühr ist von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die von der Krankenanstalt erbrachten Leistungen in der Sonderklasse festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen."

32. § 45 Abs. 3 lautet:

"(8) Ein anderes als das in den §§ 44, 44 a und in den vorstehenden Bestimmungen der Abs. 1 bis 6 vorgesehene Entgelt darf, unbeschadet der Bestimmungen der §§ 46 a, 47 und 51, von Patienten oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden."

33. § 46 § Abs. 1 lautet:

"(1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltpflege Pflegegebührenersätze zur Gänze (kein Selbstbehalt) durch einen Sozialversicherungsträger oder durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG) getragen werden, ist durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Tag, für den Pflegegebührenersätze zu entrichten sind, einzuheben. Dieser Betrag darf pro Patient für höchstens 28 Tage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden."

34. § 47 Abs. 1 lit. c lautet:

"c) Außer den gemäß lit. b vom Versicherungsträger bezahlten Pflegegebührenersätzen, dem vom Versicherten für Angehörige zu entrichtenden Kostenbeitrag und dem Kostenbeitrag gemäß § 46a dürfen vom Versicherungsträger und vom Versicherten keine weiteren Entgelte verlangt werden. Die im § 44 Abs. 4 angeführten Leistungen bleiben davon unberührt."

35. § 48 lautet:

"(1) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren sind in den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 36 Abs. 3 2. Halbsatz in voller Höhe zu entrichten. Diese Pflegegebühren sind sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 4 vH über der jeweiligen Bankrate zu entrichten.

(2) Das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung sonst an die Rechtsträger der Krankenanstalt zu entrichtenden Pflegegebührenersätze - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe - und allfälligen Sondergebühren (§ 45 Abs. 1) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebührenersätze zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des § 49 Abs. 1, wird durch privatrechtliche Verträge geregelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung. Pflegegebührenersätze und Sondergebühren sind binnen sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 4 vH über der jeweiligen Bankrate zu entrichten.

(3) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührenersätze nach Abs. 2 erhöhen sich für Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher

Übereinkommen über Soziale Sicherheit einer Gebietskrankenkasse zur Betreuung zugewiesen werden und die in einer Krankenanstalt betreut werden, deren Rechtsträger im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBI. Nr. 281/1988, zuschußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Pflegetag eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltpflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Pflegetage in zuschußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahres als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen. Für die Fälligkeit und Verzinsung gilt Abs. 2.

(4) Die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührenersätze sind mit jedem 1. Jänner, erstmals mit 1. Jänner 1988, im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung der Beitragseinnahmen aller Krankenversicherungsträger vom Vorjahr auf das laufende Jahr zu erhöhen. Die jeweils neu berechneten Pflegegebührenersätze sind auf volle Schilling zu runden.

(5) Von den Beitragseinnahmen eines Kalenderjahres ist vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses zunächst jener Beitrag abzuziehen, den die Krankenversicherungsträger gemäß § 447 f ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten gesondert bereitzustellen haben. Ferner haben bei Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 4 jene Beitragseinnahmen außer Betracht zu bleiben, die sich ab 1. Jänner 1988 aus Änderungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Betrag gesetzlich zweckgebunden ist.

(6) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) angehörenden Krankenversicherungsträger sind den Beitragseinnahmen des zuletzt vorangegangenen Kalenderjahres unter Berücksichtigung des Abs. 5 gegenüberzustellen. Als Beitragseinnahmen gelten alle Beiträge für Pflichtversicherte und für freiwillig Versicherte, die nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit und Soziales über die Rechnungslegung als Beitragseinnahmen in Betracht kommen, in der Krankenversicherung der Bauern einschließlich des Bundesbeitrages; maßgebend sind die in den Erfolgsrechnungen der Krankenversicherungsträger ausgewiesenen Beträge. Der Erhöhungsprozentsatz ist vom Hauptverband auf zwei Dezimalstellen zu runden und bedarf der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales.

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

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

(9) Die von den Krankenversicherungsträgern und vom Hauptverband zur Durchführung der Regelung gemäß Abs. 4 bis 8 erstellten Unterlagen und Berechnungen sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales zu überprüfen.

(10) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband andererseits aus einem gemäß Abs. 2 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet die Schiedskommission (§ 50). Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitteile gestellt werden."

36. Im ersten Satz des § 49 Abs. 1 ist der Begriff "§ 48 Abs. 1" durch "§ 48 Abs. 2" zu ersetzen; im ersten Satz des § 49 Abs. 3 ist der Klammerausdruck "(§ 48 Abs. 1, § 49 Abs. 2)" durch "(§ 48 Abs. 2, § 49 Abs. 2)" zu ersetzen.

37. § 49 Abs. 4 und 5 lauten:

"(4) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze nach Abs. 1 ist die Schiedskommission an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgesetzten Erhöhungssätze gemäß § 48 Abs. 4 bis 9 gebunden. Für Krankenanstalten, für die bis zum 31.12.1987 noch keine Verträge über das Ausmaß der zu entrichtenden Pflegegebührenersätze bestehen, sind die zu entrichtenden Pflegegebührenersätze so zu bestimmen, daß sie 80vH der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse nicht übersteigen und 60vH dieser Pflegegebühren nicht unterschreiten. Innerhalb dieses Rahmens sind die Pflegegebührenersätze unter Bedachtnahme darauf zu bestimmen, welche Einrichtungen und Ausstattungen die betreffende Krankenanstalt besitzt, welcher Kostenaufwand mit der Einstellung und dem Betrieb von besonders aufwendigen Einrichtungen verbunden ist und wieweit die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger gegeben ist.

(5) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Sondergebühren (§ 48 Abs. 2), so darf das Ausmaß 70 vH der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Sondergebühren nicht unterschreiten, wobei das Ausmaß der Sondergebühren unter Bedachtnahme auf die Einrichtungen und Ausstattungen der betreffenden Krankenanstalt, auf die Kosten der für die Untersuchung oder Behandlung notwendigen besonders aufwendigen Einrichtungen und auf die von den Sozialversicherungsträgern an andere Personen und Institutionen für gleichartige Leistungen zu entrichtenden Entgelte festzusetzen ist. Über Antrag einer Partei hat die Festsetzung des Ausmaßes der Sondergebühren in Bauschbeträgen zu erfolgen, die nach den durchschnittlich pro Patient anfallenden Gesamtkosten aller ambulanten Untersuchungen und Behandlungen zu ermitteln sind und mindestens 70 vH dieser durchschnittlichen Kosten zu betragen haben; von der Festsetzung in Bauschbeträgen sind besonders kostenintensive Untersuchungen und Behandlungen ausgenommen."

38. § 50 Abs. 1 lautet:

"(1) Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten, die sich zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits aus einem gemäß § 48 geschlossenen Vertrag ergeben, sowie zur Entscheidung gemäß § 49 Abs. 1 ist eine Schiedskommission berufen."

