

G E S E T Z E N T W U R F

Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 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. 701/1991, beschlossen:

Artikel I

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBL. für Wien Nr. 23/1987, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBL. für Wien Nr. 74/1990, wird wie folgt geändert:

1. § 5a lautet:

"§ 5a

(1) Das Land Wien hat auf eine Verringerung der Zahl der Akutbetten, ausgenommen die Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, in folgenden Krankenanstalten zu achten:

- 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) Zu den Akutbetten zählen solche Betten nicht, die als Funktionsbetten oder als Betten für Begleitpersonen vorgesehen sind. Funktionsbetten sind jedenfalls Dialysebetten, postoperative Aufwachbetten oder Betten, die für ambulante Patienten oder vorübergehend für andere Patienten zur Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen verwendet werden.

(3) Mit der Verringerung der Zahl der Akutbetten ist auch auf einen entsprechenden Abbau der tatsächlich aufgestellten Akutbetten sowie der personellen und apparativen Kapazitäten zu achten.

(4) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben jährlich bis zum 31. März für das vorhergehende Jahr die Anzahl der stationären Aufnahmen und die Anzahl der Pflēgetage 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."

1a. In § 6 Abs. 1 lit. d ist der Klammerausdruck "(§ 12 Abs. 5)" durch "(§ 12 Abs. 4)" zu ersetzen.

2. Nach § 7 ist folgender § 7a einzufügen:

"§ 7a

Sollte sich nach Erteilung einer Bewilligung nach den §§ 4 bis 7 herausstellen, daß medizinische Geräte oder technische Einrichtungen der Krankenanstalt den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften nicht entsprechen, ist die Vorschreibung weiterer Auflagen zulässig, die zur Erfüllung dieser Vorschriften erforderlich sind; dabei ist mit möglichster Schonung erworbener Rechte vorzugehen."

3. § 10 Abs. 1 lautet:

"(1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechts-träger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat - unter besonderer Rücksichtnahme auf die den Patienten zu-stehenden Rechte (Patientenrechte) - jedenfalls zu enthalten:

- a) Die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allge-meinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in allgemeine Gebührenklasse und Sonder-klasse, die Gliederung in Abteilungen und Departments (Unter-abteilungen) und die Bezeichnung der Bereiche für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung;
- b) Angaben über ihre Organisation, die Person ihres Rechtsträ-gers, die wesentlichen Rechtsverhältnisse und ihre Vertretung nach außen;
- c) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbe-sondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Be-triebsform Patienten nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen werden;
- d) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftig-ten Personen;
- e) Bestimmungen über die Qualitätssicherung der Leistungen der Krankenanstalt und über die dafür erforderlichen organisatori-schen Einrichtungen;
- f) die Voraussetzungen für die Aufnahme und die Entlassung der Patienten, den Vorgang bei der Aufnahme, Entlassung und im Todes-fall, die Dokumentation über die Gründe der Ablehnung der Auf-nahme von Patienten;
- g) Richtlinien für den Aufenthalt von Patienten, Begleitpersonen und Besuchern."

4. Nach § 11 ist folgender § 11a einzufügen:

"§ 11a
Spitalsausschuß

(1) In einer Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen - ausgenommen Universitätskliniken - kann ein Spitalsausschuß eingerichtet werden, der in wichtigen innerbetrieblichen Angelegenheiten zu hören ist. Wichtige innerbetriebliche Angelegenheiten sind jedenfalls die Besetzung leitender Posten, die Budgetgestaltung sowie bauliche oder strukturelle Änderungen.

(2) Der Spitalsausschuß besteht aus der kollegialen Führung (§ 11), mindestens drei Vertretern der betrieblichen Interessenvertretung und mindestens fünf gewählten Vertretern der in der Krankenanstalt tätigen Berufsgruppen, die nach dem Grundsatz der Verhältniswahl zu wählen sind.

(3) Die Funktionsdauer für die gewählten Mitglieder des Spitalsausschusses beträgt mindestens zwei Jahre und höchstens fünf Jahre.

(4) Die erste Einberufung des Spitalsausschusses erfolgt durch den Rechtsträger der Krankenanstalt.

(5) Der Spitalsausschuß hat sich eine Geschäftsordnung zu geben.

(6) Durch die Tätigkeit des Spitalsausschusses werden die Rechte der betrieblichen Interessenvertretung nicht eingeschränkt."

5. § 12 lautet:

"§ 12
Ärztlicher Dienst

(1) Der ärztliche Dienst darf nur von Ärzten versehen werden, die zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind.

(2) Zur Führung von Abteilungen und Departments (Unterabteilungen) für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen sind Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn ein solches nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte zu bestellen, die zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet sind.

(3) Als Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben ist ein Arzt zu bestellen, der zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist (ärztlicher Leiter). Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt.

(4) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur ist außer bei Stellen, die auf Grund der einschlägigen Hochschulvorschriften besetzt werden, von der Landesregierung zu genehmigen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die vorgesehenen Ärzte den gesetzlichen Voraussetzungen entsprechen. Diese Genehmigung ist, sofern sie nicht im Rahmen der Bewilligung zum Betrieb der Krankenanstalt erfolgt, vor Dienstantritt zu erteilen.

(5) Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muß er durch einen geeigneten Arzt vertreten werden, der der Landesregierung anzuzeigen ist.

(6) Für Genesungsheime und für Pflegeanstalten für chronisch Kranke kann die Landesregierung bewilligen, daß von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand genommen wird, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist.

(7) Die Landesregierung hat eine Genehmigung nach Abs. 4 zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen dafür weggefallen sind, wenn sich nachträglich herausstellt, daß die Voraussetzungen nicht gegeben waren, oder wenn die betreffenden Ärzte schwerwiegend oder wiederholt gegen ihre Pflichten verstoßen haben."

6. Nach § 13 ist folgender § 13a einzufügen:

"§ 13a

(1) In Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt - ausgenommen Universitätskliniken - ist auf je 15 Betten, die am 31. Dezember des Vorjahres systemisiert waren, mindestens ein zum praktischen Arzt auszubildender Arzt zu beschäftigen.

(2) Ausbildungsstätten nach Abs. 1 sind allgemeine Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind, und Sonderkrankenanstalten für jene Gebiete, für die sie nach § 4 Abs. 2 des Ärztegesetzes 1984 als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind.

(3) Zwei oder mehrere Krankenanstalten eines Rechtsträgers, die als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind, sind für die Berechnung der nach Abs. 1 zu beschäftigenden Ärzte als Einheit zu betrachten.

(4) Zu den systemisierten Betten zählen solche Betten nicht, die als Funktionsbetten oder als Betten für Begleitpersonen vorgesehen sind. Funktionsbetten sind jedenfalls Dialysebetten, postoperative Aufwachbetten oder Betten, die für ambulante Patienten oder vorübergehend für andere Patienten zur Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen verwendet werden.

(5) Auf die Zahl der nach Abs. 1 zu beschäftigenden Ärzte können in Ausbildung zum Facharzt stehende Ärzte angerechnet werden, wenn sie auf Ausbildungsstellen beschäftigt werden, die wegen des dringenden Bedarfes an Fachärzten der betreffenden Sonderfächer nach dem 31. Dezember 1987 geschaffen werden; diese Sonderfächer sind von der Landesregierung durch Verordnung zu bestimmen. Ärzte, die in Ausbildung zum Facharzt eines solchen Sonderfaches stehen, können auch während der Absolvierung der Ausbildung in den einschlägigen Nebenfächern entsprechend angerechnet werden.

(6) Die Rechtsträger der in Abs. 2 genannten Krankenanstalten haben die in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte und die nach Abs. 5 in Ausbildung zum Facharzt anzurechnenden Ärzte halbjährlich der Landesregierung unter Angabe des Namens und des Geburtsdatums zu melden."

7. § 14 lautet:

"§ 14

(1) Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt zur Wahrung der Belange der Hygiene (Krankenhaushygieniker) zu bestellen.

(2) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers zumindest eine qualifizierte diplomierte Krankenpflegeperson als Hygienefachkraft zu bestellen.

(3) An allen bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygiene-Team zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker und die Hygienefachkraft bzw. Hygienefachkräfte angehören. Zu den Aufgaben des Hygiene-Teams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen und der Gesunderhaltung dienen. Es ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern beizuziehen, durch die eine Gefahr von Infektionen besteht."

8. Nach § 15a ist folgender § 15b einzufügen:

"§ 15b

Qualitätssicherung

Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für die Sicherung der Qualität der Leistungen der Krankenanstalten vorzusorgen. Dazu sind organisatorische Einrichtungen zu schaffen, die den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Leistungsqualität ermöglichen."

