

Beilage Nr. 2/1997

PrZ 1/97-GGS

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 beschlossen:

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBI. für Wien Nr. 23/1987, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBI. für Wien Nr. 14/1996, wird wie folgt geändert:

Artikel I

1. § 10 Abs. 1 lit. c lautet:

"c)die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, aufgenommen werden;"

2. § 17 Abs. 4 dritter Satz lautet:

"Ferner sind den Sozialversicherungsträgern und den *Organen* des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds bzw. den von diesem beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder behandelnden Ärzten über Anforderung kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von *Anstaltspatienten* zu übermitteln."

3. § 18 Abs. 3 bis 7 lautet:

"(3) Der Abschluß von Verträgen nach § 148 Z 10 ASVG bedarf, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht die Stadt Wien ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Verträge nicht gegen zwingende gesetzliche Bestimmungen verstoßen.

(4) Die Verträge sind innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach deren Abschluß dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds vorzulegen; zur Vorlage ist jeder Vertragspartner berechtigt.

(5) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand oder sonstige Zahlungen durch den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds oder das Land Wien erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.

Die Rechtsträger solcher Krankenanstalten haben insbesondere

- a) ihr dem Betrieb der Krankenanstalt gewidmetes Vermögen durch genaue Inventare in ständiger Übersicht zu halten und über die Erträge und Aufwendungen bzw. die Einnahmen und Ausgaben Aufzeichnungen zu führen, aus denen die für den Betrieb der betreffenden Krankenanstalt aufgelaufenen Kosten und deren Zuordnung zu den einzelnen Kostenstellen ersichtlich sind;
- b) jährlich bis 31. Juli Voranschläge und Dienstpostenpläne für das folgende Jahr und bis längstens 30. April des dem Gebarungsjahr nachfolgenden Jahres Rechnungsabschlüsse, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit entsprechen müssen, zu erstellen und dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds zur Genehmigung vorzulegen;
- c) den mit der Handhabung der Wirtschaftsaufsicht betrauten Organen oder beauftragten Sachverständigen des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, die sich durch einen schriftlichen Auftrag ausweisen, jederzeit Zutritt zu allen Räumen, Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt und Einsicht in alle sie betreffenden Aufzeichnungen zu gewähren sowie ihnen alle verlangten Auskünfte über die Krankenanstalt

zu erteilen und ihnen von den eingesehenen Unterlagen unentgeltlich Abschriften und Kopien herzustellen;

- d) alle vom Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds im Zusammenhang mit der Wirtschaftsführung angeforderten Unterlagen unverzüglich vorzulegen.

(6) Der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds kann nähere Richtlinien bezüglich der gleichzeitig mit den Voranschlägen, Dienstpostenplänen und Rechnungsabschlüssen vorzulegenden Unterlagen und Daten, insbesondere Leistungsdaten, erlassen.

(7) Die Voranschläge, Dienstpostenpläne und Rechnungsabschlüsse der in Abs. 5 genannten Krankenanstalten sind vom Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds zu genehmigen, wenn die Vollständigkeit und rechnerische Richtigkeit festgestellt wird und keine Bedenken hinsichtlich 'der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit bestehen. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn sie nicht binnen einer Frist von zwei Monaten nach vollständiger Vorlage versagt wird."

4. § 20 Abs. 2 lautet:

"(2) Der Rechnungsabschluß ist vom Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds auf seine rechnerische Richtigkeit, Vollständigkeit sowie auf Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit zu überprüfen. Weist der Rechnungsabschluß wesentliche Mängel auf, so ist er dem Rechtsträger der Krankenanstalt zurückzustellen. Die Genehmigung des Rechnungsabschlusses gilt als erteilt, wenn sie nicht binnen einer Frist von zwei Monaten nach vollständiger Vorlage versagt wird."

5. In § 21 wird das Zitat "§§ 19, 20, 28 und 29" durch §§ 19 und 20" ersetzt.

6. § 25 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

"Ein Anspruch auf die Verleihung besteht nicht."

7. § 26 lit. e lautet:

"e) das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt (Pflegebühren) für alle Patienten derselben Gebührenklassen, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 10 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 10 Abs. 1 lit. c) in gleicher Höhe (§ 46) festgesetzt ist;"

8. Die §§ 28 und 29 samt Überschrift werden aufgehoben.

9. In § 31 Abs. 2 wird das Zitat "§ 47 Abs. 2" durch "§ 64 b Abs. 8" ersetzt.

10. § 44 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

"Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pflégelings erbracht werden."