39. § 51 lautet:

"(1) Die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die sich nicht seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten haben und welche die voraussichtlichen Pflegegebühren (Sondergebühren) bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, wird auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 36 Abs. 4) beschränkt.

(2) Die Landesregierung kann durch Verordnung vorsehen, daß bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der Pflegegebühren (Sondergebühren) die tatsächlich erwachsenen Untersuchungs- und Behandlungskosten zu bezahlen sind. Die tatsächlichen Untersuchungs- und Behandlungskosten umfassen jedenfalls die Pflegegebühren (Sondergebühren) einschließlich der mit Verordnung der Landesregierung festzusetzenden anteiligen Auslagen, die sich durch die Errichtung, die Umgestaltung oder die Erweiterung der Krankenanstalt ergeben, insbesondere Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen. Abweichend davon kann für kostenintensive Untersuchungs- und Behandlungsfälle die Landesregierung mit Verordnung als tatsächliche Untersuchungs- und Behandlungskosten die für die jeweiligen Leistungen durchschnittlich erwachsenen Kosten einschließlich der anteiligen Auslagen, die sich durch die Errichtung, die Umgestaltung oder die Erweiterung der Krankenanstalt ergeben, insbesondere Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen, festsetzen.

(3) Die Bestimmungen der Abs. 1 und 2 gelten nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 36 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind.
2. Flüchtlinge im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes, BGBI. Nr. 126/1968, idF BGBI. Nr. 796/1974 über die Aufenthaltsberechtigung von Flüchtlingen im Sinne der Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, BGBI. Nr. 55/1955,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten, und
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.

(4) Für die im Abs. 2 festgesetzten Untersuchungs- und Behandlungskosten finden die Bestimmungen des § 46 Abs. 3 und der §§ 52 bis 54 sinngemäß Anwendung."

40. Nach § 51 ist folgender § 51a einzufügen:

"§ 51a

(1) Für Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, die ihren ordentlichen Wohnsitz nicht in Wien haben, ist von jenem Bundesland, in dem der Patient seinen ordentlichen Wohnsitz hat, ein Behandlungsbeitrag zu leisten, falls dieses Bundesland mit dem Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt keine Vereinbarung (§ 36 Abs. 6 lit. a) geschlossen hat.

(2) Der Behandlungsbeitrag ist der Differenzbetrag zwischen den tatsächlichen Untersuchungs- und Behandlungskosten im Sinne des § 51 Abs. 2 und den vom Patienten bzw. dem Sozialversicherungssträger oder einem Dritten auf Grund gesetzlicher Vorschriften zu leistenden Beträgen. Dieser Differenzbetrag ist durch Verordnung der Landesregierung festzusetzen, wobei allfällige Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln in Durchschnittssätzen zu berücksichtigen sind.

(3) Für die Entrichtung und Einbringung des Behandlungsbeitrages gelten die Vorschriften der §§ 53 und 54 sinngemäß."

41. § 52 lautet:

"(1) Zur Bezahlung der Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge ist der Patient, im Falle der Einweisung gemäß § 36 Abs. 4, letzter Satz, der Rechtsträger der Behörde verpflichtet. Soweit eine andere physische oder juristische Person auf Grund gesetzlicher Vorschriften Ersatz zu leisten hat, haftet diese im Rahmen ihrer Ersatzverpflichtung mit dem Patienten zur ungeteilten Hand. Ist der Patient sozialversichert, ist er zur Bezahlung der Pflege- und Sondergebühren nur soweit verpflichtet, als der Sozialversicherungsträger auf Grund des ASVG, anderer Gesetze bzw. von Verträgen dem Rechtsträger der Krankenanstalt keinen Ersatz leistet.

(2) Zur Bezahlung der Pflegegebühren (Sondergebühren) für eine Begleitperson (§ 37 Abs. 2) ist die Begleitperson verpflichtet.

(3) Für die Einbringung der Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge gelten die Vorschriften des § 54."

42. § 53 Abs. 2 und 3 lauten:

"(2) Wenn ein Patient, seine unterhaltpflichtigen Angehörigen, der Versicherte (§ 47 Abs. 1 lit. b) oder die Begleitperson (§ 37 Abs. 2) zur Zahlung verpflichtet sind, dürfen die Pflegegebühren, die Sondergebühren sowie die Kostenbeiträge für die voraussichtliche Pflegedauer, höchstens jedoch für jeweils 28 Tage, vom Zahlungspflichtigen im vorhinein eingehoben werden.

(3) Die Pflege- und Sondergebühren sowie die Kostenbeiträge für die in einer angegliederten Krankenanstalt untergebrachten Patienten oder Begleitpersonen (§ 37 Abs. 2) sind von der Hauptanstalt (§ 33) einzubringen."

43. § 54 Abs. 1 und 2 lauten:

"(1) Die Pflege- und Sondergebühren sowie Kostenbeiträge sind mit dem Entlassungstag des Patienten, dem Tag der jeweiligen Ambulatoriumsbehandlung oder am letzten Tag des Aufenthaltes einer Begleitperson (§ 37 Abs. 2) abzurechnen; der Zahlungspflichtige ist unverzüglich gemäß Abs. 2 zur Zahlung der Pflege- und Sondergebühren sowie Kostenbeiträge aufzufordern. Bei länger dauernder Pflege kann die Abrechnung auch mit dem letzten Tag jedes Pflegetrags erfolgen. Die Gebühren und Beiträge sind mit dem Tag der Aufforderung fällig. Nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag können gesetzliche Verzugszinsen verrechnet werden.

(2) Zur Einbringung der Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge ist eine Zahlungsaufforderung auszufertigen.

In dieser Zahlungsaufforderung ist anzuführen:

- a) Die Dauer der Krankenanstaltspflege,
- b) die Dauer des Aufenthaltes der Begleitperson,
- c) die Höhe der täglichen Pflegegebühr,
- d) die Höhe des täglichen Kostenbeitrages,
- e) die Höhe der aufgelaufenen Pflegegebühren,
- f) die Höhe der aufgelaufenen Kostenbeiträge,
- g) die Höhe der aufgelaufenen Sondergebühren,
- h) die geleisteten Teilzahlungen,
- i) die Höhe der aushaftenden Gebühren und Beiträge,
- j) der Hinweis auf die Fälligkeit der Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge und auf die Verzugszinsen (Abs. 1),
- k) die Belehrung über das Recht, Einwendungen zu erheben."

44. § 55 lautet:

"Die Sozialhilfeträger sind berechtigt, bezüglich jener Patienten, für deren Kosten sie aufzukommen haben, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt, wie Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, Einsticht zu nehmen und den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen oder ein ärztliches Gutachten einzuholen, aus dem die Notwendigkeit und die voraussichtliche Dauer der Pflege hervorgeht. Geht daraus hervor, daß der Patient nicht mehr anstaltsbedürftig ist, kann der Sozialhilfeträger begehrn, daß der Patient gemäß § 38 Abs. 1 sofort entlassen wird."