9. Im § 17 Abs. 1 wird der Punkt am Ende von lit. d durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende lit. e wird angefügt:

"e) über Maßnahmen der Pflege und deren Verlauf eigene Dokumentationsblätter zu führen und der Krankengeschichte beizulegen."

10. § 17 Abs. 2, 3. und 4. Satz lauten:

"Die Krankengeschichten (Abs. 1 lit. a bis e) sind während der Behandlung so zu verwahren, daß sie von unbefugten Personen nicht eingesehen werden können. Krankengeschichten sind nach ihrem Abschluß von der Krankenanstalt mindestens 30 Jahre, von einem Ambulatorium mindestens 10 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen oder in gleichwertiger Weise in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren."

11. Nach § 17 ist folgender § 17a einzufügen:

"§ 17a

Sicherung der Patientenrechte

(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat vorzusorgen, daß die Rechte der Patienten in der Krankenanstalt beachtet werden und daß den Patienten die Wahrnehmung ihrer Rechte in der Krankenanstalt ermöglicht wird.

(2) Dies betrifft insbesondere folgende Patientenrechte:

- a) Recht auf rücksichtsvolle Behandlung;
- b) Recht auf Wahrung der Privatsphäre;
- c) Recht auf Vertraulichkeit;
- d) Recht auf fachgerechte und möglichst schmerzarme Behandlung und Pflege;
- e) Recht auf umfassende Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken;

- f) Recht auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung;
- g) Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer Kopie;
- h) Recht auf Kontakte mit den Angehörigen;
- i) Recht auf religiöse Betreuung;
- j) Recht auf vorzeitige Entlassung;
- k) Recht auf Ausstellung eines Arztbriefes;
- l) Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden;
- m) Recht auf Sterbebegleitung.

(3) Die Organisations- und Behandlungsabläufe in der Krankenanstalt sind nach den Bedürfnissen der Patienten auszurichten.

(4) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat dafür zu sorgen, daß die Patienten über ihre Rechte und deren Durchsetzung in der Krankenanstalt schriftlich informiert werden.

(5) In jeder Krankenanstalt ist den Patienten eine Person oder Stelle bekanntzugeben, die ihnen für Informationen, Anregungen oder Beschwerden zur Verfügung steht.

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Patienten über die Wiener Patientenanzwaltschaft zu informieren."

12. § 18 Abs. 1 lautet:

"(1) Jede Krankenanstalt muß über das erforderliche Verwaltungspersonal verfügen. Für eine Krankenanstalt mit nicht mehr als 800 Betten ist eine Person als Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen, die auf dem Gebiet der Betriebsführung besonders ausgebildet und erfahren ist sowie zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist. Für eine Krankenanstalt mit mehr als 800 Betten ist jeweils eine nach den gleichen Gesichtspunkten geeignete Person als Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten sowie als Leiter der technischen Angelegenheiten zu bestellen. Für Ausbildung und Fortbildung des Verwaltungspersonals ist vorzusorgen."

- f) Recht auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung;
- g) Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer Kopie;
- h) Recht auf Kontakte mit den Angehörigen;
- i) Recht auf religiöse Betreuung;
- j) Recht auf vorzeitige Entlassung;
- k) Recht auf Ausstellung eines Arztbriefes;
- l) Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden;
- m) Recht auf Sterbebegleitung.

(3) Die Organisations- und Behandlungsabläufe in der Krankenanstalt sind nach den Bedürfnissen der Patienten auszurichten.

(4) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat dafür zu sorgen, daß die Patienten über ihre Rechte und deren Durchsetzung in der Krankenanstalt schriftlich informiert werden.

(5) In jeder Krankenanstalt ist den Patienten eine Person oder Stelle bekanntzugeben, die ihnen für Informationen, Anregungen oder Beschwerden zur Verfügung steht.

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Patienten über die Wiener Patientenadvokatur zu informieren."

12. § 18 Abs. 1 lautet:

"(1) Jede Krankenanstalt muß über das erforderliche Verwaltungspersonal verfügen. Für eine Krankenanstalt mit nicht mehr als 800 Betten ist eine Person als Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen, die auf dem Gebiet der Betriebsführung besonders ausgebildet und erfahren ist sowie zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist. Für eine Krankenanstalt mit mehr als 800 Betten ist jeweils eine nach den gleichen Gesichtspunkten geeignete Person als Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten sowie als Leiter der technischen Angelegenheiten zu bestellen. Für Ausbildung und Fortbildung des Verwaltungspersonals ist vorzusorgen."

13. § 22 Abs. 1 lautet:

"(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine diplomierte Krankenpflegeperson, die zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist, als Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung muß sie von einer geeigneten diplomierten Krankenpflegeperson vertreten werden."

14. § 35 Abs. 1, erster Satz lautet:

"(1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, ein Department (Unterabteilung), eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als ständige Konsiliarärzte bestellt werden sollen, sowie die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapothekes betraut werden sollen, sind im Amtsblatt der Stadt Wien auszuschreiben."

15. § 35 Abs. 3 lautet:

"(3) Dem Bewerbungsgesuch sind folgende Unterlagen anzuschließen:

- a) Nachweis des Alters,
- b) Nachweis der Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes oder des Apothekerberufes,
- c) Nachweis der fachlichen Qualifikation oder der Facharzt-Eigenschaft,
- d) Nachweis über eine spezielle Ausbildung für Organisation und Personalführung (Managementausbildung),
- e) ein Lebenslauf,
- f) ein amtsärztliches Gesundheitszeugnis und eine Strafregisterbescheinigung, wenn der Bewerber nicht im öffentlichen Dienst steht.

Für Personen, die sich um eine Stelle als ständiger Konsiliararzt bewerben, entfällt der Nachweis nach lit. d."

16. § 37 Abs. 2 lautet:

"(2) Im übrigen sind Begleitpersonen aufzunehmen, wenn dies räumlich möglich ist."

17. § 38 Abs. 5 lautet:

"(5) Kann ein zu entlassender Patient sich nicht selbst versorgen und ist auch keine andere Betreuung sichergestellt, ist mit dem Sozialhilfeträger rechtzeitig vor der Entlassung Kontakt aufzunehmen."

18. § 48 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, 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 (Hauptverband) 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, BGBl. Nr. 700/1991, zuschlußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Pflegetag eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltspflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Pflegetage in zuschlußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahres als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen. Für die Fälligkeit und Verzinsung gilt Abs. 2.

(4) Die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebüh-
renersätze sind mit jedem 1. Jänner im prozentuellen Ausmaß
der Erhöhung der Beitragseinnahmen aller Krankenversicherungsträ-
ger 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 sind vor
der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses abzuziehen:

1. die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung gemäß § 51b
ASVG, § 27a GSVG, § 24a BSVG und § 20a B-KUVG;

2. jene Beträge, die die Krankenversicherungsträger gemäß § 447 f
Abs. 2 Z 1 und 2 ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten
bereitstellen;

3. jene Beitragseinnahmen, die sich ab 1. Jänner 1991 aus Ände-
rungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende
Ertrag gesetzlich zweckgebunden ist; weiters haben bei der Er-
rechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 4 die
auf Grund der 50. Novelle zum ASVG, der 18. Novelle zum GSVG,
der 16. Novelle zum BSVG und der 21. Novelle zum B-KUVG vorge-
sehenen Beitragsveränderungen außer Betracht zu bleiben.

(6) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem
Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger sind den
Beitragseinnahmen des zuletzt vorangegangenen Kalenderjahres
unter Berücksichtigung des Abs. 5 gegenüberzustellen. Als Bei-
tragseinnahmen gelten alle Beiträge für Pflichtversicherte und
für freiwillig Versicherte, die nach den Weisungen des Bundes-
ministers 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 Haupt-
verband auf zwei Dezimalstellen zu runden und bedarf der Zustim-
mung 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 Nachzahlen 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 unterliegen der Überprüfung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales.

(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."

19. § 49 Abs. 4 bis 6 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. Dezember 1990 noch keine Verträge über das Ausmaß der zu entrichtenden Pflegegebührenersätze bestehen, sind die zu entrichtenden Pflegegebührenersätze so zu bestimmen, daß sie 80 vH der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse nicht übersteigen und 60 vH 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) Entscheidungen der Landesregierung gemäß § 46 Abs. 3 über die Gleichartigkeit oder annähernde Gleichwertigkeit dürfen von der Schiedskommission nicht berücksichtigt werden, wenn die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit

1. Krankenanstalten betrifft, die nach der Verordnung gemäß § 5a Abs. 1 nicht ausdrücklich als gleichartig oder annähernd gleichwertig bezeichnet sind, oder

2. Krankenanstalten betrifft, deren Ausstattung hinsichtlich der Zahl der Abteilungen, der Bettenzahl, des Personalstandes oder der medizinisch-technischen Geräte wesentliche Unterschiede aufweist.