11. In § 45 Abs. 8 wird das Zitat "§ 47" durch "§ 64 b" ersetzt.

12. § 46 a Abs. 1 und 2 lautet:

"(1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege entweder LKF-Gebührenersätze durch den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds oder 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 S 50,-- pro Tag, für den LKF-Gebührenersätze oder Pflegegebührenersätze zu entrichten sind, einzuheben. Dieser Betrag darf pro Patient für höchstens 28 Tage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

(2) Ausgenommen von der Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages sind Patienten, für die bereits ein Kostenbeitrag nach bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die zu einer Organspende stationär aufgenommen wurden, sowie solche Patientinnen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in

Anspruch nehmen, weiters jene Patienten, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist."

13. § 47 samt Überschrift wird aufgehoben.

14. § 49 Abs. 1 bis 3 und 7 wird aufgehoben.

15. § 50 Abs. 1 lautet:

"(1) Zur Entscheidung gemäß § 64 b Abs. 12 bis 16 ist eine Schiedskommission berufen."

16. In § 53 Abs. 2 entfällt die Zitierung "(§ 47 Abs. 1 lit. b)".

17. § 56 Abs. 2 lautet:

"(2) Zum Betrieb von öffentlichen Krankenanstalten, deren Rechts-träger nicht die Stadt Wien ist und die Zahlungen aus dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds erhalten, leistet der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds einen Beitrag von 50 vH des Betriebsabganges. Unter Betriebsabgang ist der gesamte Betriebsund Erhaltungsaufwand der Krankenanstalt, soweit er vom Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds als für wirtschaftliche, spar-same und zweckmäßige Führung der Krankenanstalt gerechtfertigt anerkannt und durch Erträge bzw. Einnahmen nicht gedeckt ist, zu verstehen. Für Leistungen der Krankenanstalt, für die dem Rechts-träger weder gegenüber dem Patienten noch gegenüber einer anderen physischen oder juristischen Person ein Anspruch auf Gebühren (Pflege- und Sondergebühren, Pflegegebührenersätze und sonstige Entgelte) zusteht, sind jene Beträge als Erträge bzw. Einnahmen als betriebsabgangsmindernd einzusetzen, die sich an Hand der Äquivalenzbeträge (§ 19 lit. b) für stationär erbrachte Leistun-gen, an ambulanten Patienten erbrachte Leistungen und der aus der Anzahl der Gesundenuntersuchungen ermittelten Beträge des be-treffenden Jahres ergeben. Ebenso sind im Gebarungsergebnis enthaltene Personal- und Sachaufwendungen für vom Rechtsträger gewährte freiwillige (z.B. freiwillige Sozialleistungen) oder nicht krankenhausspezifische Leistungen bei der Berechnung des Betriebsabganges in Abzug zu bringen. Die für ein Kalender (Ge-barungs)jahr vom Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds oder nach Gesetzesbestimmungen, die an dessen Stelle treten, geleisteten

Betriebs- und sonstigen Zuschüsse sowie Investitionszuschüsse, soweit sie sich auf Ersatzanschaffungen beziehen, sowie allfällige Zuwendungen Dritter sind in jenem Jahr betriebsabgangsmindernd in Abzug zu bringen, in welchem sie dem Rechtsträger der Krankenanstalt zugeflossen sind. Im Betriebsaufwand von Krankenanstalten, deren Träger kirchliche Einrichtungen sind, ist das Entgelt für die Arbeit des geistlichen Personals des Rechtsträgers der Krankenanstalt mit jenen Beträgen anzusetzen, die für das nichtgeistliche Personal derselben Anstalt in gleicher Verwendung gelten. Bei einer über die Altersgrenze für die Pensionierung fortdauerenden Verwendung und Arbeitsfähigkeit gilt keine Beschränkung beim Ansatz derartiger Personalkosten."

18. § 56 werden folgende Abs. 4 und 5 angefügt:

"(4) Abgesehen von den Beschränkungen gemäß Abs. 2 und 3 kann der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds den der Bemessung der Beitragsleistung zugrundeliegenden Betriebsabgang durch Vorgaben hinsichtlich der maximal zulässigen Aufwendungen unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit begrenzen.

(5) Das jeweilige finanzielle Jahreserfordernis für die Betriebsabgangsdeckung gemäß Abs. 2 bis 4 ist dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds vom Bundesland Wien bereitzustellen."