45. § 56 Abs. 1 lautet:

"(1) Für alle öffentlichen Krankenanstalten, die für die Versorgung von Patienten mit ordentlichem Wohnsitz in Wien zunächst bestimmt sind, ist das Gebiet des Bundeslandes Wien Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel zugleich."

46. Nach § 56 Abs. 2 ist folgender Abs. 3 anzufügen:

"(3) Der Erwittlung des Betriebsabganges nach Abs. 2 ist jener Betriebs- und Erhaltungsaufwand nicht zugrunde zu legen, der auf stationäre Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse und auf ambulante Leistungen einschließlich Gesundenuntersuchungen an Personen entfällt, die ihren ordentlichen Wohnsitz in einem anderen Bundesland haben; gleiches gilt für die für diese Leistungen gebührenden Erträge bzw. Einnahmen."

47. § 57 Abs. 2 lautet:

"(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht, die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die entsprechenden Anträge sind sechs Monate vorher einzubringen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn dagegen keine schwerwiegenden öffentlichen Interessen bestehen. Wenn die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, ist das Bundeskanzleramt von der Sachlage durch die Landesregierung in Kenntnis zu setzen."

48. § 57 Abs. 3 hat zu entfallen.

49. § 60 lautet:

"Für den Betrieb öffentlicher psychiatrischer Krankenanstalten gelten die Bestimmungen der §§ 25 bis 27, der §§ 30 bis 37, der §§ 39 bis 56 und des § 65."

50. § 62 lautet:

"Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des I. Abschnittes (§§ 1 bis 24). Von den Bestimmungen des II. Abschnittes (§§ 25 bis 60) sind auf private Krankenanstalten folgende anzuwenden:

a) Leichenöffnungen dürfen nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen und nur dann, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist, vorgenommen werden; über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift nach den Vorschriften des § 40 Abs. 3 und 4 aufzunehmen und zu verwahren;

- b) für die Beurteilung der Gemeinnützigkeit gelten die Vorschriften des § 26;
- c) unbedingt notwendige Erste ärztliche Hilfe darf auch in privaten Krankenanstalten niemandem verweigert werden;
- d) für die Ausstellung des Arztbriefes gelten die Vorschriften des § 38 Abs. 2;
- e) Anstaltsambulatoren können nur für die im § 42 Abs. 1 angeführten Untersuchungen oder Behandlungen betrieben werden und bedürfen der Genehmigung der Landesregierung; in diesen kann auch die Vorsorgeuntersuchung gemäß § 42 Abs. 2 ambulant durchgeführt werden, jedoch ist die Aufnahme dieser Tätigkeit der Landesregierung anzuseien; in Anstaltsambulatoren von Sozialversicherungsträgern dürfen Versicherte und deren anspruchsberechtigte Angehörige ohne Rücksicht auf die Bestimmungen des § 42 Abs. 1 behandelt werden;
- f) für die Ermittlung der Pflege- und Sondergebühren gelten § 44 und § 45 Abs. 1, 4 und 7, hinsichtlich ihrer Fälligkeit und Verzinsung § 54 Abs. 1 vorletzter und letzter Satz;
- g) für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme kann ein Sonderentgelt berechnet werden;
- h) selbständige Ambulatoren haben die freiwillige Betriebsunterbrechung oder ihre Auflassung vorher der Landesregierung anzuseien;
- i) für die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung von Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 18 Abs. 5) unterliegen, gelten die Vorschriften des § 57 Abs. 2; ansonsten haben bettenführende Krankenanstalten eine freiwillige Betriebsunterbrechung oder ihre Auflassung sechs Monate vorher der Landesregierung anzuseien;

j) auf gemeinnützige private Krankenanstalten (§ 26) ist die Vorschrift des § 46 Abs. 3 erster Satz sinngemäß anzuwenden; die Feststellung der Gemeinnützigkeit sowie der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit der Einrichtungen einer privaten Krankenanstalt obliegt der Landesregierung;

k) § 46a auf gemeinnützige Krankenanstalten, hinsichtlich der Fälligkeit und Verzinsung der Kostenbeiträge § 54 Abs. 1 vorletzter und letzter Satz;

l) der § 34 mit der Maßgabe, daß Krankenanstalten, deren Betrieb die Erzielung eines Gewinnes bezweckt, die Arzneimittel aus einer inländischen öffentlichen Apotheke zu beziehen haben."

51. § 69 lautet:

"(1) Die §§ 48 und 49 Abs. 4 treten gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds, BGBI. Nr. 619/1988 und LGBl. für Wien Nr. 23/1988, außer Kraft.

(2) Mit dem Außerkrafttreten der im Abs. 1 genannten Vereinbarung treten die Bestimmungen der Anlage 2 in Kraft."

52. § 70 Abs. 1 lautet:

"(1) Die Bestimmungen des § 19 lit. b Z 1 sind für die Dauer der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds, BGBI. Nr. 619/1988 und LGBl. für Wien Nr. 23/1988, oder der an deren Stelle tretenden Vereinbarungen nicht anzuwenden."

Artikel II

(1) Bewilligungsbescheide von Krankenanstalten, die unter die Bestimmungen des § 5 a Abs. 2 fallen, sind zu ändern oder aufzuheben, wenn dies zur Einhaltung der nach der Verordnung gemäß § 5 a Abs. 4 festgesetzten Höchstgrenzen von systemisierten Betten erforderlich ist. Bei einer notwendigen Reduzierung der systemisierten Betten einer Krankenanstalt ist insbesondere auf die Altersstruktur, die Krankenhaushäufigkeit, die ärztliche Versorgungsdichte, die Verkehrsverbindungen, die berufliche Struktur und den Fremdenverkehr im Einzugsgebiet dieser Krankenanstalt Bedacht zu nehmen.

(2) Ist aus den Bewilligungsbescheiden von Krankenanstalten, die unter die Bestimmungen des § 5 a fallen, die Anzahl der systemisierten Betten nicht oder nicht eindeutig feststellbar, so sind diese von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die erteilten Bewilligungen und den diesen zugrundeliegenden Bestandteilen (wie zB Pläne der Krankenzimmer, Bettenverzeichnisse usw.) bescheidmäßig festzuhalten.

Artikel III

Die Anlage 2 der Kundmachung LGBI. für Wien Nr. 23/1987 lautet:

“§ 48

(1) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren sind in den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 36 Abs. 3 zweiter

Halbsatz in voller Höhe zu entrichten. Diese Pflegegebühren sind sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 4 vH über der jeweiligen Bankrate zu entrichten.

(2) Das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührenersätze - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe - und allfälligen Sondergebühren (§ 45 Abs. 1) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebührenersätze zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des § 49 Abs. 1, wird durch privatrechtliche Verträge geregelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung. Pflegegebührenersätze und Sondergebühren sind binnen sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 4vH über der jeweiligen Bankrate zu entrichten.

(3) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits aus einem gemäß Abs. 2 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet die Schiedskommission (§ 50). Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitteile gestellt werden.