(6) In den Fällen des Abs. 5 hat die Schiedskommission nach den von ihr angenommenen sachlichen Kriterien zu entscheiden."

20. Der bisherige Abs. 5 des § 49 ist als Abs. 7 zu bezeichnen.

21. § 55 lautet:

"§ 55

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, Einsicht zu nehmen und den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen."

22. § 69 lautet:

"§ 69

(1) Die §§ 48 und 49 Abs. 4 bis 6 treten gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 außer Kraft.

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

23. § 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 für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 oder der an deren Stelle tretenden Vereinbarungen nicht anzuwenden."

Artikel II

(1) Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes tritt das Gesetz über die Anzahl der in Krankenanstalten in Wien in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte, LGBL. Nr. 26/1990, außer Kraft.

(2) Art. II des Gesetzes, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 geändert wird, LGBL. für Wien Nr. 40/1989, wird aufgehoben.

Artikel III

Die Bestimmungen der §§ 51a und 56 Abs. 3 Wr. KAG sind in der Zeit vom 1. Jänner 1991 bis 31. Dezember 1994 nicht anzuwenden.

Artikel IV

(1) Art. I Z 1, 18, 19, 20, 23, Art. II Abs. 2 und Art. III treten mit 1. Jänner 1991 in Kraft.

(2) Die übrigen Bestimmungen treten mit 1. Jänner 1993 in Kraft.

V O R B L A T T

Probleme und Ziele:

Im Wiener Gesundheits- und Krankenanstaltenplan 1990 sind die wesentlichen gesundheitspolitischen Aussagen und Zielvorgaben für die Reform der Krankenanstalten in Wien enthalten, zu deren Verwirklichung auch legislative Schritte erforderlich sind.

Zur Anpassung des Krankenanstaltengesetzes an die neue Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis 1994 hat der Bundesgesetzgeber eine Novelle zum Krankenanstaltengesetz erlassen (BGBl. Nr. 701/1991), deren grundsatzgesetzlichen Bestimmungen auszuführen sind.

Es sollen aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit auch die Regelungen des Gesetzes über die Anzahl der in Krankenanstalten in Wien in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte, LGBl. für Wien Nr. 26/1990, ins Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 einbezogen werden.

Inhalt:

Die wesentlichen Regelungsschwerpunkte des Gesetzentwurfs sind:

- die Sicherung der Patientenrechte;
- die Qualitätssicherung;
- der Ausbau der Krankenhaushygiene;
- die Managementausbildung für Führungskräfte;
- die Möglichkeit der Einrichtung von Spitalsausschüssen;

- die Möglichkeit der Schaffung von Departments (Unterabteilungen);
- die Pflegedokumentation;
- die Verringerung der Zahl der Akutbetten;
- die Einbeziehung der Regelungen des Gesetzes über die Anzahl der in Krankenanstalten in Wien in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte, LGBI. für Wien Nr. 26/1990;
- die Regelungen über die Pflegegebühren und die Pflegegebührenersätze für die Zeit der Geltung der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für 1991 bis 1994.

Alternative:

Der Entfall der die Spitalsreform betreffenden Regelungen wäre als Alternative zwar möglich, aber für die Umsetzung der Spitalsreform nicht zielführend.

Zu den Ausführungsbestimmungen der grundsätzlichen Regelungen der KAG-Novelle, BGBI. Nr. 701/1991, bestehen keine Alternativen.

Kosten:

Qualitätssicherung und Ausbau der Krankenhaushygiene werden zusätzliche, nicht genau bestimmbare Kosten verursachen. Gerade diese Maßnahmen werden aber in weiterer Folge auch Kostensenkungen bewirken.

ERLÄUTERUNGEN

zur Änderung des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987

I. Allgemeiner Teil

1. Durchführung der Spitalsreform

Der Wiener Gesundheits- und Krankenanstaltenplan 1990 wurde vom Wiener Gemeinderat am 29. Oktober 1990 einstimmig beschlossen. Dieser Plan enthält u.a. die wesentlichen gesundheitspolitischen Aussagen und Zielvorgaben für die Reform der Krankenanstalten in Wien. Neben strukturellen und organisatorischen Maßnahmen sind aber auch legislative Schritte zur Verwirklichung der Reform erforderlich. So wurden mit LGBl. für Wien Nr. 19/1992 die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, mit 1. Juli 1992 eine unabhängige und weisungsfreie Wiener Patienten-anwaltschaft einzurichten, welche die Rechte und Interessen der Patienten in allen Bereichen des Gesundheitswesens in Wien zu wahren und zu sichern hat.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen nun weitere gesetzliche Bestimmungen zur Umsetzung der Spitalsreform in den Krankenanstalten in Wien erlassen werden. Es sind folgende gesetzliche Regelungen vorgesehen:

- a) Sicherung der Patientenrechte;
- b) Qualitätssicherung;
- c) Ausbau der Krankenhaushygiene;
- d) Managementausbildung für Führungskräfte;
- e) Möglichkeit der Einrichtung von Spitalsausschüssen;
- f) Möglichkeit der Schaffung von Departments (Unterabteilungen).

Auf die einzelnen Regelungen wird im besonderen Teil der Erläuterungen näher eingegangen.

2. Ausführung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen der KAG-Novelle BGBl. Nr. 701/1991:

Der Bund und die Länder haben Ende 1991 eine neue Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 abgeschlossen. Diese Vereinbarung wurde mit LGBL. für Wien Nr. 16/1992 kundgemacht. Zur Anpassung des Krankenanstaltengesetzes an diese neue Vereinbarung hat der Bundesgesetzgeber eine Novelle zum Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 701/1991, erlassen. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen nun die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen dieser Novelle ausgeführt werden. Dabei ist auch die in der Vereinbarung geregelte Abgeltung aus Leistungen für Gastpatienten zu berücksichtigen. Außerdem ist auch auf eine Verringerung der Zahl der Akutbetten zu achten.

Im einzelnen wird auf den besonderen Teil der Erläuterungen verwiesen.

3. Sonstige Änderungen:

Die erforderliche Novellierung des Wr. KAG wird zum Anlaß genommen, einige andere Bestimmungen sprachlich bzw. inhaltlich zu ändern, zu ergänzen oder zu bereinigen. Überdies sollen die Regelungen des Gesetzes über die Anzahl der in Krankenanstalten in Wien in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte, LGBL. für Wien Nr. 26/1990, ins Wr. KAG einbezogen werden (vgl. § 13a des Entwurfs).

4. Finanzieller Aufwand:

Die Schaffung von Einrichtungen zur Qualitätssicherung (§ 15b) und der Ausbau der Krankenhaushygiene (§ 14) werden zunächst einen finanziellen Mehraufwand erfordern, der allerdings nicht genau bestimmt werden kann. Es ist aber davon auszugehen, daß die Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die Verbesserung der Krankenhaushygiene auch Kostensenkungen zur Folge haben werden. So führt etwa die Senkung der Infektionen im Krankenhaus auch zu kürzeren Aufenthaltszeiten der Patienten und zu einer Verminderung der Kosten für Arzneimittel.

II. Besonderer Teil

Zu Art. I Z 1 (§ 5a):

Die grundsatzgesetzliche Bestimmung des § 10a KAG wurde neu gefaßt. Die rechtliche Qualität des Landeskrankenanstaltenplanes ist aus der grundsatzgesetzlichen Regelung nicht eindeutig ableitbar. Er kann eine Rechtsverordnung sein oder als (politischer) Beschluß angesehen werden. In den anderen Bundesländern finden sich bezüglich Landeskrankenanstaltenplan die unterschiedlichsten Regelungen und Vorgangsweisen.

Es kann davon ausgegangen werden, daß der vom Wiener Gemeinderat am 29. Oktober 1990 einstimmig beschlossene Wiener Gesundheits- und Krankenanstaltenplan 1990 die Aufgaben des nach § 10a KAG vorgesehenen Landeskrankenanstaltenplanes funktional weitgehend abdeckt. Damit erübrigt es sich, neben dem Wiener Gesundheits- und Krankenanstaltenplan 1990 einen gesonderten Landeskrankenanstaltenplan für Wien zu erlassen. Es ist aber erforderlich, hier Regelungen für die in § 10a KAG vorgesehene Verringerung der Akutbetten zu schaffen.