19. § 58 a wird folgender Satz angefügt:

"Verordnungen, mit denen Pflegegebühren, allfällige Sondergebühren und sonstige Gebühren festgesetzt werden, können auch bis zu einem Monat rückwirkend erlassen werden."

20. In § 62 wird nach lit. 1 der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende lit. m angefügt:

m) § 31 ist auf alle Krankenanstalten anzuwenden, die auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000

über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds finanziert werden."

21. § 63 wird aufgehoben.

22. Abschnitt IV lautet:

"IV. ABSCHNITT

BEZIEHUNGEN ZWISCHEN KRANKENANSTALTEN, SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGERN UND WIENER KRANKENANSTALTENFINANZIERUNGSFONDS

§ 64 a

Begriffsbestimmungen

(1) Unter Fondskrankenanstalten sind Krankenanstalten zu verstehen, die auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds finanziert werden.

(2) Unter Nicht-Fondskrankenanstalten sind Krankenanstalten zu verstehen, auf die die Voraussetzung des Abs. 1 nicht zutrifft.

§ 64 b

Fondskrankenanstalten

(1) Ein gemäß § 145 ASVG eingewiesener Patient ist in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen; er kann jedoch auf seinen Wunsch auch in die Sonderklasse (§ 32) aufgenommen werden, ist jedoch vorbehaltlich einer anderen Bestimmung in dem zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) und dem Rechtsträger der Krankenanstalt abgeschlossenen Vertrag verpflichtet, die allfälligen Sondergebühren (§ 45 Abs. 1) aus eigenem zu tragen. Über die Tragung dieser Mehrkosten muß vor der Aufnahme in die Sonderklasse eine schrift-

liche Verpflichtungserklärung beigebracht werden. Über den Umfang der Verpflichtungen ist der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter in geeigneter Weise aufzuklären. Die Aufnahme kann ferner vom Erlag einer entsprechenden Vorauszahlung oder von der Beibringung einer verbindlichen Kostenübernahmserklärung einer mit der Krankenanstalt unmittelbar verrechnenden privatrechtlichen Versicherungsanstalt (Zuschußkasse) abhängig gemacht werden.

(2) Die der Krankenanstalt gemäß § 64 c gebührenden LKF-Gebührensätze und Sondergebühren sind zur Gänze vom Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds im Namen der Versicherungsträger zu entrichten. Der Kostenbeitrag gemäß § 447 f Abs. 6 ASVG ist von der Krankenanstalt für Rechnung des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds einzuheben.

(3) Mit den in Abs. 2 genannten Zahlungen gemäß § 64 c und den Kostenbeiträgen gemäß § 447 f Abs. 6 ASVG und § 46 a sind die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse (§ 44 Abs. 1) abgegolten. Nicht abgegolten sind damit Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und dem Land Wien ausgenommene Leistungen und die in § 44 Abs. 4 angeführten Leistungen.

(4) Solange eine Leistungspflicht des Versicherungsträgers gemäß Abs. 2 besteht, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt gegenüber dem Versicherten, Patienten oder den für ihn unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen, soweit sich aus Abs. 3 nichts anderes ergibt. Werden Leistungen gemäß Abs. 2 vom Versicherungsträger nicht mehr gewährt, haben der Patient oder die für ihn unterhaltspflichtigen Personen für derartige Leistungen der Krankenanstalt die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren zu tragen.

(5) Die Versicherungsträger haben hinsichtlich der bei ihnen sozialversicherten Patienten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen ohne Einschaltung des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (z.B. Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde), das Recht, Kopien dieser

Unterlagen zu erhalten und das Recht, den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen. Weiters haben die Versicherungsträger das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versichertenzuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfaßt auch die entsprechenden Statistiken; ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds zur Verfügung gestellt werden.

(6) Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte durch den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds.

(7) Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß Abs. 2 gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds als Versicherungsträger. Der Fonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

(8) Versicherungsträger im Sinne der vorstehenden Bestimmungen sind die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger (§§ 23 bis 25 ASVG), die Versicherungsanstalt Öffentlich Bediensteter, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

(9) Zur Durchsetzung des Anspruches auf Bezahlung der Pflegegebühren gegenüber dem Patienten und dessen Angehörigen haben die

gesetzlichen Krankenversicherungsträger über Aufforderung bekanntzugeben, für welche Zeiten und durch wen (Name und Anschrift) der Patient oder dessen Angehörige zur Krankenversicherung angemeldet waren oder sind.

(10) Die Beziehungen der in Abs. 8 angeführten Versicherungsträger zu den Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach Abs. 3 zweiter Satz handelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds abzuschließen. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung.