§ 49

(4) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührenersätze, so

sind diese so zu bestimmen, daß sich 80vH der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse nicht übersteigen und 60vH dieser Pflegegebühren nicht unterschreiten. Innerhalb dieses Rahmens sind die Pflegegebührenersätze unter Bedachtnahme darauf zu bestimmen, welche Einrichtungen und Ausstattungen die betreffende Krankenanstalt besitzt, welcher Kostenaufwand mit der Einstellung und dem Betrieb von besonders aufwendigen Einrichtungen verbunden ist und inwieweit die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger gegeben ist."

Artikel IV

- (1) § 49 Abs. 4 in der Fassung des Art. III tritt mit 1. Dezember 1977 in Kraft.
- (2) Art. I Z 35 bis 37 treten mit 1. Jänner 1988 in Kraft.
- (3) Art. I Z 23, 40 und 46 treten mit 1. Jänner 1990 in Kraft.

Der Landeshauptmann:

Der Landesamtsdirektor:

Erläuterungen

zur Änderung des Wiener Krankenanstaltengesetzes

zu Art. I Z 1, 8, 16, 20 und 31 (§ 1 Abs. 3 Z 6, § 10 Abs. 1 lit. a, § 26 lit. a, § 32 Abs. 4 und § 45 Abs. 2):

Durch diese Bestimmungen soll in Ausführung der Grundsatzbestimmungen des Bundes erreicht werden, daß die Sonderklasse öffentlicher Krankenanstalten an die Sanatorien angeglichen wird. Damit soll die Wettbewerbsfähigkeit öffentlicher Krankenanstalten in diesem Bereich erhöht werden. Künftig sind bei der Prüfung des Bedarfes von Sanatorien die Sonderklassebetten öffentlicher Krankenanstalten zu berücksichtigen.

Überdies ist, soweit medizinische Gründe nicht dagegen sprechen, eine räumliche Trennung zwischen den Patienten der allgemeinen Gebührenklasse und der Sonderklasse vorgesehen. Dies schließt aber nicht aus, daß Zimmer für Patienten der allgemeinen Gebührenklasse und Zimmer für Patienten der Sonderklasse im gleichen Stockwerk oder Gebäudetrakt eingerichtet sind.

zu Art. I Z 2 (§ 2 lit.b):

Diese Änderung erfolgt in Anpassung an das geänderte Arbeitnehmerschutzgesetz in der Fassung der Novelle BGBI.Nr. 544/1982.

zu Art. I Z 3 (§ 3 Abs. 1 lit. a und b):

Das geltende Wiener Krankenanstaltengesetz sieht vor, daß nur in Schwerpunktikrankenanstalten Einrichtungen für Anästhesiologie vorhanden sein müssen. Durch die vorgesehenen Bestimmungen sollen in Ausführung des Grundsatzgesetzes auch Standardkrankenanstalten über solche Einrichtungen verfügen.

Inhaltlich ändert sich im § 3 Abs. 1 lit. b (Schwerpunktikrankenanstalten) nichts. Die Systematik hinsichtlich

der Aufzählung der Einrichtungen soll an die der Standardkrankenanstalten angeglichen werden.

Art. I Z 4, 6 und Art. II (§ 4 Abs. 2 lit. a, § 5 a und Art. II):

Die Einfügung des § 5 a erfolgt in Ausführung der Grundsatzbestimmungen des § 10 a der Krankenanstaltengesetz-Novellen 1985 und 1988.

Durch Verordnung der Landesregierung sind zunächst Höchstgrenzen für die Zahl systemisierter Betten (ausgenommen neurologische und psychiatrische Betten) für öffentliche, allgemeine Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten, für private, gemeinnützige, allgemeine Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten (ausgenommen solche des Bundes und der Sozialversicherungsträger) und für private, nicht gemeinnützige, allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten und Sanatorien festzusetzen (§ 5 a Abs. 1).

Unabhängig von dieser Regelung war in § 5 a Abs. 2 die Höchstgrenze für die Zahl systemisierter Betten für öffentliche, allgemeine Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten, und für private, gemeinnützige, allgemeine Krankenanstalten (ausgenommen neurologische und psychiatrische Betten) ziffernmäßig mit 13.811, mit einem zweiprozentigen Spielraum bei dringendem Bedarf, zu begrenzen.

Es soll außerdem klargestellt werden, welche Betten als "Funktionsbetten" und damit nicht als systemisierte Betten zu werten sind. Zu diesen Funktionsbetten zählen auch solche, die für Patienten während einer Anstalispflege vorübergehend als weitere Betten (Zweibetten) oder für Begleitpersonen verwendet werden.

Nach Abs. 2 sind die festzusetzenden Höchstgrenzen der systemisierten Betten nach ihren Versorgungsfunktionen aufzuteilen. Eine Zentralversorgungsfunktion wird dann gegeben sein, wenn eine Krankenanstalt oder Teile dieser (Abteilungen oder Institute) grundsätzlich über alle Einrichtungen verfügt, die jeweils dem letzten Stand der

medizinischen Wissenschaft eines bestimmten Fachbereiches entsprechen. Durch die getrennte Festlegung der Bettenanzahl für die Versorgung der "Wiener Bevölkerung" und der "Nicht-wiener" bleibt die Aufnahmeverpflichtung der Krankenanstalten unberührt.

Art. II Abs. 1 sieht vor, daß Bewilligungsbescheide von Krankenanstalten geändert oder aufgehoben werden können, wenn dies zur Einhaltung der festgesetzten Höchstgrenzen nach § 5 a Abs. 2 und 4 erforderlich ist.

Art. II Abs. 2 enthält die Möglichkeit, bei Unklarheit über den systemisierten Bettenstand in Krankenanstalten nach § 5 a einen entsprechenden Feststellungsbescheid zu erlassen.

zu Art. I Z 5 (§ 5 Abs. 2):

Diese Bestimmung sichert den gesetzlichen Interessenvertretungen (Ärztekammer und bei Zahnambulatorien auch Dentistenkammer) im Bewilligungsverfahren zur Errichtung oder zum Betrieb von selbständigen Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers neben der Parteistellung im Sinne des § 8 AVG 1950 auch das Recht, Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben.

zu Art. I Z 7 (§ 7 Abs. 2):

Die bereits bestehende Regelung wurde im letzten Satz sprachlich neugefaßt, um die Ausnahmeregelung für wesentliche Veränderungen von Krankenanstalten der Sozialversicherungsträger mit der Gegenausnahme für selbständige Ambulatoren der Sozialversicherungsträger zu verdeutlichen.

zu Art. I Z 9 (§ 12 a):

Mit der Novelle zum Universitätsorganisationsgesetz, BGBl.Nr. 745/1988, wurde die Möglichkeit geschaffen, daß Universitäts-

Kliniken oder Klinische Institute in Klinische Abteilungen gegliedert werden. Außerdem können an Medizinischen Fakultäten Gemeinsame Einrichtungen von Kliniken oder Instituten geschaffen werden.