In Art. II der Novelle zum Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 40/1989, ist normiert, daß Bewilligungsbescheide von Krankenanstalten zu ändern oder aufzuheben sind, wenn dies zur Einhaltung der mit Verordnung festgesetzten Höchstgrenzen von systemisierten Betten erforderlich ist. Da nunmehr in § 10a KAG und in Ausführung dieser Bestimmung in § 5a des Gesetzentwurfs keine Höchstgrenzen für Betten mehr vorgesehen sind, erübrigt sich der angeführte Art. II und wird aufgehoben (vgl. Art. II Abs. 2 des Gesetzentwurfs).

Zu Art. I Z 2 (§ 7a):

Das Wr. KAG sieht in den §§ 4 bis 7 entsprechende behördliche Verfahren zur Errichtung, zum Betrieb und zur Änderung von Krankenanstalten vor, in denen die erforderlichen Auflagen vorgeschrieben werden können. Beim heutigen Stand der medizinisch-

technischen Entwicklung ist es aber nicht immer möglich, bei diesen Verfahren alle Sicherheits- und Gesundheitsrisiken von medizinischen Apparaten und technischen Einrichtungen abzuschätzen und sofort alle erforderlichen Auflagen zu geben. Es ist daher sachlich gerechtfertigt, eine gesetzliche Bestimmung zu schaffen, die es ermöglicht, für medizinische Apparate und technische Einrichtungen aus sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Gründen nach Abschluß der erwähnten Verfahren auch ohne Zustimmung des Rechtsträgers weitere Auflagen - selbstverständlich unter möglichster Schonung erworbener Rechte - vorzuschreiben. Eine ähnliche Bestimmung ist auch in § 5a des Oberösterreichischen Krankenanstaltengesetzes enthalten.

Zu Art. I Z 3 (§ 10 Abs. 1):

Die Bestimmungen über den Inhalt der Anstaltsordnung wurden neu gefaßt und sprachlich vereinfacht, wobei die Rücksichtnahme auf die den Patienten zustehenden Rechte (Patientenrechte) in allen Belangen des inneren Betriebes erfolgen soll. Unter diesem Gesichtspunkt werden vor allem die Richtlinien für den Aufenthalt von Patienten, Begleitpersonen und Besuchern (Hausordnung) zu gestalten sein (vgl. dazu auch die Erläuterungen zu § 17a). Außerdem wird bestimmt, daß die Anstaltsordnung Bestimmungen über die Qualitätssicherung der Leistungen der Krankenanstalt zu enthalten hat (vgl. auch die Erläuterungen zu § 15b). Bezüglich der Möglichkeit, Abteilungen in Departments (Unterabteilungen) zu gliedern, wird auf die Erläuterungen zu § 12 verwiesen.

Zu Art. I Z 4 (§ 11a):

Um die Mitwirkung der in der Krankenanstalt tätigen Berufsgruppen bei wichtigen innerbetrieblichen Angelegenheiten zu verbessern, wird die Möglichkeit geschaffen, Spitalsausschüsse einzurichten.

Universitätskliniken werden von dieser Regelung ausgenommen, da bei diesen auf Grund der hochschulrechtlichen Vorschriften besondere Kooperationsformen erforderlich und gegeben sind.

Zu Art. I Z 5 (§ 12):

Die Bestimmungen über den ärztlichen Dienst wurden übersichtlicher geordnet und sprachlich vereinfacht. Überdies wird bei leitenden Ärzten im Sinn der Forderungen des Wiener Gesundheits- und Krankenanstaltenplanes 1990 auf die Qualifikation zur Leitung (Organisation, Personalführung) hingewiesen.

Zur Schaffung übersichtlicher und fachlich klarer abgrenzbarer Verantwortungsbereiche wird die Möglichkeit geschaffen, Abteilungen in Departments (Unterabteilungen) zu gliedern.

Zu Art. I Z 6 (§ 13a):

Zur Ausführung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des § 105 Abs. 2 und 3 des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373/1984 in der Fassung BGBl. Nr. 138/1989, wurde das Gesetz über die Anzahl der in Krankenanstalten in Wien in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte, LGBL. für Wien Nr. 26/1990, erlassen. Da es sich bei den Regelungen dieses Gesetzes um Krankenanstaltenrecht im Sinn des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG handelt, werden sie als § 13a in den vorliegenden Gesetzentwurf einbezogen. Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzentwurfes soll dann das Gesetz LGBL. für Wien Nr. 26/1990 außer Kraft treten (vgl. dazu auch die Erläuterungen zu Art. II).

In § 2 des Gesetzes LGBL. Nr. 26/1990 ist eine vierteljährliche Meldepflicht an die Landesregierung normiert. Diese Meldepflicht ist aus verwaltungsökonomischen Gründen auf die vierteljährliche Meldepflicht nach § 6 Abs. 6 Ärztegesetz 1984 abgestimmt (Meldungen an die Österreichische Ärztekammer). Es besteht die Absicht, für die vierteljährlichen Meldefristen des Ärztegesetzes 1984 nunmehr halbjährliche Meldefristen zu normieren. Eine entsprechende Regierungsvorlage zur Änderung des Ärztegesetzes 1984 liegt bereits vor. Es wird als ausreichend angesehen, in Hinkunft in Abs. 6 für die Meldungen an die Landesregierung halbjährliche Fristen vorzusehen.

Zu Art. I Z 7 (§ 14):

Erfahrungen im In- und Ausland haben gezeigt, daß der Krankenhaushygieniker allein nicht mehr in der Lage ist, den vielfältigen und komplexen Aufgaben der Hygiene im modernen Krankenhausbetrieb gerecht zu werden. Aus einschlägigen Fachkreisen wird daher die Forderung erhoben, insbesondere in bettenführenden Krankenanstalten entsprechende zusätzliche personelle und organisatorische Einrichtungen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene zu schaffen.

In diesem Sinn soll zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers in den bettenführenden Krankenanstalten zumindest eine qualifizierte diplomierte Krankenpflegeperson als Hygienefachkraft bestellt werden. Überdies soll ein Hygieneteam eingerichtet werden, dessen Aufgabenbereich gesetzlich umschrieben wird.

Zu Art. I Z 8 (§ 15b):

In der Diskussion über die Wiener Spitalsreform und in den Beratungen zur Erstellung des Wiener Gesundheits- und Krankenanstaltenplanes 1990 hatten die Fragen der Qualitätssicherung hohe Priorität. So wurde unter anderem auch die Forderung nach einer umfassenden Qualitätssicherung für die gesamte medizinisch-pflegerische Versorgung erhoben. Überdies wurde auch die Wechselwirkung zwischen den Lernprozessen bei interner Qualitätssicherung und den Impulsen durch externe Qualitätssicherung klar erkennbar.

Mit der vorliegenden Bestimmung werden die Rechtsträger der Krankenanstalten verpflichtet, die Qualität der Leistungen der Krankenanstalten zu sichern. Organisatorische Einrichtungen, die den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen, sollen geschaffen werden und regelmäßige Vergleiche der Leistungsqualität ermöglichen. Dabei werden zunächst die Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung zu schaffen sein. Es werden auch jene Qualitätsindikatoren zu bestimmen sein, für die Vergleichbarkeit gegeben sein muß. Überdies wird festzusetzen sein, für welche Leistungen der Krankenanstalt eine

Zweitmeinung verpflichtend einzuholen ist. Zur praktischen Durchführung sind entsprechende Bestimmungen in der Anstaltsordnung zu schaffen (vgl. § 10 Abs. 1 lit. e des Entwurfs).

Zu Art. I Z 9 (§ 17 Abs. 1, lit. e):

In der Zusammenfassung der Ergebnisse der Spitalsreformkommission wurde die Forderung erhoben, patientenbezogene Berichte vorzusehen, die Pflegeverlaufs- und Pflegeerfolgskontrolle ermöglichen, wobei diese Berichte gemeinsam mit der Krankengeschichte des Patienten archiviert werden sollen.

Mit der vorgesehenen Bestimmung soll diese Forderung verwirklicht werden. Diese Form der Pflegedokumentation ist auch ein maßgeblicher Beitrag zur Sicherung der Qualität der Pflegeleistungen im Krankenhaus.

Zu Art. I Z 10 (§ 17 Abs. 2, 3. und 4. Satz):

Im 3. Satz ist das Zitat in der Klammer um lit. e zu erweitern.

Es gibt heute neben Mikrofilmen auch andere gleichwertige Speicherformen. Um den Trägern von Krankenanstalten den Einsatz dieser Speicherformen zu ermöglichen, wird die Bestimmung des 4. Satzes entsprechend erweitert.