(11) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ist abweichend von Absatz 10 dritter Satz berechtigt, mit den Krankenanstalten vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 2. Satz B-KUVG zu treffen.

(12) Entscheidungen über Streitigkeiten aus zwischen den Rechtsträgern von Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einen Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds obliegen der Schiedskommission (§ 50).

(13) Kommt innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht zustande, so entscheidet auf Antrag die Schiedskommission (§ 50) mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über das Ausmaß der von den Sozialversicherungsträgern zu entrichtenden Gebühren. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Hauptver-

band zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustandegekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gestellt werden.

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

(15) Besteht zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger kein Vertrag, sind bis zur Entscheidung der Schiedskommission die zuletzt geltenden Gebühren als Vorauszahlungen auf die von der Schiedskommission festzusetzenden Gebühren zu leisten. Ebenso sind die Bestimmungen des zuletzt geltenden Vertrages über die Verrechnung und Zahlung auf die Vorauszahlungen sinngemäß anzuwenden. Im Falle des Verzuges von Vorauszahlungen sind Verzugszinsen in der Höhe der im § 63 Abs. 2 ASVG vorgeschriebenen Höhe zu entrichten.

(16) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Sondergebühren, 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.

§ 64 c

Abrechnung von Leistungen der Fondskrankenanstalten über den
Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds

(1) An anstaltsbedürftigen, sozialversicherten Personen bzw. an nichtsozialversicherten Personen, für die der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds eine Finanzierung über den Fonds vorsieht, erbrachte Leistungen der Krankenanstalten, die auf Grundlage der Art. 15 a B-VG Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung finanziert werden, sind über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds leistungsorientiert nach zu ermittelnden LKF-Gebührenersätzen abzurechnen. Die Höhe der LKF-Gebührenersätze richtet sich nach der Dotation des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds und nach der Höhe der für den LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel. Bei der Berechnung der LKF-Gebührenersätze hat der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds auf die krankenanstaltenspezifischen Erfordernisse insoferne Bedacht zu nehmen, als in der Gestaltung des LKF-Steuerungsbereiches auf die Qualitätskriterien Krankenanstaltentyp, Personalfaktor, apparative Ausstattung, Bausubstanz, Auslastung und Hotelkomponente Bedacht genommen werden kann.

(2) Der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds hat festzulegen, in welcher Form ambulante Leistungen an Pfleglingen und Leistungen im Nebenkostenstellenbereich abgegolten werden. Die Höhe dieser Abgeltung richtet sich nach der Dotation des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds und nach der Höhe der für diese Bereiche vorgesehenen Mittel.

(3) Der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds kann Mittel zur Anpassung an die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung und Mittel für allfällige Investitionszuschüsse vorsehen.

§ 64 d

Dokumentation

Die auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen von den über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds finanzierten Krankenanstalten vorzulegenden Diagnosen- und Leistungsberichte sind dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds in der im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen vorgesehenen Form zu folgenden Terminen zu übermitteln:

1. Bericht über das 1. Quartal bis 30. April des laufenden Jahres,
2. Bericht über das 1. Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres,
3. Jahresbericht bis 28. Februar des Folgejahres.

§ 64 e

Nicht-Fondskrankenanstalten

(1) Die Beziehungen der Versicherungsträger nach § 64 b Abs. 8 zu den Nicht-Fondskrankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen.

(2) Die Versicherungsträger sind hinsichtlich der Patienten, für deren Anstaltspflege sie aufzukommen haben, berechtigt, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt, wie Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, Einsicht zu nehmen und durch einen beauftragten Facharzt den Patienten in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen.

§ 64 f

Zusätzliche Bestimmung für alle Krankenanstalten

Im Falle der Einweisung von Personen durch einen Sozialversicherungsträger zur Befundung oder Begutachtung im Zusammenhang mit

einem Verfahren über Leistungssachen sind die zu entrichtenden Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten 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.

§ 64 g

Anstaltspflege nach dem Heeresversorgungsgesetz - HVG

(1) Für die Anstaltspflege von Patienten, denen nach den Bestimmungen des Heeresversorgungsgesetzes - HVG Anstaltspflege gewährt wird (Beschädigte), sind den öffentlichen Krankenanstalten die behördlich festgesetzten Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse von dem hiezu verpflichteten Kostenträger zur Gänze zu ersetzen.