§ 12 a soll nunmehr, in Ausführung der Grundsatzbestimmung, die ärztliche Verantwortlichkeit für diese neuen Einrichtungen festlegen.

zu Art. I Z 10 und 11 (§ 15 a und § 16 Abs. 1 erster Satz):

Im III. Abschnitt des Arzneimittelgesetzes wird die klinische Prüfung von Arzneimitteln, insbesondere was die fachliche Beurteilung anlangt, ausführlich geregelt. Es ist daher nicht Aufgabe der neuzuschaffenden Kommission, die klinische Prüfung von Arzneimitteln nochmals fachlich zu beurteilen. Aufgabe der Kommission ist es, eine Beurteilung aus ethischer Sicht durchzuführen, das heißt, ob gegen die Durchführung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln aus menschlichen und sitzlichen Gründen Bedenken bestehen. Unter diesen Gesichtspunkten wird im Einzelfall zu beurteilen sein, ob eine konkrete klinische Prüfung an einem bestimmten Probanden- oder Patientenkreis ethisch gerechtfertigt erscheint. Überdies könnten beispielsweise Empfehlungen über den Prüfungsablauf bzw. über die Form der Aufklärung und Einwilligung der Probanden bzw. Patienten gegeben werden. In diesem Zusammenhang darf auf die Deklaration von Helsinki verwiesen werden, in der von der 18. Generalversammlung des Weltärztekongresses im Juni 1964 Empfehlungen an die Ärzte für die Durchführung biomedizinischer Forschung beschlossen wurden.

Die Kommission hat sich auf die Abgabe einer Beurteilung zu beschränken. Es kommt ihr somit kein Behördencharakter zu. Bei der Zusammensetzung der Kommission wurde auf die personellen Verhältnisse in den Krankenanstalten Bedacht genommen. Für die Bestellung einzelner Mitglieder wurden

jene Organisationsformen berücksichtigt, die bereits bestehen. Um die Durchführung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln nicht übermäßig zu verzögern, wird in § 15 a Abs.10 eine Frist für die Beurteilung durch die Kommission festgesetzt. Abs. 11 sieht vor, daß die für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen 30 Jahre aufbewahrt werden.

Die im § 16 verankerte Verschwiegenheitspflicht soll auch auf die Mitglieder der Kommission erweitert werden.

zu Art. I Z 12, 13 und 14 (§ 17):

Die vorgesehenen Änderungen wurden erforderlich, da nach den Bestimmungen des Grundsatzgesetzes nunmehr unterschiedliche Aufbewahrungsfristen für Krankengeschichten, Röntgenbilder und bestimmte andere Bestandteile von Krankengeschichten möglich sind.

Von der Möglichkeit der verkürzten Aufbewahrungs dauer von mindestens 10 Jahren bei ambulanter Behandlung wurde Gebrauch gemacht.

Die Einschränkung, daß dem Patienten während der Behandlung eine Einsichtnahme in die Krankengeschichte nicht gegeben werden darf, widerspricht sowohl dem Vertragsrecht (Behandlungsvertrag) als auch dem Datenschutzgesetz und war daher zu beseitigen.

Unter den im § 17 Abs.4, letzter Satz, vorgesehenen Voraussetzungen sollten private Versicherungsunternehmen ebenfalls Abschriften von Krankengeschichten übermittelt werden.

zu Art. I Z 15 (§ 25 Abs. 2):

Der Verfassungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis vom 6. Oktober 1988, A 9/87-10, klargestellt, daß das Land Wien verpflichtet ist, nur für jene anstaltsbedürftigen Personen, die ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben,

öffentliche Krankenanstaltspflege sicherzustellen (§ 30 Abs. 1 Wr. KAG). Für unabweisbare Patienten ist öffentliche Krankenanstaltspflege in jedem Fall sicherzustellen. Diese Verpflichtung zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege nach § 30 Abs. 1 kann einerseits durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder andererseits durch Vereinbarungen mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten erfüllt werden. Bei dieser Rechtslage ist die Verleihung des Öffentlichkeitsrechts an eine Krankenanstalt künftig auch davon abhängig zu machen, ob ein Bedarf zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege gegeben ist. Wenn der Bedarf zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege durch die in § 30 Abs. 1 vorgesehenen Maßnahmen (Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten, Vereinbarungen mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten) abgedeckt ist, wird in Zukunft die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes an eine Krankenanstalt nicht zu erfolgen haben. Nur dann, wenn ein neuer oder zusätzlicher Bedarf zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege hervorkommt, der durch die bisher vom Land Wien nach § 30 Abs. 1 getroffene Vorkehrungen nicht abgedeckt ist, wird die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes an eine Krankenanstalt in Frage kommen.

zu Art I Z 17 (§ 29):

Hier wurde lediglich der Klammerausdruck berichtigt.

zu Art. I Z 18 und 19 (§ 30):

Wie bereits in den Erläuterungen zu Art I Z 15 (§ 25 Abs. 2) ausgeführt wurde, hat der Verfassungsgerichtshof nunmehr klargestellt, daß das Land Wien verpflichtet ist, für jenen Personenkreis öffentliche Krankenanstaltspflege sicherzustellen, der seinen ordentlichen Wohnsitz in Wien hat.

Es war daher im § 30 Abs. 1 der Personenkreis, für den diese Verpflichtung besteht, neu zu bestimmen.

Der Begriff "Wiener Landesbürger" umfaßt nach Art. 6 Abs. 2 B-VG jene österreichischen Staatsbürger, die ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben. Unter "Fremden" sind im Sinne des § 2 Z 4 des Staatsbürgerschaftsgesetzes 1985 alle Personen zu verstehen, welche die österreichische Staatsbürgerschaft nicht besitzen. Selbstverständlich bleibt von dieser Neuregelung die Verpflichtung unberührt, für unabweisbare Kranke, unabhängig von ihrer Herkunft, Anstaltspflege sicherzustellen.

Die Verpflichtung zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege richtet sich an das Land. Aus dem heutigen Verständnis dieser Verpflichtung, in Verbindung mit den komplexen Verflechtungen und Problemstellungen gesundheits-, planungs- und finanzpolitischer Art, kann nicht mehr davon ausgegangen werden, daß es sich bei dieser Aufgabe um eine Angelegenheit handelt, die im Sinne des Art. 118 B-VG und der dazu ergangenen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes im eigenen Wirkungsbereich der Gemeinde zu vollziehen ist. Es war daher diese Verpflichtung dem Land Wien zuzuordnen und Abs. 3 aufzuheben.

zu Art. I Z 21 (§ 34 Abs. 4):

Der Konsiliarapotheker soll fachlich geeignet und in der Lage sein, die ihm übertragenen Aufgaben zu erfüllen.

zu Art. I Z 22 (§ 35 Abs. 4):

Durch die Formulierung soll klargestellt werden, daß der Landessanitätsrat nicht nur die fachlichen Fähigkeiten der Bewerber, sondern auch deren Fähigkeiten zur Menschenführung und zum Management zu beurteilen hat.

zu Art. I Z 23 und Z 40 (§ 36 und § 51 a):

Entsprechend der in Art. I Z 18 (§ 30 Abs. 1) enthaltenen Bestimmung, wonach eine Verpflichtung des Landes Wien zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege nur für die Wiener Bevölkerung besteht, mußten die Regelungen über die Aufnahme der Patienten neu gestaltet werden. Im § 36 Abs. 2 wird daher zunächst die Aufnahme von Patienten in öffentlichen Krankenanstalten, ausgenommen die Fälle der Unabweisbarkeit, auf Personen beschränkt, die Wiener Landeshürger sind oder als Fremde ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben.