Zu Art. I Z 11 (§ 17a):

Bezüglich der Patientenrechte bestehen keine befriedigenden gesetzlichen Regelungen. Die wichtigsten Patientenrechte ergeben sich zwar unmittelbar aus dem Behandlungsvertrag und wurden von Lehre und Rechtssprechung daraus entwickelt. Diese Rechtslage ist aber unzureichend, da sie keine umfassende und klare Information für die Bevölkerung gewährleistet.

Im Wiener Gesundheits- und Krankenanstaltenplan 1990 wird daher die zentrale Forderung erhoben, die Patientenrechte wirksamer zu gestalten. Im Zuge der Diskussion der Spitalsreform hat sich gezeigt, daß die gesetzliche Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen Patienten und Krankenanstalten bzw. Ärzten im Sinn

einer größeren Rechtssicherheit erforderlich ist. Überdies sollten zum Ausgleich der in der Regel zwischen Patient und Krankenanstalt bzw. Arzt bestehenden Ungleichgewichtslage (starkes Informations- und Machtgefälle) zwingende Schutzrechte geschaffen werden, wie diese etwa auch zwischen Konsument und Unternehmer, zwischen Mieter und Vermieter oder auch zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber bestehen.

Die Zuständigkeit zur Kodifizierung der Patientenrechte liegt in erster Linie beim Bundesgesetzgeber, da es sich dabei vorwiegend um zivile Rechte handelt (Persönlichkeitsrechte, Vertragsrechte, Schadenersatzrechte).

Mit der vorgesehenen Regelung des § 17a sollen aber keine Patientenrechte normiert werden, sondern es sollen die Rechtsträger der Krankenanstalten verpflichtet werden, dafür vorzusorgen, daß bei der Behandlung und Betreuung in den Krankenanstalten die Patientenrechte beachtet werden. Überdies soll es den Patienten in den Krankenanstalten ermöglicht werden, ihre Rechte wahrzunehmen. In Abs. 2 findet sich eine beispielhafte Aufzählung von Patientenrechten, die in Lehre und Rechtssprechung unbestritten sind oder die in Teilaspekten sogar gesetzlich geregelt sind (z.B. § 38 Abs. 2 und 3 Wr. KAG).

Die Besprechungen im Rahmen der Spitalsreformkommission haben deutlich gemacht, daß sich in verschiedenen Krankenanstalten teilweise Organisations- und Behandlungsabläufe entwickelt haben, die nicht immer und primär von den Bedürfnissen der Patienten bestimmt waren. Mit Abs. 3 wird nun für die Rechtsträger der Krankenanstalten eine Verpflichtung normiert, sich bezüglich Organisation und Behandlung nur an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren.

Die Verpflichtung der Rechtsträger der Krankenanstalten, die Patienten über ihre Rechte und deren Durchsetzung zu informieren und in den Krankenanstalten Informations- und Beschwerdestellen zu schaffen, sind wichtige Hilfen für die Patienten zur Wahrnehmung ihrer Rechte.

einer größeren Rechtssicherheit erforderlich ist. Überdies sollten zum Ausgleich der in der Regel zwischen Patient und Krankenanstalt bzw. Arzt bestehenden Ungleichgewichtslage (starkes Informations- und Machtgefälle) zwingende Schutzrechte geschaffen werden, wie diese etwa auch zwischen Konsument und Unternehmer, zwischen Mieter und Vermieter oder auch zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber bestehen.

Die Zuständigkeit zur Kodifizierung der Patientenrechte liegt in erster Linie beim Bundesgesetzgeber, da es sich dabei vorwiegend um zivile Rechte handelt (Persönlichkeitsrechte, Vertragsrechte, Schadenersatzrechte).

Mit der vorgesehenen Regelung des § 17a sollen aber keine Patientenrechte normiert werden, sondern es sollen die Rechtsträger der Krankenanstalten verpflichtet werden, dafür vorzusorgen, daß bei der Behandlung und Betreuung in den Krankenanstalten die Patientenrechte beachtet werden. Überdies soll es den Patienten in den Krankenanstalten ermöglicht werden, ihre Rechte wahrzunehmen. In Abs. 2 findet sich eine beispielhafte Aufzählung von Patientenrechten, die in Lehre und Rechtssprechung unbestritten sind oder die in Teilaspekten sogar gesetzlich geregelt sind (z.B. § 38 Abs. 2 und 3 Wr. KAG).

Die Besprechungen im Rahmen der Spitalsreformkommission haben deutlich gemacht, daß sich in verschiedenen Krankenanstalten teilweise Organisations- und Behandlungsabläufe entwickelt haben, die nicht immer und primär von den Bedürfnissen der Patienten bestimmt waren. Mit Abs. 3 wird nun für die Rechtsträger der Krankenanstalten eine Verpflichtung normiert, sich bezüglich Organisation und Behandlung nur an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren.

Die Verpflichtung der Rechtsträger der Krankenanstalten, die Patienten über ihre Rechte und deren Durchsetzung zu informieren und in den Krankenanstalten Informations- und Beschwerdestellen zu schaffen, sind wichtige Hilfen für die Patienten zur Wahrnehmung ihrer Rechte.

Mit dem Gesetz LGBl. für Wien Nr. 19/1992 wurde zur Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen der Patienten in allen Bereichen des Gesundheitswesens in Wien eine Wiener Patienten-anwaltschaft eingerichtet. Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben die Patienten auch über diese unabhängige und weisungsfreie Einrichtung zu informieren.

Zu Art. I Z 12 und 13 (§§ 18 Abs. 1 und 22 Abs. 1):

Im Sinn der im Wiener Gesundheits- und Krankenanstaltenplan 1990 geforderten spitalsspezifischen Managementausbildung für Führungskräfte wurden diese Bestimmungen ergänzt.

Zu Art. I Z 14 (§ 35 Abs. 1, erster Satz):

Es besteht nunmehr auch die Möglichkeit, Abteilungen in Departments (Unterabteilungen) zu unterteilen (vgl. Erläuterungen zu § 10 Abs. 1). Die Stellen von Ärzten, die Departments leiten, sollen ebenfalls öffentlich ausgeschrieben werden.

Zu Art. I Z 15 (§ 35 Abs. 3):

Im Sinn der bereits in § 12 des vorliegenden Entwurfs für leitende Ärzte normierten Qualifikation zur Leitung (Organisation, Personalführung) ist nunmehr vorgesehen, daß dem Bewerbungsgesuch auch der Nachweis über eine Managementausbildung anzuschließen ist.

Für die Tätigkeit von ständigen Konsiliarärzten ist eine Managementausbildung nicht erforderlich. Für Personen, die sich um eine Stelle als ständiger Konsiliararzt bewerben, entfällt daher der Nachweis der Managementausbildung.

Zu Art. I Z 16 (§ 37 Abs. 2):

Die Aufnahme von Begleitpersonen hat vor allem für kranke Kleinkinder große Bedeutung. Es gehört daher auch zu den Aufgaben der Rechtsträger von Krankenanstalten, entsprechende Aufnahme-

möglichkeiten zu schaffen und bereitzustellen. Die derzeit geltende Bestimmung sieht vor, daß die Aufnahme von Begleitpersonen mit Bewilligung des ärztlichen Leiters zulässig ist. Diese Formulierung bringt nicht deutlich zum Ausdruck, daß die Aufnahme einer Begleitperson erfolgen soll, wenn dies räumlich möglich ist. In diesem Sinn wurde die Regelung geändert.

Zu Art. I Z 17 (§ 38 Abs. 5):

Bei den Diskussionen über die Spitalsreform und den Beratungen über den Wiener Gesundheits- und Krankenanstaltenplan 1990 wurden auch Konzepte zur Kooperation und Integration zwischen den Krankenanstalten und den außerstationären Einrichtungen entwickelt. Die Bestimmung des § 38 Abs. 5 wurde inhaltlich und sprachlich diesen Konzepten entsprechend gestaltet.

Zu Art. I Z 18, 19 und 20 (§§ 48 und 49 Abs. 4 bis 7):

Mit diesen Bestimmungen wird in Ausführung der grundsatzgesetzlichen Regelungen des KAG, BGBl. Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. Nr. 701/1991, das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 an die neue Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für 1991 bis einschließlich 1994 angepaßt. Diese neue Vereinbarung ist im LGB1. für Wien Nr. 16/1992 kundgemacht. § 48 des Entwurfs entspricht der Fassung des § 48 Wr. KAG, wie er auf Grund der Wr. KAG-Novelle LGB1. für Wien Nr. 40/1989 für die Dauer der letzten Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung vom 1. Jänner 1988 bis 31. Dezember 1990 in Geltung war.