(2) Wird die Anstaltspflege weder in einer öffentlichen Krankenanstalt noch in einer Anstalt des Bundes durchgeführt, so ist die Höhe des Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten durchprivatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform und bei Fondskrankenanstalten überdies der Genehmigung durch den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds. Werden solche Übereinkommen von einem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen abgeschlossen, bedürfen sie überdies der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

23. Der bisherige Abschnitt IV erhält die Bezeichnung "V. Abschnitt".

24. § 69 Abs. 2 wird aufgehoben.

25. § 70 Abs. 1 und 2 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 Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 oder der an deren Stelle tretenden Vereinbarungen für die von der Vereinbarung erfaßten Krankenanstalten nicht anzuwenden.

(2) Während der Dauer dieser Vereinbarungen (Abs. 1) sind in den Voranschlägen für stationär erbrachte Leistungen an nichtsozialversicherten Bediensteten und sonstigen Angehörigen des Rechtsträgers jene Beträge einzusetzen, die sich aus den voraussichtlichen durchschnittlichen Leistungspunkten je Patient, multipliziert mit dem vorläufigen Schilling-Wert, ergeben. Für die an nichtsozialversicherten Bediensteten und sonstigen Angehörigen des Rechtsträgers ambulant erbrachten Leistungen sind die Beträge so zu bestimmen, daß sie jenen Erträgen bzw. Einnahmen entsprechen, die sich bei der Verrechnung dieser Leistungen mit dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds je Patient und Anstaltsambulatorium bzw. sonstiger Einrichtung (Röntgen, Laboratorium usw.) jährlich durchschnittlich ergeben würden."

Artikel II

§ 51 a ist in der Zeit vom 1. Jänner 1997 bis 31. Dezember 2000 nicht anzuwenden.

Artikel III

Artikel I und II treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft.

ERLÄUTERUNGEN

zum Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 geändert wird.

Zu Art. I Z 1 (§ 10 Abs. 1 lit. c):

Die Einführung der Legaldefinitionen Tagesklinik (Aufnahme einmalig über Tag), Nachtklinik (Aufnahme einmalig über Nacht) und halbstationärer Bereich (Aufnahme längerfristig nur über Tag oder nur über Nacht) steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung. Derartige Fälle sind nach diesem neuen System als Leistungen im stationären Bereich abzurechnen.

Zu Art. I Z 2_ (§ _ 17 Abs._4):

Nach der neuen Rechtslage werden Leistungen der Krankenanstalten, die auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden, über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds abgerechnet. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, diese Krankenanstalten gesetzlich zu verpflichten, den Organen dieses Fonds bzw. den vom ihm beauftragten Sachverständigen über Anforderung kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten zu übermitteln.

Zu Art. I Z 3, 4, 5, 8 (§§ 18 Abs. 3 bis 7, 20 Abs. 2, 21. 28,29):

Durch die KAG-Novelle 1996 wird den Ländern die Möglichkeit eingeräumt, die Wirtschaftsaufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds zu übertragen. Aufgrund des engen Zusammenhanges mit der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wird von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht.

Die §§ 18 und 20 enthielten bisher Regelungen der Aufgaben der Landesregierung im Zusammenhang mit der Wirtschaftsaufsicht und

waren entsprechend zu adaptieren. Die §§ 28 und 29 sind durch die Übertragung* der Wirtschaftsaufsicht auf den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds hinfällig geworden und daher zu beheben. In § 21 war infolge dieser Behebung eine Zitat Anpassung erforderlich.

Zu Art. I Z 6 (§ 25 Abs. 2):

§ 25 Abs. 2 regelt die Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes.' In Ausführung der KAG-Novelle 1996 wird nunmehr normiert, daß ein Anspruch auf Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes nicht besteht.

Zu Art. I Z 7 (§ 26 lit. e):

In dieser Regelung war die Terminologie an jene der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung anzupassen.

Zu Art. I Z 9 11, 16 (§§ 31 Abs. 2 45 Abs. 8, 53 Abs. 2):

In diesen Bestimmungen mußten notwendige Zitat Anpassungen vorgenommen werden.

Zu Art. I Z 10 (§ 44 Abs. 4):

§ 44 Abs. 4 enthält schon bisher eine Aufzählung von Leistungen der Krankenanstalten, die in den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse nicht inbegriffen sind. In Ausführung der grundsatzgesetzlichen Regelung von § 27 Abs. 2 der KAG-Novelle 1996 ist diese Aufzählung zu ergänzen um Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pflégelings erbracht werden (z.B. Telefon).