§ 36 Abs. 6 enthält jene Möglichkeiten, unter denen Bewohner eines anderen Bundeslandes in einer öffentlichen Krankenanstalt Aufnahme finden:

a) Anstaltsbedürftige Personen und Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, sind in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen, wenn sie eine Kostenübernahmeverklärung über den Behandlungsbeitrag (§ 51 a) des Bundeslandes vorweisen, in dem sie ihren ordentlichen Wohnsitz haben, oder wenn dieses Bundesland, in Erfüllung seines Auftrages zur Sicherung öffentlicher Krankenanstaltspflege für seine Bewohner, mit dem Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt eine Vereinbarung abgeschlossen hat.

b) Liegt keine Kostenübernahmeverklärung über den Behandlungsbeitrag bzw. keine Vereinbarung nach lit. a vor, können diese Personen aufgenommen werden, wenn dadurch die Versorgung von Wiener Patienten nicht gefährdet wird.

Für den unter a) angeführten Personenkreis besteht eine Aufnahmepflicht, die Personen unter b) können aufgenommen werden. Dies ergibt sich klar aus dem Versorgungsauftrag. Auf Grund der bestehenden Aufnahmemöglichkeiten werden sich aus dieser Regelung keine Nachteile für die Bevölkerung aus anderen Bundesländern ergeben, da zur Aufnahme nach

b) eine Kostenübernahmeverklärung des Wohnsitzbundeslandes nicht erforderlich ist. Diese Aufnahmeverbestimmungen gelten gemäß § 36 Abs.7 auch für die sozialversicherten Personen. Die Grundsatzbestimmung des § 148 Z 1 ASVG kann entsprechend dem Versorgungsauftrag Wiens für seine Bevölkerung nur in diesem Sinn interpretiert werden. Eine gegenteilige Auslegung müßte dazu führen, daß Wien theoretisch Anstaltspflege für alle Sozialversicherten in Österreich sicherzustellen hätte. Dies kann der Grundsatzgesetzgeber nicht gewollt haben.

In § 36 Abs. 3 mußten die Bestimmungen über die Anstaltsbedürftigkeit ergänzt werden, da auch Gerichte in Leistungssachen Personen zur Befundung oder Begutachtung in Krankenanstalten einweisen.

Mit der Krankenanstaltspflege für Bewohner anderer Bundesländer übernimmt Wien Aufgaben, welche andere Bundesländer zu erfüllen hätten. Nach § 2 F-VG haben diese Bundesländer den Aufwand für die Besorgung ihrer Aufgaben zu tragen. § 51 a dieses Entwurfes stellt in diesem Sinn eine Kostenerstattungsregelung dar. Er enthält Bestimmungen über die Verpflichtung zur Zahlung, die Höhe, die Entrichtung und Einbringung des Behandlungsbeitrages. Die Verpflichtung zur Leistung des Behandlungsbeitrages trifft nicht den Patienten, sondern jenes Bundesland, in dem der Patient seinen ordentlichen Wohnsitz hat. Die vorgesehenen Regelungen sollen bewirken, daß das Land Wien in Zukunft nur mehr mit jenen Krankenanstaltenkosten belastet wird, deren Tragung im Rahmen der Verpflichtung, für die Wiener Bevölkerung öffentliche Krankenanstaltspflege sicherzustellen (§ 30 Abs. 1), notwendig ist.

Da der Behandlungsbeitrag nur die Selbstkosten des Krankenanstaltenträgers abdecken soll, sind auch Zuwendungen, die von Dritten, derzeit etwa vom Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds geleistet werden, bei Ermittlung des Behandlungsbeitrages zu berücksichtigen. Die Bemessung der Fonds-

zuschüsse erfolgt nach unterschiedlichen Kriterien und nicht auf den einzelnen Patienten bezogen. Der auf den einzelnen Behandlungsfall geleistete Zuschuß ist auch deswegen nicht ermittelbar, weil die Zuschußleistung auf Leistungsdaten des zweitvorangegangenen Jahres basiert. Daher kann die Höhe des auf den einzelnen Behandlungsfall bzw. Pflegetag entfallenden Zuschusses nur als Durchschnittswert aus der Gesamtjahresleistung des Fonds berücksichtigt werden.

Um vor allem den anderen Bundesländern die Möglichkeit zu geben, allenfalls durch Vereinbarungen mit Rechtsträgern öffentlicher Krankenanstalten in Wien, für ihre Bewohner öffentliche Krankenanstaltspflege sicherzustellen, werden diese Bestimmungen erst mit 1. Jänner 1990 in Kraft gesetzt.

zu Art. I Z 24 und 25 (§ 38 Abs. 2):

§ 38 Abs. 2 regelt die Ausstellung und Übermittlung des Arzibriefes bei Entlassung eines Patienten.

zu Art. I Z 26 und 44 (§ 38 Abs. 5 und 55):

Der Begriff "Fürsorgeträger" wurde durch den derzeitigen Rechtslage entsprechenden Begriff "Sozialhilfeträger" ersetzt (vgl. § 34 des Wiener Sozialhilfegesetzes).

zu Art. I Z 27 und 28 (§ 42 Abs. 3 bis 5):

Für die Untersuchungen und Behandlungen in Anstalsambulatoren öffentlicher Krankenanstalten gelten jene Bestimmungen sinngemäß, welche die Aufnahme in öffentlichen Krankenanstalten regeln (§§ 36 und 51). Außerdem sind auch die Regelungen über die Kostentragung sinngemäß anzuwenden (§§ 51 und 51 a).

zu Art. I Z 29 (§ 44 Abs. 1):

Die Schaffung der neuen Regelungen der §§ 51 und 51 machte es erforderlich, diese als Ausnahmen hier anzuführen.

zu Art. I Z 30, 41, 42 und 43 (§ 44a, § 52, § 53 Abs. 2 und 3 und § 54 Abs. 1 und 2):

Die Änderungen erfolgen in Anpassung an das Grundsatzgesetz, wonach zur Bezahlung der Pflegegebühren (Sondergebühren) für die Begleitperson nunmehr die Begleitperson selbst verpflichtet ist. Gleichzeitig soll für die Einbringung der Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge (§ 46 a) generell der Verwaltungsweg vorgesehen werden.

zu Art. I Z 32 und 39 (§ 45 Abs. 8 und § 51):