In § 49 sind lediglich die Abs. 5 und 6 neu hinzugekommen, welche Probleme der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit von Krankenanstalten bei einer Entscheidung der Schiedskommission betreffen. Eine Ausführung der Bestimmung des § 28a Abs. 2 Z 3 KAG erübrigt sich für Wien; die dort geregelte Situation kann in Wien nicht zutreffen, da nach § 56 Abs. 1 Wr. KAG für alle öffentlichen Krankenanstalten, die für die Versorgung von Patienten mit ordentlichem Wohnsitz in Wien zunächst bestimmt sind, das Gebiet des Bundeslandes Wien Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel zugleich ist.

Zu Art. I Z 21 (§ 55):

Die Befugnisse der Sozialhilfeträger werden an jene der Träger der Sozialversicherung in § 47 Abs. 1 lit. e Wr. KAG angeglichen. Darüber hinausgehende Regelungen sind nicht erforderlich.

Zu Art. I Z 22 und 23 (§§ 69 und 70 Abs. 1):

Auch hier handelt es sich um erforderliche Anpassungen an die neue Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für 1991 bis einschließlich 1994.

Zu Art. II:

Da nunmehr die Bestimmungen über die Anzahl der in Krankenanstalten in Wien in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte mit § 13a in den vorliegenden Gesetzentwurf aufgenommen werden, ist das bisher geltende Gesetz außer Kraft zu setzen.

Die Neugestaltung des § 5a im vorliegenden Entwurf macht die in Abs. 2 angeführte Regelung entbehrlich.

Zu Art. III:

Art. 33 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für 1991 bis einschließlich 1994, LGBI. für Wien Nr. 16/1992, sieht vor, daß mit der in Art. 20 vereinbarten länderweisen Verteilung der Mittel, die aus Leistungen für inländische Fremdpatienten in den Jahren 1991 bis einschließlich 1994 entstandenen wechselseitigen finanziellen Forderungen und Verbindlichkeiten als erfüllt gelten. Es ist daher erforderlich, für diesen Zeitraum die Bestimmung über den Behandlungsbeitrag (§ 51a Wr. KAG) auszusetzen. Das gleiche gilt für § 56 Abs. 3 Wr. KAG (Aussetzen der Einrechnung der Leistungen bzw. Erträge oder Einnahmen für Gastpatienten bei Ermittlung des Betriebsabgangs öffentlicher Krankenanstalten).

Zu Art. IV:

Auf Grund des Geltungsbeginns der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung mit 1. Jänner 1991 sind die in Abs. 1 angeführten Bestimmungen mit dem gleichen Zeitpunkt rückwirkend in Kraft zu setzen.

Da im vorliegenden Gesetzentwurf auch Bestimmungen vorgesehen sind, die organisatorischer Vorbereitungen bedürfen, sollen nach Abs. 2 die übrigen Regelungen mit 1. Jänner 1993 in Kraft gesetzt werden.

Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 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. 701/1991, beschlossen:

Artikel I

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. für Wien Nr. 23/1987, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. für Wien Nr. 74/1990, wird wie folgt geändert:

1. § 5a lautet:

§ 5a

(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.

(1) Das Land Wien hat auf eine Verringerung der Zahl der Akutbetten, ausgenommen die Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, in folgenden Krankenanstalten zu achten:

- 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 vH 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 Bedarfänderung 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.

(1) Der innere Betrieb einer Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat jedenfalls zu enthalten:

(2) Zu den Akutbetten zählen solche Betten nicht, die als Funktionsbetten oder als Betten für Begleitpersonen vorgesehen sind. Funktionsbetten sind jedenfalls Dialysebetten, postoperative Aufwachbetten oder Betten, die für ambulante Patienten oder vorübergehend für andere Patienten zur Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen verwendet werden.

(3) Mit der Verringerung der Zahl der Akutbetten ist auch auf einen entsprechenden Abbau der tatsächlich aufgestellten Akutbetten sowie der personellen und apparativen Kapazitäten zu achten.

(4) Die Rechtsträger der Krankenanstalten 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.

2. Nach § 7 ist folgender § 7a einzufügen:

"§ 7a

Sollte sich nach Erteilung einer Bewilligung nach den §§ 4 bis 7 herausstellen, daß medizinische Geräte oder technische Einrichtungen der Krankenanstalt den sicherheits- und gesundheitspolitischen Vorschriften nicht entsprechen, ist die Vorschreibung weiterer Auflagen zulässig, die zur Erfüllung dieser Vorschriften erforderlich sind; dabei ist mit möglichster Schonung erworbener Rechte vorzugehen."

3. § 10 Abs. 1 lautet:

"(1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat - unter besonderer Rücksichtnahme auf die den Patienten zustehenden Rechte (Patientenrechte) - jedenfalls zu enthalten:

- 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 Gebühreneinheit und Sonderklassen, in Abteilungen für Akutkranke und neben diesen Abteilungen auch in zusätzliche Abteilungen für Langzeitbehandlung oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für die Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
- b) Angaben über ihre Organisation, die Person ihres Rechtsträgers und die wesentlichen dem Betrieb der Anstalt zugrunde liegenden Rechtsverhältnisse sowie über ihre Vertretung nach außen;
- c) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob Anstalt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen werden;
- d) die Dienstobliegenheiten des verantwortlichen ärztlichen Leiters und der Abteilungsleiter (§ 12 Abs. 2), des Verwalters (§ 18 Abs. 1), des verantwortlichen Leiters der technischen Angelegenheiten (§ 18 Abs. 1), des verantwortlichen Leiters des Pflegedienstes (§ 22 Abs. 1) und aller anderen beschäftigten Personen in dem durch die besonderen Verhältnisse der einzelnen Krankenanstalten gegebenen Umfang und je nach Bedarf für einzelne Gruppen gesondert;
- e) den für die Aufnahme in die Anstalt als Patient in Betracht kommenden Personenkreis, die Bedingungen der Aufnahme und der Entlassung der Patienten, den Vorgang bei der Aufnahme, Entlassung und im Todesfall, die Führung eines Vormerkes über die Gründe der Ablehnung der Aufnahme von Patienten;
- f) Bestimmungen über das von Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten und die Regelung der Besuchszeiten.

- a) Die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in allgemeine Gebühreneinheit und Sonderklassen, die Gliederung in Abteilungen und Departments (Unterabteilungen) und die Bezeichnung der Bereiche für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung;
- b) Angaben über ihre Organisation, die Person ihres Rechtsträgers, die wesentlichen Rechtsverhältnisse und ihre Vertretung nach außen;
- c) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform Patienten nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen werden;
- d) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen;
- e) Bestimmungen über die Qualitätssicherung der Leistungen der Krankenanstalt;
- f) die Voraussetzungen für die Aufnahme und die Entlassung der Patienten, den Vorgang bei der Aufnahme, Entlassung und im Todesfall, die Dokumentation über die Gründe der Ablehnung der Aufnahme von Patienten;
- g) Richtlinien für den Aufenthalt von Patienten, Begleitpersonen und Besuchern."

4. Nach § 11 ist folgender § 11a einzufügen:

"§ 11a

Spitalsausschuß

- (1) In einer Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen - ausgenommen Universitätskliniken - kann ein Spitalsausschuß eingerichtet werden, der in wichtigen innerbetrieblichen Angelegenheiten zu hören ist. Wichtige innerbetriebliche Angelegenheiten sind jedenfalls die Besetzung leitender Posten, die Budgetgestaltung sowie bauliche oder strukturelle Änderungen.

- (2) Der Spitalsausschuß besteht aus der kollegialen Führung (§ 11), mindestens drei Vertretern der betrieblichen Interessenvertretung und mindestens fünf gewählten Vertretern der in der Krankenanstalt tätigen Berufsgruppen, die nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu wählen sind.
- (3) Die Funktionsdauer für die gewählten Mitglieder des Spitalsausschusses beträgt mindestens zwei Jahre und höchstens fünf Jahre.
- (4) Die erste Einberufung des Spitalsausschusses erfolgt durch den Rechtsträger der Krankenanstalt.
- (5) Der Spitalsausschuß hat sich eine Geschäftsordnung zu geben.
- (6) Durch die Tätigkeit des Spitalsausschusses werden die Rechte der betrieblichen Interessenvertretung nicht eingeschränkt."

5. § 12 lautet:

"§ 12

Ärztlicher Dienst

- (1) Der ärztliche Dienst darf nur von Ärzten versehen werden, die zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind.
- (2) Als Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben ist ein Arzt zu bestellen, der zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist (ärztlicher Leiter). Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt.
- (3) Zur Führung von Abteilungen und Departments (Unterabteilungen) für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen sind Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn ein solches nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte zu bestellen, die zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet sind.

(1) Der ärztliche Dienst in Krankenanstalten darf nur von Ärzten versehen werden, die nach den Vorschriften des Ärztegesetzes zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind.