Art, I Z 12 (§ 46 a Abs. 1 und 2):

Diese Bestimmung ist durch die Aufnahme des Begriffes "LKF-Gebührenersätze durch den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds" an das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung anzupassen.

Absatz 2 war dahingehend zu ergänzen, daß Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, ausdrücklich von der Verpflichtung zur Leistung eines weiteren Kostenbeitrages ausgenommen sind.

Zu Art. I Z 13.,_ 14, 21 (§§ 47, 49 Abs. 1 bis 3 und 7, 63):

Die §§ 47, 49 Abs. 1 bis 3 und 7 sowie 63 enthalten Regelungen über die Beziehungen der Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern. Da diese Beziehungen nunmehr in Abschnitt IV geregelt sind, waren die Bestimmungen aufzuheben.

Zu Art. I Z 15 (§ 50 Abs. 1) :

Nach der bisherigen Rechtslage beschränkte sich der Tätigkeitsbereich der Schiedskommission ausschließlich auf öffentliche Krankenanstalten, weshalb ihre Aufgaben, Zusammensetzung und das Verfahren im Abschnitt für öffentliche Krankenanstalten geregelt ist. Die Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 sieht im Zusammenhang mit der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung eine Ausweitung der Aufgabenbereiche der Schiedskommission vor. Die für die Einführung dieses neuen Finanzierungssystems mit 1.1.1997 unbedingt notwendigen Aufgabenbereiche der Schiedskommission sind daher in dieser Novelle zum Wr. KAG zu regeln.

Die Aufgaben der Kommission, die sich auf Krankenanstalten beziehen, die über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds finanziert werden, sind aufgrund des sachlichen Zusammenhanges nunmehr in Abschnitt IV, § 64 b Abs. 12 bis 16 geregelt.

Zu Art. I Z 17, 18 (S 56 Abs. 2, 4 und 5):

Nach der bisherigen Regelung des § 56 oblag die Feststellung und Anerkennung des Betriebsabganges bei öffentlichen Krankenanstalten ausschließlich der Landesregierung. Mit der KAG-Novelle 1996 wird den Ländern die Möglichkeit eingeräumt, die bisherigen Regelungen

über die Betriebsabgangsdeckung für Krankenanstalten, die über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds finanziert werden, durch Finanzierungsregelungen über diesen Fonds zu ersetzen. Aufgrund des engen Zusammenhanges mit der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wird von dieser Möglichkeit bei öffentlichen Fondskrankenanstalten, deren Rechtsträger nicht die Stadt oder das Land Wien ist, Gebrauch gemacht.

Zu Art. I Z 19 (§ 58 a) :

Für den Fall, daß eine Beschlußfassung bzw. Kundmachung der Gebühren, die meist ab 1. Jänner wirksam werden, aus organisatorischen Gründen bzw. terminlichen Engpässen nicht möglich ist, soll der Verordnungsgeber durch eine ausdrückliche gesetzliche Bestimmung ermächtigt werden, rückwirkende Verordnungen erlassen zu können.

Zu Art. I Z 20 (§ 62 lit. m):

§ 31 normiert für öffentliche Krankenanstalten die Verpflichtung, eine allgemeine Gebührenklasse einzurichten und Personen, die gemäß § 145 ASVG von einem Sozialversicherungsträger eingewiesen werden, in diese aufzunehmen. § 145 ASVG regelt die Einweisung von Erkrankten durch die Sozialversicherungsträger und war bisher auf öffentliche Krankenanstalten ausgerichtet. Durch das 2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996 hat § 145 ASVG insofern eine Änderung erfahren, als sich diese Bestimmung nunmehr auf alle Krankenanstalten bezieht, die durch Landesfonds (in Wien der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds) finanziert werden. Es ist daher notwendig, den Geltungsbereich von § 31 auch auf jene privaten Krankenanstalten zu erstrecken, die über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds finanziert werden (allgemeine gemeinnützige Krankenanstalten).

Zu Art, I Z 22 (Abschnitt IV, §§ 64 a bis 64 g):

Der neue Abschnitt IV enthält Regelungen über die Beziehungen zwischen Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern und Wiener

Krankenanstaltenfinanzierungsfonds und damit wesentliche Regelungen im Zusammenhang mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung. In Übereinstimmung mit der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, der KAG-Novelle 1996 und dem 2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996 regeln diese Bestimmungen die Durchführung der Finanzierung durch den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds und die Beziehungen der Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern.