Im Sinne des Grundsatzgesetzes soll von der Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, daß bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger die durch die Untersuchung und Behandlung entstandenen tatsächlich erwachsenden Kosten in Rechnung gestellt werden können. Ausgenommen sind unabweisbare Patienten und die im § 51 Abs. 3 angeführten Personen. Aus Gründen der einfacheren Handhabung können bei kostenintensiven Untersuchungen und Behandlungen die durchschnittlich erwachsenden Kosten herangezogen werden. Für die Festsetzung soll § 46 Abs. 3 und für die Einbringung sollen die §§ 52 bis 54 (Verwaltungsweg) maßgebend sein. Die Änderung des § 45 Abs. 8 erfolgt in Anpassung an § 51.

zu Art. I Z 33 (§ 46a Abs. 1):

Mit dieser Änderung soll verdeutlicht werden, daß nur für jene Tage ein Kostenbeitrag zu entrichten ist, für die auch Pflegegebührenersätze durch einen Sozialversiche-

rungsträger oder eine Krankenfürsorgeeinrichtung zu leisten sind.

zu Art. I Z 34 (§ 47 Abs.1 lit. c):

Mit dieser Bestimmung soll klar zum Ausdruck gebracht werden, daß außer den angeführten Pflegegebührenersätzen und den Kostenbeiträgen keine weiteren Zahlungen vom Versicherungsträger und vom Versicherten verlangt werden dürfen. Dies hindert aber nicht, bei Patienten aus anderen Bundesländern darüber hinaus einen vom Wohnsitzbundesland zu bezahlenden Behandlungsbeitrag festzusetzen.

zu Art I Z 35,36,37 und 38 (§ 48, § 49 Abs.1,3,4 und 5 und § 50 Abs.1):

Die Änderungen in den §§ 48,49 Abs.1,3 und 4 und 50 Abs.1 führen die Bestimmungen des Grundsatzgesetzes aus und passen die Zitierungen der neuen Rechtslage an. Die Erhöhung der Verzugszinsen von 3 vH auf 4 vH erfolgt in Anpassung an andere Rechtsbereiche, wie z.B. die Bundesabgabenordnung und die Wiener Abgabenordnung. Die im § 49 Abs.4, 2. und 3. Satz, festgesetzten Rahmenbedingungen gelten für die Fälle, für die am 31.Dezember 1987 keine Vereinbarung über Pflegegebührenersätze bestanden hat. Die "KRAZAF-Regelung" (Art. 28 der Vereinbarung und die in Ausführung dazu ergangene gesetzliche Regelung gemäß § 28 Abs.5 KAG i.d.F. BGBI. Nr. 282/1988) bestimmt, daß die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührenersätze mit jedem 1.Jänner, und zwar erstmals mit 1.1.1988, nach bestimmten im Gesetz aufgezählten Maßstäben erhöht werden. Nach dem eindeutigen Wortlaut dieser Regelung - und nach dem Willen der Vertragsparteien - setzt die Anwendung dieser Bestimmung geltende - also mit Inkrafttreten mit 1.1.1988 vereinbarte - Pflegegebührenersätze voraus. Zu diesem Zeitpunkt nicht im Wege

von privatrechtlichen Verträgen vereinbarte und daher nicht existente (geltende) Pflegegebührenersätze können somit von dieser Regelung nicht erfaßt sein, zumal hier auch begrifflich eine Erhöhung nicht in Betracht kommt. Die Notwendigkeit für diese Regelung ergibt sich daher zwangsläufig, weil andernfalls die Entscheidung der Schiedskommission für alle jene Fälle, in denen Pflegegebührenersätze erst zu vereinbaren bzw. festzusetzen sind, nicht ausreichend vorherbestimmt wäre.

Anders als bei den Pflegegebühren bzw. Pflegegebührenersätzen legt der Grundsatzgesetzgeber hinsichtlich des durch die Schiedskommission allenfalls zu bestimmenden Ausmaßes der Sondergebühren (Ambulatoriumsbeiträge) durch die Sozialversicherungsträger keine Entscheidungskriterien fest. Mit den von den Sozialversicherungsträgern derzeit auf vertraglicher Basis entrichteten Sondergebühren wird nur ein Bruchteil der aus den ambulanten Untersuchungen und Behandlungen erwachsenen tatsächlichen Kosten abgegolten. Dies führt zu einer ungleichmäßigen Belastung der Patienten, weil die stationären Behandlungen in einem nicht vertretbaren Ausmaß mit Kosten des ambulanten Bereiches belastet werden. Weder die zwischen Bund und Ländern geschlossene Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung, noch grundsatzgesetzliche Bestimmungen stehen der in § 49 Abs.5 vorgesehenen Regelung entgegen, mit der Sondergebühren mit einem vertretbaren Kostendeckungsgrad ermöglicht werden sollen. Da im Gegensatz zu den für stationäre Behandlungen zu entrichtenden Pflegegebührenersätzen für Sondergebühren der Entscheidungsspielraum der Schiedskommission nicht determiniert ist, soll dieser Mangel durch die vorliegende Regelung beseitigt werden.

Als absolute Untergrenze für die Entscheidung der Schiedskommission sind 70 % der von der Landesregierung festgesetzten Sondergebühren vorgesehen. Der Entscheidungsspielraum liegt also zwischen 70 und 100 % der "amtlich festgesetzten" Beiträge.

Innerhalb dieses Spielraumes hat die Schiedskommission nach den vorzusehenen Kriterien zu entscheiden. Dabei wird der Prozentsatz umso höher sein, je spezieller die Untersuchung und Behandlung ist und je weniger die Krankenanstalt damit in Konkurrenz zu anderen Einrichtungen, insbesondere niedergelassenen Ärzten, steht. Außerdem soll auf Preise von anderen Institutionen für gleichartige Leistungen Bedacht genommen werden.

Die Festsetzung der Sondergebühren kann über Antrag auch in Anlehnung an die bestehende Praxis der Vertragsgestaltung in Pauschalbeträgen (z.B. Quartalspauschale pro Patient) erfolgen, weil eine Honorierung jeder Einzelleistung einen unvertretbaren administrativen Aufwand erfordern würde; ausgenommen von dieser Form der Pauschalierung sind besonders kostenintensive Leistungen (z.B. Dialyse, Computer-Tomographie), die auch nach der derzeitigen Verwaltungspraxis pro Leistung, und nicht mit dem Quartalspauschale honoriert werden.

zu Art I Z 45 und 46 (§ 56 Abs.1 und 3):

Da nunmehr der ordentliche Wohnsitz in Wien Anknüpfungspunkt für den Versorgungsauftrag nach § 30 Abs.1 (Sicherung öffentlicher Krankenanstaltspflege) ist, war § 56 Abs.1 entsprechend zu berichtigen.