(2) Mit der Führung von Abteilungen für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen von Krankenanstalten dürfen nur Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn ein solches nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte betraut werden.

(3) Als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes in der Krankenanstalt und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben ist in jeder Krankenanstalt ein fachlich geeigneter Arzt zu bestellen. Bei Verhinderung muß er durch einen geeigneten Arzt vertreten werden, der unter Nachweis seiner Eignung der Landesregierung anzuzeigen ist. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Anstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt.

§ 12

Ärztlicher Dienst

(4) Für Genesungsheime (§ 1 Abs. 3 Z 3) und für Pflegeanstalten für chronisch Kranke (§ 1 Abs. 3 Z 4) kann die Landesregierung bewilligen, daß von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand genommen wird, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist.

(5) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur einer Krankenanstalt bedarf außer bei Stellen, die auf Grund der einschlägigen Hochschulvorschriften besetzt werden, der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die in Betracht kommenden Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs. 1 bis 3 vorgesehenen Bedingungen entsprechen. Sofern sie nicht mit der Bewilligung zum Betrieb (§ 6 Abs. 1 lit. d) zu erteilen ist, ist sie vor Dienstantritt des Arztes zu erteilen.

(6) Eine nach Abs. 5 erteilte Genehmigung ist von der Landesregierung zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen hierfür entfallen sind, deren Nichtvorhandensein nachträglich hervor- kommt oder die in Betracht kommenden Ärzte sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen ihre Pflicht schuldig gemacht haben.

(4) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur ist außer bei Stellen, die auf Grund der einschlägigen Hochschulvorschriften besetzt werden, von der Landesregierung zu genehmigen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die vorgesehenen Ärzte den gesetzlichen Voraussetzungen entsprechen. Diese Genehmigung ist, sofern sie nicht im Rahmen der Bewilligung zum Betrieb der Krankenanstalt erfolgt, vor Dienstantritt zu erteilen.

(5) Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muß er durch einen geeigneten Arzt vertreten werden, der der Landesregierung anzuzeigen ist.

(6) Für Genesungsheime und für Pflegeanstalten für chronisch Kranke kann die Landesregierung bewilligen, daß von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand genommen wird, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist.

(7) Die Landesregierung hat eine Genehmigung nach Abs. 4 zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen dafür weggefallen sind, wenn sich nachträglich herausstellt, daß die Voraussetzungen nicht gegeben waren, oder wenn die betreffenden Ärzte schwerwiegend oder wiederholt gegen ihre Pflichten verstoßen haben."

6. Nach § 13 ist folgender § 13a einzufügen:

"§ 13a

(1) In Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt - ausgenommen Universitätskliniken - ist auf je 15 Betten, die am 31. Dezember des Vorjahres systemisiert waren, mindestens ein zum praktischen Arzt auszubildender Arzt zu beschäftigen.

(2) Ausbildungsstätten nach Abs. 1 sind allgemeine Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind, und Sonderkrankenanstalten für jene Gebiete, für die sie nach § 4 Abs. 2 des Ärztegesetzes 1984 als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind.

(3) Zwei oder mehrere Krankenanstalten eines Rechtsträgers, die als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind, sind für die Berechnung der nach Abs. 1 zu beschäftigenden Ärzte als Einheit zu betrachten.

(4) Zu den systemisierten Betten zählen solche Betten nicht, die als Funktionsbetten oder als Betten für Begleitpersonen vorgesehen sind. Funktionsbetten sind jedenfalls Dialysebetten, postoperative Aufwachbetten oder Betten, die für ambulante Patienten oder vorübergehend für andere Patienten zur Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen verwendet werden.

(5) Auf die Zahl der nach Abs. 1 zu beschäftigenden Ärzte können in Ausbildung zum Facharzt stehende Ärzte angerechnet werden, wenn sie auf Ausbildungsstellen beschäftigt werden, die wegen des dringenden Bedarfes an Fachärzten der betreffenden Sonderfächer nach dem 31. Dezember 1987 geschaffen werden; diese Sonderfächer sind von der Landesregierung durch Verordnung zu bestimmen. Ärzte, die in Ausbildung zum Facharzt eines solchen Sonderfaches stehen, können auch während der Absolvierung der Ausbildung in den einschlägigen Nebenfächern entsprechend angerechnet werden.

(6) Die Rechtsträger der in Abs. 2 genannten Krankenanstalten haben die in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte und die nach Abs. 5 in Ausbildung zum Facharzt anzurechnenden Ärzte halbjährlich der Landesregierung unter Angabe des Namens und des Geburtsdatums zu melden."

7. § 14 lautet:

§ 14

Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt zur Wahrung der Belange für Hygiene (Krankenhaushygieniker) zu bestellen. Er ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten der Krankenanstalten zuzuziehen. Als fachlich geeigneter Krankenhaushygieniker ist ein Arzt anzusehen, der als Arzt in Krankenanstalten langjährig tätig war und sich eine entsprechende Erfahrung auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene angeeignet hat.

"§ 14

(1) Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt zur Wahrung der Belange der Hygiene (Krankenhaushygieniker) zu bestellen.

(2) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers zumindest eine qualifizierte diplomierte Krankenpflegeperson als Hygienefachkraft zu bestellen.

(3) An allen bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygiene-Team zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker und die Hygienefachkraft bzw. Hygienefachkräfte angehören. Zu den Aufgaben des Hygiene-Teams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen und der Gesunderhaltung dienen. Es ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern beizuziehen, durch die eine Gefahr von Infektionen besteht."

8. Nach § 15a ist folgender § 15b einzufügen:

"§ 15b

Qualitätssicherung

Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für die Sicherung der Qualität der Leistungen der Krankenanstalten vorzusorgen. Dazu sind organisatorische Einrichtungen zu schaffen, die den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Leistungsqualität ermöglichen."

9. Im § 17 Abs. 1 wird der Punkt am Ende von lit. d durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende lit. e wird angefügt:

"e) Über Maßnahmen der Pflege und deren Verlauf eigene Dokumentationsblätter zu führen und der Krankengeschichte beizulegen."

10. § 17 Abs. 2, 3. und 4. Satz lauten:

"Die Krankengeschichten (Abs. 1 lit. a bis e) sind während der Behandlung so zu verwahren, daß sie von unbefugten Personen nicht eingesehen werden können. Krankengeschichten sind nach

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

ihrem Abschluß von der Krankenanstalt mindestens 30 Jahre, von einem Ambulatorium mindestens 10 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen oder in gleichwertiger Weise in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren."

11. Nach § 17 ist folgender § 17a einzufügen:

"§ 17a

Sicherung der Patientenrechte

(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat vorzusorgen, daß die Rechte der Patienten in der Krankenanstalt beachtet werden und daß den Patienten die Wahrnehmung ihrer Rechte in der Krankenanstalt ermöglicht wird.

(2) Dies betrifft insbesondere folgende Patientenrechte:

- a) Recht auf rücksichtsvolle Behandlung;
- b) Recht auf Wahrung der Privatsphäre;
- c) Recht auf Vertraulichkeit;
- d) Recht auf fachgerechte medizinische Behandlung und Pflege;
- e) Recht auf umfassende Information;
- f) Recht auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung;
- g) Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer Kopie;
- h) Recht auf Kontakte mit den Angehörigen;
- i) Recht auf religiöse Betreuung;
- j) Recht auf vorzeitige Entlassung;
- k) Recht auf Ausstellung eines Arztbriefes;
- l) Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden.

(3) Die Organisations- und Behandlungsabläufe in der Krankenanstalt sind nach den Bedürfnissen der Patienten auszurichten.

(4) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat dafür zu sorgen, daß die Patienten über ihre Rechte und deren Durchsetzung in der Krankenanstalt informiert werden.

(5) In jeder Krankenanstalt ist den Patienten eine Person oder Stelle bekanntzugeben, die ihnen für Informationen, Anregungen oder Beschwerden zur Verfügung steht.

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Patienten über die Wiener Patientenanzahl zu informieren."

12. § 18 Abs. 1 lautet:

"(1) Jede Krankenanstalt muß über das erforderliche Verwaltungspersonal verfügen. Für eine Krankenanstalt mit nicht mehr als 800 Betten ist eine Person als Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen, die auf dem Gebiet der Betriebsführung besonders ausgebildet und erfahren ist sowie zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist. Für eine Krankenanstalt mit mehr als 800 Betten ist jeweils eine nach den gleichen Gesichtspunkten geeignete Person als Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten sowie als Leiter der technischen Angelegenheiten zu bestellen. Für Ausbildung und Fortbildung des Verwaltungspersonals ist vorzuzusorgen."