Da es nach diesem neuen System sowohl für die Finanzierung als auch für die Beziehungen zu den Sozialversicherungsträgern wesentlich ist, ob eine Krankenanstalt aufgrund der oben genannten Vereinbarung finanziert wird oder nicht, wurden in § 64 a die Begriffe "Fondskrankenanstalt" und "Nicht-Fondskrankenanstalt" eingeführt. Fondskrankenanstalten sind öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilungen für Psychiatrie sowie private allgemeine Krankenanstalten, sofern sie nach den Bestimmungen des Wr. KAG gemeinnützig geführt sind.

In Ausführung der KAG-Novelle 1996 regelt § 64 c die Durchführung der Finanzierung von Fondskrankenanstalten durch den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds einschließlich der Ermittlung der von diesem Fonds zu leistenden LKF-Gebührenersätze (Gebührenersätze auf der Grundlage der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung).

Im einzelnen ist zu dieser Regelung auszuführen:

In Krankenanstalten, die leistungsorientiert Zahlungen aus dem Landesfonds erhalten, werden stationär erbrachte Leistungen für sozialversicherte Patienten durch die LKF-Gebührenersätze abgegolten. Nachdem es der Landesgesetzgebung auf Grund des Krankenanstaltengesetzes des Bundes freisteht zu regeln, daß die Leistungen auch für allfällige weitere Gruppen von Patienten dieser Krankenanstalten über den Landesfonds durch LKF-Gebührenersätze abgegolten werden, sieht § 64 c vor, daß auch andere Versicherungsträger (nach Maßgabe der mit diesen hinsichtlich der finan-

ziellen Einbringung der Mittel in den Landesfonds getroffenen Vereinbarungen) einbezogen werden können (z.B. Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien).

Neben dem LKF-Kernbereich (der jenen Bereich bezeichnet, der auf den leistungsorientierten Diagnosefallgruppen beruht, die unabhängig von der jeweiligen Krankenanstalt und unabhängig vom Versorgungsauftrag österreichweit einheitlich festgelegt sind) ist im System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ein LKF-Steuerungsbereich vorgesehen, in dem krankenanstaltenspezifische Kriterien (z.B. Krankenanstaltentyp, Personalfaktor, apparative Ausstattung etc.) Berücksichtigung finden.

Ebenfalls über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds sind Ambulanzleistungen sowie weitere Leistungen der Krankenanstalten (Nebenkosten wie z.B. Krankenpflegeschulen) abzugelten.

Im Rahmen des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds können Mittel zur Anpassung an die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung vorgesehen werden, die dazu dienen sollen, auch die auf Grund der Umstellung der Krankenanstaltenfinanzierung notwendigen strukturellen Anpassungen im Krankenanstaltenbereich auszugleichen.

Die Höhe der LKF-Gebührenersätze ergibt sich aus den von den Fondskrankenanstalten insgesamt erbrachten Leistungspunkten einerseits und den zur Abgeltung zur Verfügung stehenden Fondsmitteln andererseits, wobei auf die krankenanstaltenspezifischen Erfordernisse Bedacht zu nehmen ist.

Die §§ 64 b und 64 e enthalten in Ausführung der Grundsatzbestimmungen des 2. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996 konkrete Regelungen über die Beziehungen der Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern. Nach der bisher geltenden Rechtslage war bei der Regelung dieser Beziehung nur zwischen öffentlichen und privaten Krankenanstalten zu unterscheiden. Dementsprechend waren die Beziehungen der öffentlichen versicherungsträgern in Abschnitt II des Wr. KAG dessen Bestimmungen nur auf öffentliche Krankenanstalten Anwendung finden; die Beziehungen der privaten

private Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern waren im Abschnitt für private Krankenanstalten geregelt. Nach der nunmehr umzusetzenden Rechtslage ist für die Art der Beziehung der Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern nur mehr wesentlich, ob eine Krankenanstalt über den Landesfonds finanziert wird (Fondskrankenanstalt) oder nicht (Nicht-Fondskrankenanstalt). Krankenanstalten zu den Sozial geregelt, Krankenanstalten

Es war daher notwendig, die Beziehungen der Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern in einem Abschnitt zu regeln, der für alle Krankenanstalten gilt. In § 64 b werden in Ausführung der Grundsatzbestimmung des § 148 ASVG und der zugehörigen Nebengesetze die Beziehungen der Fondskrankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern und die damit in Zusammenhang stehenden Aufgaben der Schiedskommission geregelt. In § 64 e werden die Beziehungen der Nicht-Fondskrankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern geregelt und damit die notwendigen Ausführungsbestimmungen zu § 149 ASVG und Nebengesetzen erlassen.

§ 64 d regelt die Termingestaltung für die Übermittlung von Diagnosen- und Leistungsberichten durch Fondskrankenanstalten an den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds. Die Notwendigkeit der Aufnahme dieser Bestimmung ergab sich auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, durch welches der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds verpflichtet wird, Diagnosen- und Leistungsberichte an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz zu übermitteln.

Die §§ 64 f und 64 g enthalten Regelungen, die schon bisher in Geltung standen und weitergelten sollen. Da auch sie die Beziehungen der Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern betreffen, waren sie in Abschnitt IV zu übernehmen.

Im übrigen ist den §§ 27 und 28 der KAG-Novelle 1996 zu entnehmen, daß der Landesgesetzgeber zu bestimmen hat, ob für Patienten, die nicht sozialversichert sind, Pflegegebühren oder LKF-Gebühren festgesetzt werden. Das Grundsatzgesetz räumt damit dem Landesgesetzgeber die Wahlmöglichkeit ein, für diese Patienten als

gesetzliches Entgelt weiterhin die Pflegegebühr oder die LKF-Gebühr festzusetzen. Für Wien ist nunmehr beabsichtigt, keine Änderung vorzunehmen und wie auch bisher für diese Patienten die Pflegegebühr als gesetzliches Entgelt festzusetzen. Würde nämlich die LKF-Gebühr als gesetzliches Entgelt normiert werden, wäre die Höhe des vom Patienten zu entrichtenden Betrages im vorhinein nicht ermittelbar, da sich die Anzahl der am Patienten erbrachten Leistungspunkte vor der Erbringung der Untersuchung bzw. Behandlung nicht konkret bestimmen läßt. Die festgesetzte Pflegegebühr kommt allerdings nur für einen sehr geringen Personenkreis in Frage, da fast alle Patienten sozialversichert sind, für die nunmehr nach LKF-Gebührenersätzen abgerechnet wird.

Zu Art I Z 23 (Änderung der Bezeichnung des bisherigen Abschnittes IV in Abschnitt V):

Da der nunmehrige Abschnitt IV die Beziehungen zwischen Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern und Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds regelt, war der bisherige Abschnitt IV in Abschnitt V umzubenennen.

Zu Art. I Z 24 (§ 69 Abs. 2) :

In § 69 Abs. 2 war geregelt, daß mit dem Außerkrafttreten der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1996 die Bestimmungen der in Anlage 2 enthaltenen SS 48 und 49 in Kraft treten. Diese Bestimmungen enthalten Regelungen über die Beziehungen der öffentlichen Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern.

Da für die Dauer der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 die Beziehungen der Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern in Abschnitt IV geregelt sind, war Abs. 2 aufzuheben.

Zu Art. I Z 25 (§ 70 Abs. 1 und 2):

Für Leistungen der Krankenanstalten, für die der Rechtsträger keinen Anspruch auf Gebühren hat (z.B. Ordensspital behandelt eigene Ordensangehörige), sind als Einnahmen nur äquivalente Beträge zu berücksichtigen. Die bisher vom Hanusch-Krankenhaus

für Mitglieder (und deren Familienangehörige) der Wiener Gebietskrankenkasse angesetzten Äquivalenzbeträge fallen für die Dauer der Art. 15 a B-VG Vereinbarung nicht mehr an (die Verrechnung der bei der Wiener Gebietskrankenkasse sozialversicherten Personen erfolgt ab 1.1.1997 über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds), sodaß eine Abänderung der Bestimmung erforderlich war. Unter Berücksichtigung der sich durch die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung ergebenden Änderungen war die Berechnungsgrundlage der Äquivalenzbeträge entsprechend zu modifizieren.

Zu Art. II:

§ 51 a enthält Regelungen über den Behandlungsbeitrag von Patienten, die ihren Hauptwohnsitz in einem anderen Bundesland haben (inländische Gastpatienten). Da nach Art. 27 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 für inländische Gastpatienten für die Dauer dieser Vereinbarung keine über die Abgeltung des Landesfonds hinausgehende Entschädigung bezahlt wird, war die Anwendung dieser Bestimmung bis 31.12.2000 auszusetzen.

Zu Art. III:

Um die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ab 1.1.1997 zu ermöglichen und den grundsatzgesetzlichen Anforderungen zu entsprechen, sind die Artikel I und II mit 1.1.1997 in Kraft zu setzen.