In Anwendung dieses Grundsatzes haben daher auch nach § 56 Abs.3 bei Ermittlung des Betriebsabgangs einer öffentlichen Krankenanstalt sowohl der anteilige Betriebs- und Erhaltungsaufwand, als auch die Erträge bzw. Einnahmen für Leistungen an Personen, die ihren ordentlichen Wohnsitz in einem anderen Bundesland haben, außer Betracht zu bleiben.

zu Art I Z 47 und 2 48 (§ 57 Abs.2 und 3):

Im § 57 (Betriebspflicht öffentlicher Krankenanstalten) sind in den Absätzen 2 und 3 Regelungen enthalten, die private

Krankenanstalten betreffen, welche nunmehr aus systematischen Gründen in den § 62 (Art I Z 48) aufgenommen werden.

zu Art I Z 49 (§ 60):

Die Zitierung jener Bestimmungen, die für den Betrieb öffentlicher psychiatrischer Krankenanstalten gelten, wurde übersichtlicher geordnet.

zu Art I Z 50 (§ 62):

Im neugefaßten § 62 wurden folgende Regelungen neu eingefügt: Die Bestimmungen über die Ausstellung des Arztbriefes gelten auch für private Krankenanstalten (lit.d).

Nach den bisherigen Erfahrungen ist bei selbständigen Ambulatiorien die Anzeige der freiwilligen Betriebsunterbrechung oder ihrer Auflassung sechs Monate vorher nicht erforderlich. Es konnte daher diese Frist entfallen (lit.h).

Die freiwillige Betriebsunterbrechnung oder Auflassung von Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht nach § 18 Abs.5 unterliegen, bedarf einer Genehmigung der Landesregierung. Diese Bestimmung wurde aus Gründen der Systematik aus § 57 herausgenommen und in lit.i eingefügt. Für jene bettenführenden Krankenanstalten, welche der Wirtschaftsaufsicht nicht unterliegen, wurde für die Anzeige der freiwilligen Betriebsunterbrechung oder der Auflassung die Frist von sechs Monaten beibehalten (lit.i, 2.Satz).

zu Art I Z 51 (§ 69):

Die Änderung dieser Bestimmung erfolgt in Ausführung des Art IV Abs.2 und 3 des Grundsatzgesetzes, in der Fassung BGBI.Nr. 282/1988.

zu Art I Z 52 (§ 70 Abs.1):

Hier war die derzeit geltende Vereinbarung zu zitieren.

zu Art III und Art IV:

Die näheren Ausführungen in Art III erfolgen im Rahmen des Grundsatzgesetzes und ermöglichen, auch mit Außerkrafttreten der zwischen Bund und Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art.15 a BVG über die Krankenanstaltenfinanzierung, BGBI.Nr. 619/1988 und LGBL für Wien Nr.23/1988, die Pflegegebührenersätze entsprechend festzulegen. Damit auch für diesen Zeitraum annähernd kostendeckende Pflegegebührenersätze gesichert sind, wurden für die Entscheidung der Schiedskommission in Art.III § 49 Abs.4 entsprechende Rahmenbedingungen vorgegeben. Art 31 Abs.3 der oben zitierten Vereinbarung und Art.IV Abs.3 der Krankenanstaltengesetznovelle 1988, BGBI.Nr.282/1988, sehen vor, daß mit dem Außerkrafttreten der oben zitierten Vereinbarung die mit 31.Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften wieder in Kraft zu setzen sind. Es werden daher mit diesem Zeitpunkt in Wien die §§ 48 und 49 Abs.4 des Art.I Z 35 bis 37 dieses Entwurfes durch die §§ 48 und 49 Abs.4 des Art.III dieses Entwurfes ersetzt werden.

Um aber den zitierten Bestimmungen des Art.31 Abs.3 der Vereinbarung und des Art IV Abs.3 der Krankenanstaltengesetznovelle 1988 zu entsprechen, mußte Art.III § 49 Abs.4 rückwirkend mit 1.Dezember 1977 in Kraft gesetzt werden (Art IV Abs.1). Das rückwirkende Inkraftsetzen von gesetzlichen Bestimmungen steht weder mit der Bundesverfassung noch mit den Grundsatzbestimmungen des Krankenanstaltengesetzes im Widerspruch.

In Art IV Abs.2 waren die Bestimmungen der §§ 48 und 49 Abs.4 gleichzeitig mit dem Inkrafttreten der zitierten Vereinbarung am 1.Jänner 1988 in Kraft zu setzen.

Wie bereits in den Erläuterungen zu Art I Z 23 und 40 ausgeführt wurde, treten die §§ 36 und 51a erst am 1.Jänner 1990 in Kraft.

Vorblatt

Die vorliegende Novelle zum Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 enthält folgendes:

- Anpassung der Sonderklasse öffentlicher Krankenanstalten an die Sanatorien
- Vorsehen von Einrichtungen für Anästhesiologie in Standard-krankenanstalten
- Einräumung der Beschwerdemöglichkeit an den Verwaltungsgerichtshof für die gesetzlichen Interessenvertretungen im Bewilligungsverfahren von selbständigen Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers
- Festsetzung von Höchstgrenzen der systemisierten Betten für bestimmte Arten von Krankenanstalten
- Festlegung der ärztlichen Verantwortlichkeit bei Einrichtungen, die auch als universitäre Einrichtungen geführt werden
- Einrichtung von Ethikkommissionen in Krankenanstalten, an denen klinische Prüfungen von Arzneimitteln durchgeführt werden
- Änderung der Bestimmungen über die Aufbewahrung von Bestandteilen von Krankengeschichten und von Krankengeschichten bei ambulanter Behandlung
- Schaffung der Möglichkeit, daß Versicherungsunternehmen mit Zustimmung des Versicherten Abschriften von Krankengeschichten erhalten
- Schaffung zusätzlicher Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes
- Klarstellung des Personenkreises, für den das Land Wien verpflichtet ist, öffentliche Krankenanstaltspflege sicherzustellen
- Festlegung der Voraussetzungen, die ein Konsiliararacheker zu erbringen hat

- Festsetzung zusätzlicher Kriterien für den Landessanitätsrat zur Abgabe eines Gutachtens über die Eefähigung leitender Ärzte und Apotheker
- Neugestaltung der Bestimmungen über die Aufnahme von Patienten
- Ausstellung eines Arzibriefes bei Entlassung eines Patienten
- Ausführung jener Grundsatzbestimmungen, die in Durchführung der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über die Krankenanstaltenfinanzierung ergangen sind
- Schaffung von Entscheidungsgrundlagen für Sondergebühren, die von der Schiedskommission festzusetzen sind
- Regelung der Kostentragung für fremde Staatsangehörige, die nur zur Behandlung nach Wien kommen
- Festsetzung eines Behandlungsbeitrages für Patienten anderer Bundesländer
- Vorsehen der Einbringung der Pflege- und Sondergebühren, der Kostenbeiträge und des Behandlungsbeitrages im Verwaltungsweg
- Änderung der Bestimmungen über die Anzeige der freiwilligen Betriebsunterbrechung oder der Auflassung von selbständigen Ambulatorien
- Schaffung von Bestimmungen, die gelten sollen, wenn keine Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über die Krankenanstaltenfinanzierung besteht
- Klarstellungen und Anpassungen an die geltende Rechtslage