13. § 22 Abs. 1 lautet:

"(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine diplomierte Krankenpflegeperson, die zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist, als Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung muß sie von einer geeigneten diplomierten Krankenpflegeperson vertreten werden."

14. § 35 Abs. 1, erster Satz lautet:

"(1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, ein Department (Unterabteilung), eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt

(1) Jede Krankenanstalt muß über das erforderliche Verwaltungspersonal verfügen. Für eine Krankenanstalt mit nicht mehr als 800 Betten oder für ein selbständiges Ambulatorium ist eine geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen. Für eine Krankenanstalt mit mehr als 800 Betten sind eine geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten sowie eine geeignete Person als verantwortlicher Leiter der technischen Angelegenheiten zu bestellen. Für die Ausbildung und Weiterbildung der in der Verwaltung und Leitung der Krankenanstalt tätigen Personen ist Vorsorge zu treffen.

(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine geeignete diplomierte Krankenpflegeperson als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters muß dieser von einer geeigneten diplomierten Krankenpflegeperson vertreten werden.

(1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als ständige Konsiliarärzte bestellt werden sollen, sowie die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapotheke betraut werden sollen, sind im Amtsblatt der Stadt Wien auszuschreiben."

leiten oder als ständige Konsiliarärzte bestellt werden sollen, sowie die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapotheke betraut werden sollen, sind im Amtsblatt der Stadt Wien auszuschreiben."

15. § 35 Abs. 3 lautet:

"(3) Dem Bewerbungsgesuch sind folgende Unterlagen anzuschließen:

- a) Nachweis des Alters,
- b) Nachweis der Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes oder des Apothekerberufes,
- c) Nachweis der fachlichen Qualifikation oder der Facharzt-Eigenschaft,
- d) Nachweis über eine spezielle Ausbildung für Organisation und Personalführung (Managementausbildung),
- e) ein Lebenslauf,
- f) ein amtsärztliches Gesundheitszeugnis und eine Strafregisterbescheinigung, wenn der Bewerber nicht im öffentlichen Dienst steht.

Für Personen, die sich um eine Stelle als ständiger Konsiliararzt bewerben, entfällt der Nachweis nach lit. d."

16. § 37 Abs. 2 lautet:

"(2) Im Übrigen sind Begleitpersonen aufzunehmen, wenn dies räumlich möglich ist."

17. § 38 Abs. 5 lautet:

"(5) Kann ein zu entlassender Patient sich nicht selbst versorgen und ist auch keine andere Betreuung sichergestellt, ist mit dem Sozialhilfeträger rechtzeitig vor der Entlassung Kontakt aufzunehmen."

(3) Dem Bewerbungsgesuch sind folgende Unterlagen anzuschließen:

- a) Nachweis des Alters,
- b) Nachweis der Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes oder des Apothekerberufes,
- c) Nachweis der fachlichen Qualifikation oder der Facharzt-Eigenschaft,
- d) ein Lebenslauf,
- e) ein amtsärztliches Gesundheitszeugnis und eine Strafregisterbescheinigung, wenn der Bewerber nicht im öffentlichen Dienst steht.

(2) In sonstigen Fällen ist die Aufnahme nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen mit Bewilligung des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt zulässig, wenn die Unterbringung der Begleitperson in der Krankenanstalt möglich ist.

(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.

18. § 48 lautet:

§ 48

"§ 48

(1) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtssträger 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 Rechtssträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührenersätze - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Beihilfe - 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) 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 Streitparteien gestellt werden.

(1) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtssträger 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 Rechtssträger der Krankenanstalt zu entrichtenden Pflegegebührenersätze - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Beihilfe - 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 (Hauptverband) 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 Rechtssträger 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, BGBl. Nr. 700/1991, zuschubbe-rechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Pflage-tag

eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltspflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Pflegetage in zuschlußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahres als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen. Für die Fälligkeit und Verzinsung gilt Abs. 2.

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

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

1. die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung gemäß § 51b ASVG, § 27a GSVG, § 24a BSVG und § 20a B-KUVG;
2. jene Beträge, die die Krankenversicherungsträger gemäß § 447 f Abs. 2 Z 1 und 2 ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten bereitstellen;
3. jene Beitragseinnahmen, die sich ab 1. Jänner 1991 aus Änderungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Ertrag gesetzlich zweckgebunden ist; weiters haben bei der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 4 die auf Grund der 50. Novelle zum ASVG, der 18. Novelle zum GSVG, der 16. Novelle zum BSVG und der 21. Novelle zum B-KUVG vorgeesehenen Beitragsveränderungen außer Betracht zu bleiben.

(6) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem 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 Erhöhungprozentsatz 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 Nachzahlen 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 unterliegen der Überprüfung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales.

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

19. § 49 Abs. 4 bis 6 lauten:

"(4) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührensätze nach Abs. 1 ist die Schiedskommission an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgesetzten Er-höhungssätze gemäß § 48 Abs. 4 bis 9 gebunden. Für Krankenanstal-ten, für die bis zum 31. Dezember 1990 noch keine Verträge über das Ausmaß der zu entrichtenden Pflegegebührensätze bestehen, sind die zu entrichtenden Pflegegebührensätze so zu bestimmen, daß sie 80 vH der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse nicht überstei-gen und 60 vH dieser Pflegegebühren nicht überschreiten. In-nerhalb dieses Rahmens sind die Pflegegebührensätze unter Bedachtnahme darauf zu bestimmen, welche Einrichtungen und Aus-stattungen die betreffende Krankenanstalt besitzt, welcher Ko-stenaufwand mit der Einstellung und dem Betrieb von besonders aufwendigen Einrichtungen verbunden ist und wie weit die finan-zielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger gegeben ist.

(5) Entscheidungen der Landesregierung gemäß § 46 Abs. 3 über die Gleichartigkeit oder annähernde Gleichwertigkeit dürfen von der Schiedskommission nicht berücksichtigt werden, wenn die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwer-tigkeit

1. Krankenanstalten betrifft, die nach der Verordnung gemäß § 5a Abs. 1 nicht ausdrücklich als gleichartig oder annähernd gleichwertig bezeichnet sind, oder

(4) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu ent-richtenden Pflegegebührensätze, so sind diese so zu bestimmen, daß sie 80 vH der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse nicht übersteigen und 60 vH dieser Pflegegebühren nicht unter-schreiten. Innerhalb dieses Rahmens sind die Pflegegebührensätze 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 ge-geben ist.

2. Krankenanstalten betrifft, deren Ausstattung hinsichtlich der Zahl der Abteilungen, der Bettenzahl, des Personalstandes oder der medizinisch-technischen Geräte wesentliche Unterschiede aufweist.

(6) In den Fällen des Abs. 5 hat die Schiedskommission nach den von ihr angenommenen sachlichen Kriterien zu entscheiden."

20. Der bisherige Abs. 5 des § 49 ist als Abs. 7 zu bezeichnen.

21. § 55 lautet:

"§ 55

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, Einsicht zu nehmen und den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen und die voraussichtliche Dauer der Pflege hervorgeht. Geht daraus hervor, daß der Patient nicht mehr anstaltsbedürftig ist, kann der Sozialhilfeträger begehren, daß der Patient gemäß § 38 Abs. 1 sofort entlassen wird.

§ 55

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, Einsicht 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 begehren, daß der Patient gemäß § 38 Abs. 1 sofort entlassen wird.

§ 69

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

22. § 69 lautet:

"§ 69

(1) Die §§ 48 und 49 Abs. 4 bis 6 treten gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 außer Kraft.

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

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

23. § 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. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 619/1988 und LGBl. für Wien Nr. 23/1988, oder der an deren Stelle tretenden Vereinbarungen nicht anzuwenden.

"(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 für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 oder der an deren Stelle tretenden Vereinbarungen nicht anzuwenden."

Artikel II

(1) Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes tritt das Gesetz über die Anzahl der in Krankenanstalten in Wien in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte, LGBl. Nr. 26/1990, außer Kraft.

(2) Art. II des Gesetzes, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 geändert wird, LGBl. für Wien Nr. 40/1989, wird aufgehoben.

Artikel III

Die Bestimmungen der §§ 51a und 56 Abs. 3 Wr. KAG sind in der Zeit vom 1. Jänner 1991 bis 31. Dezember 1994 nicht anzuwenden.

Artikel IV

(1) Art. I Z 1, 18, 19, 20, 23, Art. II Abs. 2 und Art. III treten mit 1. Jänner 1991 in Kraft.

(2) Die übrigen Bestimmungen treten mit 1. Jänner 1993 in Kraft.

Der Landeshauptmann:

Der Landesamtsdirektor: