

13. Mai 2002

## GESETZENTWURF

### 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. 48/2001, wird wie folgt geändert:

#### Artikel I

1. In § 1 Abs. 3 Z 3 wird das Wort „Wartung“ durch das Wort „Pflege“ ersetzt.
2. In § 1 Abs. 4 wird nach dem Wort „Ärzten“ die Wortfolge „oder Zahnärzten“ eingefügt.
3. § 3 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Die Einrichtung von Departments ist zulässig in den Fachrichtungen

1. Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
2. Pulmologie im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin,
3. Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin und Neurologie,
4. Psychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde.

Bei der Einrichtung und Führung von Departments sind die im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.“

4. In § 4 wird nach Abs. 2 folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben. In diesem Fall ist neben den Voraussetzungen des Abs. 2 die Errichtungsbewilligung auch davon abhängig, dass die Errichtung nach dem

angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem Landeskrankenanstaltenplan entspricht.“

5. § 5a Abs. 2 lautet:

„(2) Bei Erstellung dieses Landeskrankenanstaltenplanes sind folgende Grundsätze sicherzustellen:

1. Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden.
2. Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der Bevölkerung gewährleisten.
3. Die von der Planung umfassten Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten (spitalsambulanter und niedergelassener Bereich sowie selbstständige Ambulatorien) und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß minimiert werden.
4. Im Bereich der von der Planung umfassten Krankenanstalten ist die Errichtung und Vorhaltung isolierter Fachabteilungen in dislozierter Lage zu vermeiden. Von dieser Regelung kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden.
5. Bei der Errichtung und Vorhaltung von Fachabteilungen und Departments sind die definierten Mindestbettenzahlen zu berücksichtigen; von diesen kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden; die abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten soll nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztstätigkeit unterlaufen werden.
6. Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll daher eine Beschränkung der Konsiliararztstätigkeit auf die Intentionen des § 3 (Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorgter Patienten) erfolgen, soweit dies unter Schonung wohlerworbener Rechte möglich ist.
7. Einrichtungen für Psychiatrie (PSY), Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), Palliativmedizin (PAL) und für Psychosomatik (PSO) sollen dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden; bei der Einrichtung dieser Strukturen sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
8. In den Fachrichtungen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie, Unfallchirurgie und Pulmologie sowie in der Akutgeriatrie/Remobilisation und Psychosomatik können bei nachgewiesenem Bedarf im Rahmen von übergeordneten Ab-

teilungen einer entsprechenden Fachrichtung Departments mit mindestens drei Fachärzten (davon ein Leiter und ein Stellvertreter) geführt werden; bei der Einrichtung von Departments sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten. Für die Pulmologie ist die Einrichtung von Departments nur im Rahmen von Pilotprojekten und mit entsprechend eingeschränktem Leistungsspektrum zulässig.

9. Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen und/oder Departments der betreffenden Fachrichtung und unter Beschränkung des medizinischen Leistungsangebotes eingerichtet werden. Dislozierte Tageskliniken dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden. Bei der Einrichtung von Tageskliniken sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.

10. Die Kooperation von Krankenanstalten zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte soll gefördert werden. Kooperationen umfassen unter anderem Zusammenschlüsse von einzelnen Abteilungen oder ganzen Krankenanstalten.

11. Insbesondere in ambulanten Leistungsbereichen, die durch hohe Investitions- und Vorhaltekosten gekennzeichnet sind (z.B. radiologische Institute), soll die Kooperation zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor zur besseren gemeinsamen Ressourcennutzung bei gleichzeitiger Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote gefördert werden. Entsprechende Konzepte sind im Rahmen von Pilotprojekten zu erproben bzw. zu evaluieren.

12. Für unwirtschaftliche Krankenanstalten, insbesondere mit im Verhältnis zur Betriebsgröße geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit sind in der Planung Konzepte zur Umwidmung in alternative Versorgungsformen zu entwickeln; dabei sollen auch neue Modelle (z.B. dislozierte Tageskliniken und Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheitszentren mit Information-, Koordinations- und Schnittstellenfunktion) in die Überlegungen einbezogen werden.

13. Die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung sind festzulegen. Die Fächerstrukturen (differenziert nach der abgestuften Leistungserbringung) und die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) sind für jede Krankenanstalt festzulegen. Weiters sind für das Land und für jede Krankenanstalt ausgewählte (spitzenmedizinische) Leistungsbereiche und die Vorhaltung von ausgewählten medizinisch-technischen Großgeräten festzulegen.“

6. In § 6 Abs. 1 lit. b wird der Strichpunkt durch einen Beistrich ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„sowie bei Fondskrankenanstalten die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind,“

7. In § 7 Abs. 5 wird nach dem Wort „Landeskrankenanstaltenplanes“ die Wortfolge „und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien“ eingefügt.

8. § 10 Abs. 7 lautet:

„(7) Die Anstaltsordnung ist an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen. Überdies sind die Teile der Anstaltsordnung gemäß Abs. 1 lit. a, b und c sowie die für das Verhalten der Patienten maßgebenden Teile der Anstaltsordnung in der Anstalt für die Patienten gut sichtbar und lesbar anzuschlagen.“

9. § 12 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„In Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten ist die Leitung des ärztlichen Dienstes jedenfalls hauptberuflich auszuüben. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung bestehende Genehmigungen nach Abs. 4 werden von dieser Regelung nicht berührt.“

10. § 12a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„In Abteilungen von Krankenanstalten, in deren Rahmen Departments gemäß § 3 Abs. 4 geführt werden, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß § 12 Abs. 2 mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt, sondern dem Leiter des Departments zu.“

11. § 13 Abs. 3 erster Satz lautet:

„Behandlungen dürfen an einem Patienten nur mit dessen Zustimmung durchgeführt werden; unter welchen Umständen die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters erforderlich ist, richtet sich nach den Bestimmungen des Zivilrechtes.“

12. § 13 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Den Mitgliedern der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Wien ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten und in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen. Weiters sind ihnen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Eine Einsichtnahme in Krankengeschichten ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig, wenn dies im Zusammenhang mit der Überprüfung der Ausbildung unbedingt erforderlich ist. Eine weitere Verwendung personenbezogener Patientendaten darf nicht erfolgen.“

13. In § 13a Abs. 2 wird das Zitat „§ 4 Abs. 2 des Ärztegesetzes 1984“ durch das Zitat „§ 7 Abs. 2 Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002,“ ersetzt.

14. In § 14 Abs. 2 wird der Begriff „Krankenpflegefachdienstes“ durch den Begriff „gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege“ ersetzt.

15. In § 15 Abs. 4 wird nach „BGBl. Nr. 227/1969,“ die Wortfolge „in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002,“ eingefügt.

16. § 16 Abs. 1 und 2 lautet:

„(1) Für die bei Trägern von Krankenanstalten und in Krankenanstalten beschäftigten Personen sowie für die Mitglieder von Kommissionen gemäß § 13 Abs. 4 und § 15a besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Die Verschwiegenheitspflicht erstreckt sich auf alle den Gesundheitszustand betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Patienten, die ihnen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind, bei der Entnahme und Transplantation von Organen und Organteilen auch auf die Person des Spenders und des Empfängers.

(2) Durchbrechungen der Verschwiegenheitspflicht bestimmen sich nach den dienst- oder berufsrechtlichen Vorschriften. Im Übrigen besteht die Verschwiegenheitspflicht nicht, wenn die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt durch ein öffentliches Interesse, insbesondere durch Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege gerechtfertigt ist.“

17. § 17 Abs. 1 lit. a lautet:

„a) über die Aufnahme und die Entlassung der Patienten Vormerke zu führen, sowie im Fall der Ablehnung der Aufnahme und bei der Aufnahme nach § 36 Abs. 1 letzter Satz die jeweils dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;“

18. § 17 Abs. 1 lit. b dritter Halbsatz lautet:

„der Krankengeschichte ist auch die Obduktionsniederschrift (§ 40 Abs. 3 und 4) beizugeben.“

19. In § 17 Abs. 1 lit. d wird das Zitat „§ 62a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten (Krankenanstaltengesetz - KAG), BGBl. Nr. 1/1957,“ durch das Zitat „§ 62a Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002,“ ersetzt.

20. § 17 Abs. 1 lit. f lautet:

„f) im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche gemäß § 44 und § 62a Abs. 1 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002, zu dokumentieren.“

21. In § 17 Abs. 8 entfällt die Wortfolge „sowie Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste“.

22. § 21 lautet:

„§ 21. Die Bestimmungen des § 18 Abs. 5 bis 7 sowie der §§ 19 und 20 gelten nicht für jene Krankenanstalten, deren Rechtsträger das Land Wien oder die Stadt Wien ist und die von dem der Genehmigung durch den Gemeinderat unterliegenden Wirtschaftsplan, Dienstpostenplan und Jahresabschluss der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund erfasst sind.“

23. § 22 lautet:

„§ 22. Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignete Person aus dem Kreis der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit der verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes zu betrauen. Die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes ist hauptberuflich auszuüben. Bei Verhinderung der mit der verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes betrauten Person muss diese von einer geeigneten Person aus dem Kreis der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden.“

24. In § 22c Abs. 2 wird der Begriff „des Krankenpflegepersonals“ durch den Begriff „der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe“ ersetzt.

25. In § 26 lit. e wird nach dem Wort „Abteilungen“ die Wortfolge „und sonstige bettenführende Organisationseinheiten“ eingefügt.

26. In § 26 lit. f wird das Zitat „§ 46 Abs. 1 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957,“ durch das Zitat „§ 46 Abs. 1 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002,“ ersetzt.

27. In § 27 wird nach dem Wort „Abteilung“ die Wortfolge „ , einer sonstigen bettenführenden Organisationseinheit“ eingefügt.

28. § 33 Abs. 1 erster Satz lautet:

„(1) Angliederungsverträge, das sind Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer privaten Krankenanstalt über die Unterbringung von Patienten der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederten Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Genehmigung der Landesregierung.“

29. In § 34 Abs. 2 wird die Wortfolge „eines Fachbeamten der Bundesanstalt für chemische und pharmazeutische Untersuchungen“ durch die Wortfolge „eines Bediensteten des Bundesinstituts für Arzneimittel“ ersetzt.

30. § 34 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen.“

31. § 36 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Soll die Aufnahme eines Patienten nur bis zur Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen, für das eine Abteilung oder ein Department nicht vorhanden ist, dürfen nur solche Patienten aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles das Vorhandensein einer derartigen Organisationseinheit für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird.“

32. § 38 Abs. 2 lautet:

„(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Patientenbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die

Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu enthalten hat. Dieser Patientenbrief ist nach Entscheidung des Patienten diesem oder dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt und bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung oder dem entsprechenden Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu übermitteln. Bei Bedarf sind dem Patientenbrief auch Angaben zu Maßnahmen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich anzufügen.“

33. § 40 Abs. 3 und 4 lautet:

„(3) Über jede Obduktion ist eine Niederschrift aufzunehmen, die der Krankengeschichte anzuschließen und gemäß § 17 Abs. 2 zu verwahren ist.

(4) Die Obduktionsniederschrift hat außer den zur Feststellung der Person des Obduzierten erforderlichen Angaben die pathologischen Befunde an der Leiche und die Todesursache zu enthalten. Die Niederschrift ist vom obduzierenden Arzt zu fertigen.“

34. In § 42 Abs. 4 entfällt die Wortfolge „neben den wichtigsten Personaldaten“.

35. In § 44 Abs. 5 wird das Zitat „§ 55 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957“ durch das Zitat „§ 55 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002“ ersetzt.

36. In § 50 Abs. 1 lit. c wird der Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, LGBl. für Wien Nr. 9/1997,“ durch den Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung,“ ersetzt.

37. In § 50 Abs. 1 lit. d wird der Klammerausdruck „(Art. 24 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, LGBl. für Wien Nr. 9/1997)“ durch den Klammerausdruck „(Art. 29 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung)“ ersetzt.

38. In § 50a Abs. 1 wird der Ausdruck „das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 - AVG, BGBl. Nr. 51, in der Fassung BGBl. I Nr. 164/1998,“ durch den Ausdruck „das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 - AVG, BGBl. Nr. 51, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002,“ ersetzt.

39. In § 57 Abs. 2 wird der Ausdruck „Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales“ durch den Ausdruck „Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen“ ersetzt.



40. § 62 lit. d lautet:

„d) für die Entlassung gilt § 38 Abs. 1 zweiter Satz, Abs. 2 und 3 sowie Abs. 4 erster Satz;“

41. In § 62 lit. 1 wird die Wortfolge „aus einer inländischen öffentlichen Apotheke“ durch die Wortfolge „aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum“ ersetzt.

42. In § 62 lit. m und in § 64a Abs. 1 wird der Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ durch den Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung“ ersetzt.

43. In § 64b Abs. 2 und 3 wird das Zitat „§ 447f Abs. 6 ASVG“ durch das Zitat „§ 447f Abs. 7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 5/2001“ ersetzt.

44. In § 64c Abs. 3 wird die Wortfolge „Mittel zur Anpassung an die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ durch die Wortfolge „Mittel für Ausgleichszahlungen“ ersetzt.

45. § 64d lautet:

„§ 64d. Die auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 5/2001, von den über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds finanzierten Krankenanstalten vorzulegenden Diagnosen- und Leistungsberichte sind dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds in der in diesem Bundesgesetz 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. vorläufiger Jahresbericht bis 28. Februar des Folgejahres,
4. endgültiger Jahresbericht bis 31. Oktober des Folgejahres.“

46. In § 64h Abs. 2 wird der Ausdruck „Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales“ durch den Ausdruck „Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen“ ersetzt.

47. In § 64i wird der Klammerausdruck „(§ 135a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 5/2001)“ durch den Klammerausdruck „(§ 135a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 41/2002)“ ersetzt.

48. In § 66 wird das Zitat „§§ 60 bis 62 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 95/1998“ durch das Zitat „§§ 60 bis 62 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002“ ersetzt.

## Artikel II

1. In § 3 Abs. 4 wird der Ausdruck „Strukturqualitätskriterien“ durch den Ausdruck „Mindeststandards“ ersetzt.

2. § 4 Abs. 2 lit. a lautet:

„a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem vorgesehenen Leistungsangebot sowohl nach dem Landeskrankenanstaltenplan als auch im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist,“

3. In § 4 entfallen die Absätze 2a und 7.

4. § 5 a Abs. 1 lautet:

„(1) Die Landesregierung hat für öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilungen für Psychiatrie und für private gemeinnützige allgemeine Krankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befindet.“

5. § 5 a Abs. 3 lautet:

„(3) Die Rechtsträger der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten haben jährlich bis zum 31. März für das vorhergehende Jahr die Anzahl der stationären Aufnahmen und die Anzahl der Pfl egetage je Abteilung, getrennt nach Patienten, die ihren Hauptwohnsitz in Wien haben, und solchen, die ihren Hauptwohnsitz nicht in Wien haben, der Landesregierung schriftlich zu melden.“

6. § 6 Abs. 1 lit. b lautet:

„b) auf Grund eines Augenscheines festgestellt ist, dass die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die darin vorgesehenen Mindeststandards erfüllt sind;“

7. § 7 Abs. 5 lautet:

„(5) Die Bewilligung nach Abs. 2 und 3 ist insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die darin vorgesehenen Mindeststandards erfüllt sind.“

8. § 17 Abs. 4 dritter Satz lautet:

„Ferner sind den Sozialversicherungsträgern, 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.“

9. § 18 Abs. 3 bis 7 lautet:

„(3) Der Abschluss von Verträgen nach § 148 Z 7 ASVG bedarf, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht das Land Wien oder die Stadt Wien ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung. 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 der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder der Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 3 gilt als erteilt, wenn sie nicht binnen zwei Monaten ab Vorlage der Verträge von der Landesregierung schriftlich versagt wird.

(5) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand oder Zweckzuschüsse des Bundes erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. Die Rechtsträger solcher Krankenanstalten haben

- 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 längstens 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, der Landesregierung zur Genehmigung vorzulegen;

- c) den mit der Handhabung der Wirtschaftsaufsicht betrauten Organen, 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 Abschriften und Kopien herzustellen.

(6) Die Voranschläge, Dienstpostenpläne und Rechnungsabschlüsse der im Abs. 5 genannten Krankenanstalten sind von der Landesregierung zu genehmigen, wenn die rechnerische Richtigkeit festgestellt wird und keine Bedenken hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit bestehen.

(7) Die im Abs. 5 genannten Krankenanstalten sind nach Maßgabe der praktischen Erfordernisse durch Organe des Amtes der Landesregierung jährlich einmal einer eingehenden Besichtigung zur Überprüfung ihrer Wirtschaftsführung zu unterziehen.“

10. § 20 Abs. 2 lautet:

„(2) Der Rechnungsabschluss ist von der Landesregierung auf seine rechnerische Richtigkeit sowie auf die Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit zu überprüfen. Weist der Rechnungsabschluss wesentliche formale Mängel auf, ist er vom Amt der Landesregierung dem Rechtsträger der Krankenanstalt zurückzustellen und zur Verbesserung eine angemessene Frist einzuräumen.“

11. § 21 lautet:

„§ 21. Die Bestimmungen des § 18 Abs. 5 und 6 sowie der §§ 19, 20, 29 und 29 a gelten nicht für jene Krankenanstalten, deren Rechtsträger das Land Wien oder die Stadt Wien ist und die von dem der Genehmigung durch den Gemeinderat unterliegenden Wirtschaftsplan, Dienstpostenplan und Jahresabschluss der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund erfasst sind.“

12. Der Titel von Abschnitt II lautet:

„II. Abschnitt  
Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten“

13. § 25 Abs. 2 letzter Satz entfällt.

14. Die §§ 29 und 29 a samt Überschrift lauten:

„Voranschlag, Dienstpostenplan und Rechnungsabschluss

§ 29. (1) Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Voranschlag und der Dienstpostenplan den Bestimmungen dieses Gesetzes entspricht. Wenn diese Voraussetzungen durch die Abänderung des Voranschlages oder des Dienstpostenplanes erreicht werden können, ist die Genehmigung unter den hiezu erforderlichen Bedingungen zu erteilen. Ist der Voranschlag derart im Widerspruch zu den Bestimmungen dieses Gesetzes, dass auch durch entsprechende Auflagen ein gesetzeskonformer Vollzug des Voranschlages nicht erzielt werden kann, ist der Antrag auf Genehmigung abzuweisen und der Rechtsträger der Krankenanstalt zu ermächtigen, bis zur Vorlage eines entsprechend verbesserten genehmigungsfähigen Voranschlages innerhalb der von der Landesregierung hiefür gesetzten Frist als Grundlage für die monatliche Gebarung ein Zwölftel der Ansätze des letzten genehmigten Voranschlages zu verwenden (Voranschlagsprovisorium). Das Voranschlagsprovisorium gilt auch dann, wenn der Voranschlag nicht oder so verspätet vorgelegt wurde, dass eine Genehmigung des Voranschlages vor Beginn des Gebarungsjahres nicht möglich ist.

(2) Die Ansätze des genehmigten Voranschlages stellen hinsichtlich der Aufwendungen bzw. Ausgaben Höchstbeträge dar, die aufgewendet werden dürfen, hingegen sind die veranschlagten Erträge bzw. Einnahmen Mindestbeträge, die erreicht werden sollen. Ein Nachtragsvoranschlag ist nur zu genehmigen, wenn durch wesentliche, von der zuständigen Behörde bewilligte Veränderungen der Struktur und Organisation der Krankenanstalt sowie durch den Eintritt von bei der Erstellung des Voranschlages nicht vorhersehbaren Umständen der genehmigte Voranschlag teilweise undurchführbar wird. Bei Aufwands- bzw. Ausgabenüberschreitungen gegenüber dem genehmigten Voranschlag im Ausmaß von weniger als 10 % der betreffenden Voranschlagspost ist der Antrag auf Genehmigung anlässlich der Vorlage des Rechnungsabschlusses zu stellen.

§ 29 a. Der Rechnungsabschluss ist zu genehmigen, wenn die rechnerische Richtigkeit festgestellt wurde und er von den Ansätzen des genehmigten Voranschlages einschließlich des Nachtragsvoranschlages nicht abweicht. Abweichungen nach § 29 Abs. 2 letzter Satz sind dann mitzugenehmigen, wenn diese den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit entsprechen. Alle nicht genehmigten Abweichungen vom Voranschlag und Gebarungsvorgänge, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit nicht entsprechen, sind im Genehmigungsbescheid nach Berichtigung allfälliger Rechenfehler betragsmäßig anzuführen. Im Genehmigungsbescheid ist auch auszusprechen, dass diese Beträge der Berechnung des Betriebsabganges (§ 56 Abs. 2) nicht zu Grunde gelegt werden.“

15. In § 31 Abs. 2 tritt an Stelle des Zitates „§ 64 b Abs. 8“ das Zitat „§ 47 Abs. 2“.

16. In § 45 Abs. 8 tritt an Stelle des Zitates „§ 64 b“ das Zitat „§ 47“.

17. § 46 a lautet:

„§ 46 a. (1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstalts-  
pflege Pflegegebührenersätze zur Gänze (kein Selbstbehalt) durch einen Sozialver-  
sicherungsträger oder durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung getragen werden, ist  
durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von  
3,63 Euro pro Tag, für den Pflegegebührenersätze zu entrichten sind, einzuheben.  
Dieser Betrag darf pro Patient für höchstens 28 Tage in jedem Kalenderjahr einge-  
hoben werden.

(2) Ausgenommen von der Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages sind Patien-  
ten, die zu einer Organspende stationär aufgenommen wurden, sowie solche Patien-  
tinnen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusam-  
menhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen,  
weitere jene Patienten, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben  
ist. Bei der Beurteilung der sozialen Schutzbedürftigkeit sind die Familien-, Ein-  
kommens- und Vermögensverhältnisse sowie Art und Dauer der Erkrankung zu be-  
rücksichtigen. Patienten, die nachweislich von der Rezeptgebühr im Sinne der sozi-  
alversicherungsrechtlichen Bestimmungen befreit sind, sind jedenfalls von der  
Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages ausgenommen.

(3) Der Patient ist zur Leistung des Kostenbeitrages verpflichtet, es sei denn, das  
Vorliegen einer Befreiung nach den Abs. 1 und 2 wird vom Patienten nachgewiesen  
oder vom zuständigen Sozialversicherungsträger bzw. von der zuständigen Kran-  
kenfürsorgeeinrichtung bekannt gegeben.

(4) Die Landesregierung hat den in Abs. 1 genannten Kostenbeitrag zum 1. Jänner  
eines jeden Jahres zu valorisieren und zwar in jenem Verhältnis, in dem sich der  
Wert des vorangegangenen Oktober-Index des Verbraucherpreisindex 1986 oder des  
an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Oktober-Index des zweitvorange-  
gangenen Jahres verändert hat. Die Höhe des Kostenbeitrages ist im Landesgesetz-  
blatt kundzumachen.

18. § 47 samt Überschrift lautet:

„Beziehungen der öffentlichen Krankenanstalten  
zu den Sozialversicherungsträgern

- § 47. (1) Für die Beziehungen der öffentlichen Krankenanstalten zu den Versicherungsträgern nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz - ASVG gilt Folgendes:
- a) Ein gemäß § 145 ASVG (§ 31 Abs. 2 dieses Gesetzes) 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 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 schriftliche 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.
  - b) Die der Krankenanstalt gebührenden Pflegegebührenersätze sind für Versicherte zur Gänze vom Versicherungsträger, für Angehörige von Versicherten zu 90 % vom Versicherungsträger und zu 10 % vom Versicherten zu entrichten. Sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung, übersteigen, hat der Versicherungsträger auch für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze zur Gänze zu entrichten; bei Anstaltspflege aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sowie bei der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gemäß § 120 Abs. 2 ASVG hat der Versicherungsträger für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze vom Tag der Einweisung an zur Gänze zu entrichten. 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.
  - c) Mit den gemäß lit. b vom Versicherungsträger bezahlten Pflegegebührenersätzen einschließlich des vom Versicherten für Angehörige zu entrichtenden Kostenbeitrags und dem Kostenbeitrag gemäß § 46 a sind die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse (§ 44 Abs. 1) abgegolten. Die in § 44 Abs. 4 angeführten Leistungen sind damit nicht abgegolten.
  - d) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat gegenüber dem gemäß § 145 ASVG (§ 31 Abs. 2 dieses Gesetzes) eingewiesenen Patienten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen, soweit nach lit. a, b und c nicht anderes bestimmt ist, keinen Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege. Nach Ablauf dieser Pflegedauer hat der Versicherte für den weiteren Anstaltsaufenthalt die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren zu tragen.

e) 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.

(2) Versicherungsträger im Sinne der vorstehenden Bestimmungen sind die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und Sozialversicherungsanstalt der Bauern. Die Bestimmungen des Abs. 1 finden auf die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, auf die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen als Träger der Krankenversicherung im Sinne des § 473 ASVG, auf die Gewerbliche Selbstständigen-Krankenversicherung und auf die Bauernkrankenversicherung mit der Abweichung Anwendung, dass die im Abs. 1 lit. b vorgesehene Ermäßigung der Pflegegebührensätze für die Angehörigen der Versicherten dieser Versicherungsträger nicht anzuwenden ist.

(3) Zur Feststellung und Überprüfung eines allfälligen Anspruches auf Bezahlung des vereinbarten Pflegegebührensatzes durch den Krankenversicherungsträger und zur Durchsetzung des Anspruches auf Bezahlung der Pflegegebühren gegenüber dem Patienten und dessen Angehörigen haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger über Aufforderung bekannt zu geben, für welche Zeiten und durch wen (Name und Anschrift) der Patient oder dessen Angehörige zur Krankenversicherung angemeldet waren oder sind.

(4) Handelt es sich um einen Versicherten oder um einen anspruchsberechtigten Angehörigen nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz, hat abweichend von Abs. 1 lit. b der Versicherungsträger 90 % und der Versicherte 10 % der den Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührensätze zu entrichten, soweit nicht im Bauern-Sozialversicherungsgesetz Ausnahmen von der Kostenbeteiligung vorgesehen sind."

19. § 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 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 5 % pro Jahr zu entrichten.

(2) Das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührensätze - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe - und allfälligen Sondergebühren (§ 45 Abs. 1) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebührensätze 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 5 % pro Jahr 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.“

20. § 49 lautet:

„§ 49. (1) 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 zu Stande, so entscheidet auf Antrag die Schiedskommission (§ 50) mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß § 48 Abs. 2 zu regelnden Angelegenheiten. Das Gleiche gilt für den Fall, dass der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluss eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zu Stande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gestellt werden.

(2) Wenn ein Antrag nach Abs. 1 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(3) Besteht zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger kein Vertrag (Abs. 2 und § 48 Abs. 2), sind bis zur Entscheidung der Schiedskommission die zuletzt geltenden Pflegegebührenersätze als Vorauszahlungen auf die von der Schiedskommission festzusetzenden Pflegegebührenersätze 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 in § 63 Abs. 2 ASVG vorgeschriebenen Höhe zu entrichten.

(4) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührenersätze, so sind diese so zu bestimmen, dass sie 80 % der

jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse nicht übersteigen und 60 % 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 aufwändigen Einrichtungen verbunden ist und inwieweit die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger gegeben ist. .

(5) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Sondergebühren, so darf das Ausmaß 70 % 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 aufwändigen 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 % dieser durchschnittlichen Kosten zu betragen haben; von der Festsetzung in Bauschbeträgen sind besonders kostenintensive Untersuchungen und Behandlungen ausgenommen.“

21. § 50 Abs. 1 lautet:

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

22. In § 50 Abs. 2 zweiter Satz tritt an Stelle des Wortes „fünf“ das Wort „vier“.

23. § 50 Abs. 2 Z 2 lautet:

„2. Die übrigen Mitglieder sind wie folgt zu bestellen:

- a) eines auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
- b) eines auf Vorschlag der Orden, die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten in Wien sind,
- c) eines aus dem Kreis der rechtskundigen Beamten des Aktivstandes des Aintes der Landesregierung,
- d) wenn der am Streit beteiligte Rechtsträger der Krankenanstalt weder ein Orden noch das Land (Gemeinde) Wien ist, eines auf Vorschlag des betreffenden Rechtsträgers der Krankenanstalt für die Dauer des Verfahrens.

Für jedes Mitglied ist für den Fall seiner Verhinderung in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen.“

24. § 50 Abs. 2 Z 3 bis 6 samt Schlusssatz entfällt.

25. § 50 Abs. 3 und 4 lautet:

„(3) Wird innerhalb einer vom Amt der Landesregierung zu bestimmenden angemessenen Frist von mindestens sechs Wochen kein Vorschlag erstattet, der den im Abs. 2 Z 2 angeführten Voraussetzungen entspricht, so ist die Landesregierung bei der Bestellung des Mitgliedes (Ersatzmitgliedes) nicht an das Vorliegen eines Vorschlages gebunden.

(4) Die im Abs. 2 Z 1 und Z 2 lit. a bis c bezeichneten Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind für eine Amtsdauer von drei Jahren zu bestellen. Wiederbestellungen sind zulässig, und zwar auch von Mitgliedern nach Abs. 1 Z 2 lit. d.“

26. § 50 Abs. 11 bis 18 lautet:

„(11) Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002, anzuwenden.

(12) Die Schiedskommission entscheidet in Senaten, denen der Vorsitzende und als Beisitzer

1. das auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger bestellte Mitglied und
2. von den Mitgliedern gemäß Abs. 2 Z 2 lit. b bis d dasjenige, das nach Art des am Streit beteiligten Rechtsträgers der Krankenanstalt in Betracht kommt, angehören.

(13) Bei Ablauf der Amtsdauer von Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) oder bei einem sonstigen Wechsel in der Person von Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) ist ein anhängiges Verfahren von neuem durchzuführen.

(14) Die Beisitzer sind zu den Sitzungen vom Vorsitzenden unter Bekanntgabe der Tagesordnung rechtzeitig einzuberufen. Die Einberufung hat schriftlich und unter Nachweis der Zustellung zu erfolgen.

(15) Ein Senat ist beschlussfähig, wenn der Vorsitzende und die beiden Beisitzer anwesend sind.

(16) Die Beschlüsse der Senate werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Der Vorsitzende gibt seine Stimme als Letzter ab.

(17) Nähere Bestimmungen über die Geschäftsordnung der Schiedskommission hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen. Die Kanzleigeschäfte der Schiedskommission hat der Magistrat zu führen.

(18) Die Entscheidungen der Schiedskommission unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg.“

27. § 50 a entfällt.

28. § 53 Abs. 2 lautet:

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

29. § 56 Abs. 2 lautet:

„(2) Zum Betriebsabgang einer öffentlichen Krankenanstalt leistet das Land Wien einen Beitrag von 50 % des von der Landesregierung nach den Grundsätzen dieses Gesetzes festgestellten Betriebsabganges der Krankenanstalt. Unter Betriebsabgang ist der gesamte Betriebs- und Erhaltungsaufwand der Krankenanstalt, soweit er von der Landesregierung als für die wirtschaftliche, sparsame und zweckmäßige Führung der Krankenanstalt gerechtfertigt anerkannt und durch Erträge bzw. Einnahmen nicht gedeckt ist, zu verstehen. Für Leistungen der Krankenanstalt, für die dem Rechtsträger 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 Leistungen, an ambulanten Patienten erbrachte Leistungen und der aus der Anzahl der Gesundenuntersuchungen ermittelten Beträge des betreffenden Jahres ergeben. Ebenso sind im Gebahrungsergebnis 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. Zweckzuschüsse des Bundes 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 fortdauernden Verwen-

„dung und Arbeitsfähigkeit gilt keine Beschränkung beim Ansatz derartiger Personalkosten.“

30. § 56 Abs. 4 und 5 entfällt.

31. § 57 Abs. 2 letzter Satz lautet:

„Wenn die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, ist das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage durch die Landesregierung in Kenntnis zu setzen.“

32. § 62 lit. m entfällt.

33. § 63 lautet:

„§ 63. (1) Die Beziehungen der Versicherungsträger nach § 47 Abs. 2 erster Satz zu den privaten Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen. Die Höhe des Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten in einer privaten Krankenanstalt für Patienten, denen nach dem Heeresversorgungsgesetz - HVG Anstaltspflege gewährt wird, ist durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Übereinkommen bedürfen, wenn sie von einem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen abgeschlossen werden, der Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform und der Genehmigung der Landesregierung gemäß § 18 Abs. 4.

(2) Die mit gemeinnützigen privaten Krankenanstalten zu vereinbarenden Pflegegebührenersätze dürfen nicht niedriger sein als die Pflegegebührenersätze, die vom gleichen Versicherungsträger an die nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen geleistet werden.

(3) Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 47 Abs. 1 lit. e und die des § 48 Abs. 1 sinngemäß.“

34. Abschnitt IV samt Überschrift entfällt mit Ausnahme von § 64i. § 64i erhält die Bezeichnung „§ 64a“.

35. Abschnitt V erhält die Bezeichnung „IV. Abschnitt“.

36. § 65 letzter Satz entfällt.

### Artikel III

(1) Soweit in Artikel II auf Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes - ASVG verwiesen wird, sind diese in jener Fassung anzuwenden, die am 31. Dezember 1996 gegolten hat.

(2) Art. I Z 3 bis 7, 10, 25, 27, 28, 31, 36, 37, 42 bis 45 treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(3) Art. I Z 22 tritt mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

(4) Die übrigen Bestimmungen von Art. I treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(5) Art. II tritt mit 1. Jänner 2005 in Kraft, sofern zu diesem Zeitpunkt nicht bereits eine zwischen dem Bund und den Ländern geschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für den Zeitraum ab 1. Jänner 2005 unterzeichnet ist.

## VORBLATT

### Ziel und Problemstellung:

- Ausführung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen der KAG-Novelle, BGBl. I Nr. 5/2001, sowie Anpassungen an die ASVG-Novelle, BGBl. I Nr. 5/2001, und an die Novelle zum Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. I Nr. 5/2001, im Zusammenhang mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004, soweit die Ausführung nicht bereits mit der Novelle zum Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. für Wien Nr. 48/2001, erfolgt ist;
- Ausführung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen weiterer Novellen zum Krankenanstaltengesetz – es sind dies die Novellen BGBl. I Nr. 95/1998, BGBl. I Nr. 80/2000 und BGBl. I Nr. 135/2000 -, soweit sie nicht bereits mit früheren Novellen zum Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 ausgeführt worden sind;
- Anpassungen im Zusammenhang mit der anonymen Geburt und der anonymen Betreuung von Frauen vor und nach einer anonymen Geburt;
- Weitere krankenanstaltenrechtliche Änderungen, deren Notwendigkeit sich aus der Vollzugspraxis ergeben hat, sowie Begriffs- und Zitanpassungen.

### Inhalt:

Regelungsschwerpunkt dieser Novelle zum Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 ist die Ausführung grundsatzgesetzlicher Bestimmungen und gesetzliche Anpassungen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004. Dazu gehören vor allem im Bereich des Landeskrankenanstaltenplanes die Anpassung der Grundsätze und Ziele an den Österreichischen Krankenanstaltenplan (ÖKAP) und die diesbezüglichen grundsatzgesetzlichen Vorgaben, Regelungen im Zusammenhang mit der Organisationseinheit „Department“ und die Verpflichtung zur Berücksichtigung von Strukturqualitätskriterien. Weitere wesentliche Änderungen betreffen die Angliederungsverträge sowie die tagesklinische Aufnahme von Patienten und die damit zusammenhängende Dokumentation. Artikel II der Novelle enthält jene Bestimmungen, die nach dem Außerkrafttreten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab 1. Jänner 2005 gelten sollen, sofern zu diesem Zeitpunkt nicht bereits eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung unterzeichnet ist.

Die Ausführung der KAG-Novellen BGBl. I Nr. 95/1998, BGBl. I Nr. 80/2000 und BGBl. I Nr. 135/2000 umfasst im Wesentlichen Anpassungen bzw. Ergänzungen in den Bereichen Arztbrief (im Wr. KAG Patientenbrief), Anstaltsordnung, Verschwiegenheitspflicht, Krankengeschichte, Arzneimittelbezug und Zustimmung zur Heilbehandlung sowie die Einführung eines Zutrittsrechtes der Mitglieder der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Wien zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind.

Im Zusammenhang mit der anonymen Geburt und der anonymen Betreuung von Frauen vor und nach einer anonymen Geburt werden die Regelungen betreffend Aufnahme von Personaldaten in die Krankengeschichte und in die Aufzeichnungen über Untersuchungen und Behandlungen in Anstaltsambulatorien angepasst.

Die Bestimmungen über die ärztliche Leitung von Krankenanstalten werden dahingehend ergänzt, dass die ärztliche Leitung in Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten hauptberuflich auszuüben ist.

Eine weitere in dieser Novelle enthaltene Änderung betrifft die Anpassung von § 21 an organisatorische Änderungen im Zusammenhang mit der Zuerkennung der Eigenschaft einer Unternehmung an den Wiener Krankenanstaltenverbund ab 1.1.2002.

#### Alternativen:

Hinsichtlich der Ausführung grundsatzgesetzlicher Bestimmungen und der Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004 bestehen keine Alternativen.

Die Regelungen über die Krankengeschichte und die Aufzeichnungen in Anstaltsambulatorien könnten behelfsmäßig weiterhin derart interpretiert werden, dass der Aufnahme der Personaldaten im Fall einer anonymen Geburt bzw. Betreuung keine Wichtigkeit zukommt.

Hinsichtlich der übrigen Änderungen wäre die Alternative die Beibehaltung der als unzulänglich erkannten Rechtslage.

#### Kosten:

Die vorliegende Novelle verursacht keine Mehrkosten. Art. I enthält im Vergleich zur Rechtslage auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 keine kostenrelevanten Änderungen. Artikel II bringt – falls ab 1. Jänner 2005 keine neue Art. 15a B-VG Vereinbarung wirksam ist – zwar eine Entlastung des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds und der Schiedskommission, dieser Entlastung steht jedoch ein geringer Mehraufwand bei der Landesregierung gegenüber.



Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Wien:

Auswirkungen auf die Beschäftigung in Krankenanstalten sind durch diese Novelle nicht zu erwarten.

Sollte Artikel II ab 1. Jänner 2005 in Kraft treten, ist eine administrative Entlastung beim Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds zu erwarten, da alle Aufgaben, die ihm im Zusammenhang mit der Art. 15a B-VG Vereinbarung übertragen wurden, wegfallen. Eine administrative Entlastung ist in diesem Fall überdies bei der Schiedskommission zu erwarten, da ihre Aufgaben wesentlich eingeschränkt werden. Demgegenüber steht ein administrativer Mehraufwand, der sich daraus ergibt, dass der Landesregierung in diesem Fall – wie dies auch vor der Novelle zum Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 13/1997, der Fall war – die Wirtschaftsaufsicht und die Feststellung des Betriebsabganges obliegt.

Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit und unmittelbare budgetäre Auswirkungen sind durch diese Novelle nicht zu erwarten.

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Der gegenständliche Regelungsbereich unterliegt keinen speziellen Vorschriften des Rechtes der Europäischen Union. Die im Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft festgelegten Grundsätze werden eingehalten.

## **ERLÄUTERUNGEN**

zum Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 geändert wird

### **I. Allgemeiner Teil**

#### **I) Änderungen im Zusammenhang mit der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung:**

Mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wurde die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und ein Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) verpflichtend eingeführt. Da diese Vereinbarung mit 31. Dezember 2000 außer Kraft getreten ist und Bund und Länder sich darauf geeinigt haben, die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung weiterzuführen, wurden die Details über die Weiterführung dieser Reform ab 1. Jänner 2001 in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004 geregelt. Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind mit 1. Jänner 2001 in Kraft zu setzen.

Die Umsetzung auf Bundesebene erfolgte mit BGBl. I Nr. 5/2001, mit dem eine Änderung des Krankenanstaltengesetzes, des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und verschiedener Sonderversicherungsgesetze erfolgte. Einige der darin enthaltenen Neuerungen – die Einführung weiterer Kostenbeiträge ab 1. Jänner 2001 sowie die Verpflichtung der Krankenanstalten im Zusammenhang mit dem Behandlungsbeitrag – Ambulanz zur Datenübermittlung an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – erforderten eine sofortige Umsetzung auf Landesebene und wurden bereits mit der Novelle zum Wiener Krankenanstaltengesetz, LGBl. für Wien Nr. 48/2001, ausgeführt. Mit dieser Novelle erfolgte auch die weitere Aussetzung von § 51a Wiener Krankenanstaltengesetz (Behandlungsbeitrag inländischer Gastpatienten) für die Geltungsdauer der neuen Art. 15a B-VG Vereinbarung.

Die Ausführung aller übrigen Grundsatzbestimmungen und sonstige notwendige Anpassungen im Zusammenhang mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ist Regelungsschwerpunkt der gegenständlichen Novelle.

Wesentliche Neuerungen in diesem Bereich sind:

- Anpassung der Grundsätze und Ziele des Landeskrankenanstaltenplanes an den ÖKAP/GGP und die diesbezüglichen grundsatzgesetzlichen Vorgaben;
- Organisationseinheit „Department“ und begleitende Regelungen;
- Verpflichtende Berücksichtigung von Strukturqualitätskriterien in Fondskrankenanstalten und auch in Nicht-Fondskrankenanstalten bei der Führung von Departments;
- Erweiterung der Möglichkeit zum Abschluss von Angliederungsverträgen;
- Regelungen über die tagesklinische (d.i. bis zur Dauer eines Tages) Aufnahme von Patienten und die damit zusammenhängende Dokumentation in der Krankengeschichte;
- Anpassung der Berichtspflicht der Fondskrankenanstalten an den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds an die mit BGBl. I Nr. 5/2001 erfolgten Änderungen im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen.

Artikel II der Novelle enthält - korrespondierend zu Art. I 3. Titel der KAG-Novelle, BGBl. I Nr. 5/2001, - jene Bestimmungen, die nach dem Außerkrafttreten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab 1. Jänner 2005 gelten sollen, sofern zu diesem Zeitpunkt nicht bereits eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung unterzeichnet ist.

## **II) Ausführung weiterer Novellen zum Krankenanstaltengesetz des Bundes:**

Völlig unabhängig von den Änderungen im Zusammenhang mit der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sollen mit der vorliegenden Novelle einige Novellen zum Krankenanstaltengesetz des Bundes landesgesetzlich umgesetzt werden, die bisher noch nicht bzw. noch nicht vollständig umgesetzt wurden.

Im Folgenden werden die Änderungen, die auf Grund dieser Novellen notwendig sind, stichwortartig zusammengefasst:

KAG-Novelle BGBl. I Nr. 95/1998	- Arztbrief (im Wr. KAG Patientenbrief)
KAG-Novelle BGBl. I Nr. 80/2000	- Zutrittsrecht der Mitglieder der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Wien zu Ärzteausbildungsstätten
	- Anpassungen Anstaltsordnung
	- Ergänzungen Verschwiegenheitspflicht
	- Ergänzungen Krankengeschichte
	- Arzneimittelbezug – Europäischer Wirtschaftsraum
	- Begriffs- und Zitat Anpassungen
KAG-Novelle i.R. KindRÄG 2001 BGBl. I Nr. 135/2000	- Zustimmung zur Heilbehandlung

### **III) Änderungen im Zusammenhang mit der anonymen Geburt:**

Im Zusammenhang mit der anonymen Geburt und der anonymen Betreuung von Frauen vor und nach einer anonymen Geburt werden die Regelungen betreffend Aufnahme von Personaldaten in die Krankengeschichte und in die Aufzeichnungen über Untersuchungen und Behandlungen in Anstaltsambulatorien geändert.

### **IV) Weitere Änderungen:**

Folgende weitere Änderungen haben sich als notwendig erwiesen:

- Erfordernis der hauptberuflichen Ausübung der ärztlichen Leitung in Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten
- Anpassung von § 21 an organisatorische Änderungen im Zusammenhang mit der Zuerkennung der Eigenschaft einer Unternehmung an den Wiener Krankenanstaltenverbund ab 1.1.2002
- Begriffs- und Zitanpassungen

## **II. Finanzielle Auswirkungen**

Durch die in dieser Novelle vorgesehenen Änderungen werden keine zusätzlichen Kosten entstehen.

Zu Artikel I:

Artikel I enthält im Vergleich zur Rechtslage auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 keine kostenrelevanten Änderungen. Auch die von der Krankenanstaltenfinanzierung unabhängigen Regelungen verursachen keine absehbaren Mehrkosten.

Zu Artikel II:

Falls am 1. Jänner 2005 noch keine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung unterzeichnet ist, tritt Artikel II ab diesem Zeitpunkt in Kraft.

Da in diesem Fall sämtliche Aufgaben des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, die ihm im Zusammenhang mit den seit 1997 ergangenen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung übertragen wurden, wieder wegfallen, ist eine administrative Entlastung dieses Fonds zu erwarten. Eine administrative Entlastung ist in diesem Fall überdies bei der Schiedskommission zu erwarten, da ihre Aufgaben wesentlich eingeschränkt werden. Demgegenüber steht ein geringer

administrativer Mehraufwand, der sich daraus ergibt, dass der Landesregierung in diesem Fall – wie auch vor der Novelle zum Wr. KAG, LGBI. für Wien Nr. 13/1997, - die Wirtschaftsaufsicht und die Feststellung des Betriebsganges obliegt. Insgesamt gesehen ist daher mit keiner Mehrbelastung zu rechnen.

### III. Besonderer Teil

#### **Zu Artikel I:**

#### Zu Z 1 (§ 1 Abs. 3 Z 3):

Die Neuformulierung stellt eine Anpassung an die Diktion des § 1 Abs. 3 Z 4 dar und enthält keine inhaltliche Änderung.

#### Zu Z 2 (§ 1 Abs. 4):

Diese Änderung nimmt – wie auch die entsprechende Grundsatzbestimmung § 2 Abs. 3 KAG - auf die durch das Ärztegesetz 1998 erfolgte Schaffung des Berufes des Zahnarztes Bedacht.

#### Zu Z 3 (§ 3 Abs. 4):

Im Rahmen der ÖKAP/GGP-Revision wurde die Möglichkeit der Führung von Departments bestimmter Fachrichtungen im Rahmen bestimmter Abteilungen vereinbart. Mit § 3 Abs. 4 wird diese Möglichkeit entsprechend den grundsatzgesetzlichen Vorgaben auch landesgesetzlich ausdrücklich eingeräumt, wobei bei der Einrichtung und Führung derartiger Departments auch von Nicht-Fondskrankenanstalten die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien (etwa hinsichtlich Personalausstattung, Bettenzahl) einzuhalten sind. Diese explizite Regelung für bestimmte sonderfachfremde Departments im Rahmen von bestimmten Abteilungen hindert nicht, darüber hinaus im Rahmen von sonstigen Abteilungen eine Gliederung in Departments desselben Sonderfaches vorzunehmen.

#### Zu Z 4 (§ 4 Abs. 2 a):

Wenn eine Krankenanstalt errichtet werden soll, für die Mittel aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung in Anspruch genommen werden sollen - etwa durch Abschluss eines Angliederungsvertrages mit einer Fondskrankenanstalt -, ist dies bereits bei Antragstellung bekannt zu geben. Die Errichtungsbewilligung darf in einem derartigen Fall nur dann erteilt werden, wenn neben den in Abs. 2 genannten Voraussetzungen auch die Übereinstimmung von Anstaltszweck und Leistungsangebot mit dem Landeskrankenanstaltenplan gegeben ist.

Zu Z 5 (§ 5a Abs. 2):

Entsprechend der revidierten Fassung des ÖKAP/GGP, die seit 1. Jänner 2001 in Kraft ist, wurden die grundsatzgesetzlichen Vorgaben für den Landeskrankenanstaltenplan geändert. Durch die Neuformulierung von § 5a Abs. 2 werden die bei Erlassung dieses Planes zu beachtenden Grundsätze in Übereinstimmung mit der geänderten Grundsatzbestimmung festgelegt.

Zu Z 6 (§ 6 Abs. 1 lit. b):

Im Einklang mit der neuen Bestimmung des § 4 Abs. 2a darf einer Fondskrankenanstalt auch die Betriebsbewilligung nur in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes erteilt werden. Weiters sollen die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien Voraussetzung für die Bewilligung derartiger Einrichtungen sein.

Zu Z 7 (§ 7 Abs. 5):

Eine weitere Voraussetzung für die Bewilligung von Änderungen bei Fondskrankenanstalten ist nunmehr die Erfüllung der vorgesehenen Strukturqualitätskriterien.

Zu Z 8 (§ 10 Abs. 7):

Durch diese Änderung, die grundsatzgesetzlich vorgegeben ist, werden die Rechtsträger der Krankenanstalten verpflichtet, alle für die Patienten relevanten Teile der Anstaltsordnung den Patienten zugänglich zu machen, ohne dass es einer bescheidmäßigen Vorschreibung bedarf. Für das Personal ist die Anstaltsordnung in ihrer Gesamtheit für ihr Tätigwerden relevant und daher in ihrer Gesamtheit zugänglich zu machen.

Zu Z 9 (§ 12 Abs. 1):

Mit der Novelle zum Wiener Krankenanstaltengesetz, LGBl. für Wien Nr. 9/1995, wurde die Verpflichtung eingeführt, dass in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben ist. Nunmehr soll vorgesehen werden, dass in Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten die ärztliche Leitung jedenfalls hauptberuflich auszuüben ist. Dies bedeutet, dass der ärztliche Leiter nicht gleichzeitig als Abteilungsvorstand tätig sein kann. Dies erscheint im Sinne einer ausreichenden Qualitätssicherung auf Grund der Größe dieser Krankenanstalten und der Wichtigkeit der Funktion der ärztlichen Leitung angebracht. Da die Leitung des ärztlichen Dienstes nicht nur Verwaltungstätigkeit, sondern auch grundsätzliche und allgemeine medizinische Angelegenheiten umfasst, schließt das Erfordernis der Hauptberuflichkeit eine unmittelbare ärztliche Tätigkeit zwar nicht aus, sie ist in dieser Funktion aber nur in eingeschränktem Ausmaß möglich.

Ein Eingriff in Genehmigungen nach § 12 Abs. 4, die vor dem Inkrafttreten dieser Bestimmung erteilt wurden, ist nicht vorgesehen. Derartige Genehmigungen bleiben von dieser Neuregelung unberührt.

Zu Z 10, 25 und 27 (§ 12a Abs. 1, § 26 lit. e und § 27):

Diese Regelungen bringen Anpassungen im Zusammenhang mit der Organisationseinheit „Department“, die auch grundsatzgesetzlich vorgegeben sind.

Im Hinblick auf die Sonderfachbeschränkung des § 31 Ärztegesetz 1998 ist es bei der Führung von sonderfachfremden Departments in bestimmten Abteilungen (siehe § 3 Abs. 4) erforderlich, dass die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß § 12 Abs. 2 mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt, sondern dem Leiter des Departments zukommt. § 12a Abs. 1 wurde daher entsprechend ergänzt.

Auch in § 26 lit. e sind Departments als bettenführende Organisationseinheiten zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Bestimmung über die Voraussetzungen zur Überprüfung des Öffentlichkeitsrechts (§ 27) ist ebenfalls auf Departments Bedacht zu nehmen.

Zu Z 11 (§ 13 Abs. 3):

Die derzeitige Regelung des § 13 Abs. 3 ist aus zwei Gründen problematisch. Indem sie die Voraussetzungen für die Zustimmung zu gewissen medizinischen Maßnahmen regelt, enthält sie materiell Bestimmungen/Regelungen über die Handlungsfähigkeit, obwohl derartige Regelungen dem Kompetenztatbestand des Art. 10 Abs. 1 Z 6 B-VG (Zivilrechtswesen) und nicht dem Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstaltenwesen“ (Art. 12 Abs. 1 B-VG) zuzuordnen sind. Sie ist daher verfassungsrechtlich nicht unbedenklich. Überdies steht sie ab dem Inkrafttreten des Kindschaftsrechts-Änderungsgesetzes 2001 – KindRÄG 2001 mit 1. Juli 2001 im Widerspruch zu den zivilrechtlichen Regelungen über die Handlungsfähigkeit minderjähriger Kinder in Angelegenheiten ihrer medizinischen Behandlung (§ 146c ABGB).

Die neue Fassung bringt daher folgende Änderungen:

Die Zustimmung des Patienten ist nicht mehr nur bei gewissen medizinischen Maßnahmen („besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriffe“), sondern bei allen Behandlungen Voraussetzung für die Zulässigkeit ihrer Durchführung. Unter welchen Umständen die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters erforderlich ist, richtet sich nach den Bestimmungen des Zivilrechtes.

Die neue Regelung enthält somit keine besonderen Bestimmungen über die Handlungsfähigkeit mehr und damit auch keine von § 146c ABGB abweichende Regelung über die Handlungsfähigkeit minderjähriger Kinder.

Zu Z 12 (§ 13 Abs. 4):

Nach § 82 Abs. 2 Ärztegesetz 1998 ist in jeder Landesärztekammer für alle mit der Ärzteausbildung zusammenhängenden Fragen eine Ausbildungskommission einzurichten. Mit der 2. Ärztegesetz-Novelle wird dieser Kommission die Überprüfung der Qualität der Ausbildung von Turnusärzten in anerkannten Ausbildungsstätten an Ort und Stelle (Visitation) übertragen und es wird normiert, dass den Mitgliedern der Kommission Zutritt zu gestatten ist, in alle Unterlagen, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen, Einsicht zu gewähren ist und alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen sind. Im Bundeskrankenanstaltengesetz wurde dieses Zutritts-, Einsichts- und Auskunftsrecht mit BGBl. I Nr. 80/2000 grundsatzgesetzlich festgelegt und ist daher auch landesgesetzlich auszuführen.

Zu den Unterlagen, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen, werden beispielsweise Personalaufzeichnungen oder Rasterzeugnisse gehören, weiters Unterlagen über die organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung. Wenn es im Zusammenhang mit der Überprüfung der Ausbildung unbedingt erforderlich ist, kann in begründeten Einzelfällen auch die Einsicht in Krankengeschichten in Betracht kommen. Eine weitere Verwendung personenbezogener Patientendaten darf jedoch nicht erfolgen.

Obwohl die Mitglieder der Ausbildungskommission nach § 89 Ärztegesetz 1998 einer gesonderten Verschwiegenheitspflicht für Kammeraufgaben und als Ärzte der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen, wird ihre Pflicht zur Verschwiegenheit auch in § 16 Abs. 1 (siehe Z 16) ausdrücklich normiert.

Zu Z 13 bis 15, 19, 23, 24, 26, 29, 35 bis 39, 42, 43, 46 bis 48 (§ 13a Abs. 2, § 14 Abs. 2, § 15 Abs. 4, § 17 Abs. 1 lit. d, § 22, § 22c Abs. 2, § 26 lit. f, § 34 Abs. 2, § 44 Abs. 5, § 50 Abs. 1 lit. c und d, § 50a Abs. 1, § 57 Abs. 2, § 62 lit. m, § 64b Abs. 2 und 3, § 64h Abs. 2, § 64i, § 66):

Die Änderungen umfassen ausschließlich Begriffs- und Zitanpassungen.

Zu Z 16 (§ 16 Abs. 1 und 2):

Die Änderung dient der Klarstellung, dass sich die Verschwiegenheitspflicht auf alle vom Träger einer Krankenanstalt beschäftigten Personen erstreckt und auch diejenigen Personen erfasst, die in einer Krankenanstalt beschäftigt sind, aber nicht in einem Dienstverhältnis zum Träger stehen. Abs. 2 stellt klar, dass sich auch die Durchbrechung der Verschwiegenheitspflicht primär nach dienst- und berufsrechtlichen Vorschriften bestimmt, dass aber für jene Personen, für die derartige Bestimmungen nicht zum Tragen kommen, die generelle Regelung des zweiten Satzes dieser Gesetzesstelle Anwendung findet.



Zu Z 17 und 34 (§ 17 Abs. 1 lit. a und § 42 Abs. 4):

Anlässlich der letzten Änderung des Strafgesetzbuches mit BGBl. I Nr. 19/2001 wurde mit Wirkung vom 7. März 2001 § 197 StGB (Verlassen eines Unmündigen) aufgehoben und damit ein wichtiger Schritt zur Ermöglichung der anonymen Geburt in Krankenanstalten gesetzt.

Eine Prüfung des Wiener Krankenanstaltengesetzes hat ergeben, dass es darin keine Regelung gibt, die einer anonymen Geburt in Wiener Krankenanstalten entgegenstehen würde. Nach § 17 Abs. 1 lit. a und § 42 Abs. 4 Wiener Krankenanstaltengesetz sind die Krankenanstalten zwar verpflichtet, die wichtigsten Personaldaten der Patienten zu dokumentieren, man kann diese Bestimmungen aber durchaus so interpretieren, dass im Falle einer anonymen Geburt sowie im Fall einer anonymen Vor- und Nachbetreuung den Personaldaten der Patientin keine Wichtigkeit zukommt und sie deshalb auch nicht dokumentiert werden müssen.

Um aber jeden Zweifel an der Zulässigkeit der anonymen Geburt und der anonymen Betreuung von Frauen vor und nach einer anonymen Geburt in Wiener Spitälern auszuschließen, wird diese Novelle zum Anlass genommen, die beiden Bestimmungen derart umzuformulieren, dass Personaldaten – wie dies auch im Grundsatzgesetz der Fall ist – darin nicht mehr ausdrücklich erwähnt werden.

Zu Z 18 und 33 (§ 17 Abs. 1 lit. b und § 40 Abs. 3 und 4):

Entsprechend der grundsatzgesetzlichen Vorgabe in § 25 Abs. 3 KAG wird ausdrücklich geregelt, dass die Obduktionsniederschrift Teil der Krankengeschichte und wie diese aufzubewahren ist.

Zu Z 20 und 21 (§ 17 Abs. 1 lit. f und Abs. 8):

Mit der Novelle zum Bundeskrankenanstaltengesetz, BGBl. I Nr. 80/2000, wurde § 44 KAG dahingehend geändert, dass die Heranziehung von Patienten zu klinischem Unterricht grundsätzlich nur mehr mit Zustimmung der Betroffenen erfolgen darf. Die bis dahin geltende Widerspruchslösung wurde nur in jenen Fällen beibehalten, in denen nach dem Gesundheitszustand des Patienten die Einholung der Zustimmung nicht in Betracht kommt. Allfällige Widersprüche sind im Rahmen der Krankengeschichte zu dokumentieren. § 17 Abs. 1 lit. f war daher entsprechend der grundsatzgesetzlichen Vorgabe anzupassen.

Auch die Änderung in § 17 Abs. 8 ist eine Anpassung an die Grundsatzbestimmung. Regelungsziel dieser Bestimmung ist, dass Aufzeichnungen von Berufsgruppen, deren Berufsrecht eine absolute Verschwiegenheitspflicht vorsieht, nicht in die Krankengeschichte aufgenommen werden, da nur auf diese Weise der absoluten Verschwiegenheitspflicht Rechnung getragen werden kann.

Das Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) sah in seiner Stammfassung BGBl. Nr. 460/1992 für die Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste eine absolute Verschwiegenheitspflicht vor. Unter Beachtung dieser berufsrechtlichen Vorgabe wurde in § 17 Abs. 8 festgelegt, dass Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind, im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke im Sinne des Abs. 1 lit. a nicht geführt werden dürfen. Durch die Novelle zum MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 327/1996, wurden die Regelungen über die absolute Verschwiegenheitspflicht der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste zu Gunsten bestimmter Ausnahmen geändert. Demgemäß wurde in der Grundsatzbestimmung des § 10 Abs. 4 KAG eine Anpassung vorgenommen, die landesgesetzlich auszuführen ist.

Zu Z 32 (§ 38 Abs. 2):

Mit der KAG-Novelle BGBl. I Nr. 95/1998 wurde die grundsatzgesetzliche Bestimmung (§ 24 Abs. 2 KAG) über den bei der Entlassung eines Patienten auszustellenden Arztbrief (im Wr. KAG Patientenbrief) neu formuliert. § 38 Abs. 2 ist daher entsprechend anzupassen.

Inhaltlich neu ist die ausdrückliche Erwähnung der Anordnung für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und die Möglichkeit der Übermittlung des Patientenbriefes an Pflege- und Betreuungseinrichtungen und Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.

Zu Z 22 (§ 21):

Die bisherige Regelung bleibt inhaltlich unverändert. Sie wird lediglich organisatorischen Änderungen angepasst, die mit Wirkung ab 1. Jänner 2002 im Zusammenhang mit der Zuerkennung der Eigenschaft einer Unternehmung an den Wiener Krankenanstaltenverbund eintreten.

Zu Z 28 (§ 33 Abs. 1):

Die Möglichkeit, Angliederungsverträge abzuschließen, war bisher auf den Abschluss zwischen öffentlichen und privaten Krankenanstalten beschränkt. Durch die Neuregelung soll diese Beschränkung entfallen und dadurch eine vermehrte Kooperation von Krankenanstalten zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Auslastung gefördert werden.

Zu Z 30 und 41 (§ 34 Abs. 3 und § 62 lit. 1):

§ 34 Abs. 3 sieht vor, dass die Rechträger öffentlicher Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheken betreiben, die Arzneimittel aus einer inländischen öffentlichen Apotheke zu beziehen haben. Diese Regelung widerspricht dem Grundsatz des freien Warenverkehrs und ist daher entsprechend der bereits angepassten Grundsatzbestimmung

dahingehend zu ändern, dass der Bezug der Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu erfolgen hat. Das gleiche gilt für private gewinnorientierte Krankenanstalten. § 62 lit. l ist daher ebenfalls anzupassen.

Von den Rechtsträgern der Krankenanstalten ist in diesem Zusammenhang zu beachten, dass der Bezug gemäß den in Österreich geltenden arzneimittelrechtlichen Bestimmungen zu erfolgen hat. Es handelt sich dabei insbesondere um die Berücksichtigung der Vorschrift, dass in Österreich nur solche Arzneispezialitäten abgegeben werden dürfen, die auch in Österreich zugelassen sind. Zentral zugelassene Arzneispezialitäten bedürfen allerdings keiner nationalen inländischen Zulassung, so dass sie in gleicher Weise (mit deutschsprachiger Kennzeichnung und Gebrauchsinformation) in deutschen und österreichischen Apotheken erhältlich sind.

Zu Z 31 und 17 (§ 36 Abs. 1 und § 17 Abs. 1 lit. a):

Sollen bestimmte Leistungen tagesklinisch auf dem Gebiet eines Sonderfaches erbracht werden, für das eine Abteilung oder ein Department nicht vorhanden ist, so ist durch den Arzt, der über die Aufnahme entscheidet, bei der Aufnahmeuntersuchung darauf Bedacht zu nehmen, dass nur solche Patienten aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles (z.B. Art der zu erbringenden Leistung, Risikoträchtigkeit des Eingriffs, medizinischer Zustand des Patienten) eine stationäre Struktur für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird. Die für eine Aufnahmeentscheidung maßgebende Beurteilung ist in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Diese Vorkehrungen dienen sowohl dem Schutz der Patienten als auch der Beweissicherung.

Zu Z 40 (§ 62 lit. d):

§ 62 lit. d ist den grundsatzgesetzlichen Vorgaben (§ 40 Abs. 1 lit. c) anzupassen. Die Änderung dient der Klarstellung, dass auch private Krankenanstalten verpflichtet sind, anstaltsbedürftige Patienten zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig ist (etwa weil die notwendige Behandlung in der privaten Krankenanstalt nicht erfolgen kann). Weiters wird klargestellt, dass eine vorzeitige Entlassung auf Wunsch des Patienten (nach Belehrung über die möglichen Folgen für den Gesundheitszustand) selbstverständlich jederzeit möglich ist und dass vor jeder Entlassung durch Untersuchung festzustellen ist, ob der Patient geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird.

Zu Z 44 (§ 64c Abs. 3):

Es handelt sich nur um eine Begriffsanpassung. Da es die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung bereits seit 1997 gibt, ist der Begriff „Mittel zur Anpassung an die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ nicht mehr zutreffend. Er ist daher entsprechend der grundsatzgesetzlichen Vorgabe anzupassen.

Zu Z 45 (§ 64d):

Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen sieht seit der Novelle BGBl. I Nr. 5/2001 in § 3 Abs. 1 eine vierstufige Berichtspflicht der Landesfonds an das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen vor. § 64d Wr. KAG, der korrespondierend dazu die Berichtspflicht der Fondskrankenanstalten an den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds regelt, ist dieser Bestimmung anzupassen.

**Zu Artikel II:**

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004 haben sich der Bund und die Länder darauf geeinigt, dass die in Durchführung dieser Vereinbarung ergehenden Bundes- und Landesgesetze mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung (mit Ablauf des 31. Dezember 2004) auch außer Kraft treten und – falls keine Einigung über eine Neuregelung zu Stande kommt – die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften, soweit sie in Durchführung der Vereinbarung geändert wurden, wieder in Kraft gesetzt werden.

Mit Artikel II werden daher jene Bestimmungen aufgehoben, die in Durchführung der beiden seit 1997 ergangenen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung erlassen wurden, und jene Bestimmungen wieder in Geltung gesetzt, die am 31. Dezember 1977 gegolten haben und in Durchführung dieser Vereinbarungen geändert wurden. Da dieser Rechtszustand ab 1. Jänner 2005 aber nur hergestellt werden soll, wenn bis dahin keine Einigung über eine Neuregelung zustande kommt, wird mit Artikel III Abs. 6 sichergestellt, dass Artikel II am 1. Jänner 2005 nur dann in Kraft tritt, wenn zu diesem Zeitpunkt noch keine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung unterzeichnet ist.

Zu den Bestimmungen im Einzelnen:

Zu Z 1 (§ 3 Abs. 4):

Die Strukturqualitätskriterien werden nunmehr – entsprechend den grundsatzgesetzlichen Vorgaben – als Mindeststandards bezeichnet.

Zu Z 2, 6 und 7 (§ 4 Abs. 2 lit. a, § 6 Abs. 1 lit. b und § 7 Abs. 5):

Die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes, dem unabhängig von einer Mittelzuweisung auf Grund einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG entsprochen werden muss, sind sowohl bei der Bedarfsprüfung als auch bei der Betriebsbewilligung und auch bei Änderungen zu berücksichtigen. Bei der Betriebsbewilligung und bei Änderungen sind überdies die vorgesehenen Mindeststandards zu erfüllen.

Zu Z 3 und 13 (§ 4 Abs. 2a und 7 und § 25 Abs. 2):

§ 4 Abs. 2a ist eine Sonderbestimmung für Fondskrankenanstalten und hat ebenfalls zu entfallen. § 4 Abs. 7 und § 25 Abs. 2 beinhalten die Einbeziehung des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds und (in § 25 Abs. 2 letzter Satz) der Sozialversicherung in die Bedarfsprüfung. Diese Einbeziehung ist bei Herstellung der alten Rechtslage nicht mehr gegeben.

Zu Z 4, 5 und 31 (§ 5a Abs. 1 und 3 und § 57 Abs. 2):

Die Bezeichnung „Fondskrankenanstalt/en“ ist zu entfernen.

Zu Z 8 (§ 17 Abs. 4):

Da der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds nicht mehr in die Leistungsabrechnung von Krankenanstalten eingebunden ist, sind ihm auch keine Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen mehr zu übermitteln.

Zu Z 9, 10, 11 und 14 (§ 18 Abs. 3 bis 7, § 20 Abs. 2, § 21, § 29 und § 29a):

Die Wirtschaftsaufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, obliegt nicht mehr dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, sondern – wie bereits vor der Novelle zum Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 13/1997 – der Landesregierung. Überdies ist darauf Bedacht zu nehmen, dass entsprechend der Rechtslage am 31. Dezember 1977 nicht mehr „Betriebs- und sonstige Zuschüsse durch den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds oder Zuschüsse nach Gesetzesbestimmungen, die an dessen Stelle treten“ gewährt werden, sondern Zweckzuschüsse des Bundes. Die betroffenen Bestimmungen sind daher anzupassen. Die §§ 29 und 29a entsprechen den §§ 28 und 29, die mit der Novelle zum Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 13/1997, aufgehoben worden waren.

Zu Z 12 (Titel von Abschnitt II):

Da sich die Aufgaben der Schiedskommission – wie auch vor den Novellen zum Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 13/1997 und Nr. 22/2000 – auf öffentliche Krankenanstalten beschränken, enthält Abschnitt II wieder ausschließlich Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten. Die Bezeichnung ist daher anzupassen.

Zu Z 15, 16 und 28 (§ 31 Abs. 2, § 45 Abs. 8, § 53 Abs. 2):

Da an Stelle von § 64b wieder § 47 gelten soll, sind Zitatänderungen notwendig.

Zu Z 17 (§ 46a):

Die Bezugnahme auf LKF-Gebührenersätze und den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds entfällt. Die derzeit in § 46a Abs. 5 normierten Kostenbeiträge sind nicht mehr einzuheben.

Zu Z 18, 19, 20, 33 und 34 (§ 47, § 48, § 49; § 63 und Abschnitt IV):

Die §§ 47, 48, 49 und 63 enthalten Regelungen über die Beziehungen der Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern. Sie entsprechen der Rechtslage 1977 (vor Einführung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds). Sie ersetzen Abschnitt IV, der die Beziehungen zwischen Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern und Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds regelt.

Zu Z 21 bis 27 (§ 50 Abs. 1 bis 4 und Abs. 11 bis 18, § 50a):

Diese Regelungen betreffen die Schiedskommission. Ihre Aufgaben und Zusammensetzung sind der Rechtslage wieder anzupassen, die vor der Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 bestanden hat. Dies war die Rechtslage, wie sie ab 1. Jänner 1984 (in der Fassung LGBl. Nr. 9/1984) bestanden hat.

Zu Z 29 und 30 (§ 56 Abs. 2, Entfall der Absätze 4 und 5):

Die Feststellung und Anerkennung des Betriebsabganges bei öffentlichen Krankenanstalten obliegt nicht mehr dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds sondern – wie bereits vor der Novelle zum Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 13/1997 – der Landesregierung. Überdies ist darauf Bedacht zu nehmen, dass entsprechend der Rechtslage am 31. Dezember 1977 nicht mehr „Betriebs- und sonstige Zuschüsse durch den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds oder Zuschüsse nach Gesetzesbestimmungen, die an dessen Stelle treten“ gewährt werden, sondern Zweckzuschüsse des Bundes.

Zu Z 32 (§ 62 lit. m):

Diese Bestimmung gilt für Fondskrankenanstalten und hat daher zu entfallen.

Zu Z 36 (§ 65):

Die Meldepflicht an die Strukturkommission entfällt.

### **Zu Artikel III:**

#### Zu Abs. 1:

Da mit Artikel II die Rechtslage vor Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wiederhergestellt werden soll, sind die Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes – ASVG, soweit in Art. II auf sie verwiesen wird, in jener Fassung anzuwenden, die am 31. Dezember 1996 gegolten hat. Eine dementsprechende Regelung enthält auch § 590 Abs. 5 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung BGBl. I Nr. 5/2001.

#### Zu Abs. 2 bis 4:

Den grundsatzgesetzlichen Anforderungen entsprechend sind die in Art. I Z 3 bis 7, 10, 25, 27, 28, 31, 36, 37, 42 bis 45 genannten Änderungen mit 1. Jänner 2001 in Kraft zu setzen. Art. I Z 22 tritt mit 1. Jänner 2002 in Kraft. Die übrigen Bestimmungen von Art. I treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

#### Zu Abs. 5:

Nach Art. 38 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004 sind die am 31.12.1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften nur dann nach Außerkrafttreten dieser Vereinbarung (am 31.12.2004) in Kraft zu setzen, wenn bis zu diesem Zeitpunkt keine Einigung über eine Neuregelung zustande kommt. Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass diese Einigung zwischen Bund und Ländern über eine Neuregelung immer erst sehr spät zustande kommt, sodass, wenn die auslaufende Vereinbarung außer Kraft tritt, die darin geforderte Einigung über eine Neuregelung zwar vorhanden und die neue Vereinbarung als Ausdruck dieser Einigung auch unterzeichnet und damit wirksam ist, die übrigen Voraussetzungen für ihr Inkrafttreten zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht erfüllt sind. Um diesen Gegebenheiten Rechnung tragen zu können, wird in Art. III Abs. 6 des vorliegenden Gesetzentwurfes daher ganz bewusst auf die Unterzeichnung einer neuen Vereinbarung als Kriterium dafür abgestellt, ob Art. II, der die Rechtslage 1977 enthält, mit 1.1.2005 in Kraft tritt oder nicht. Wird bis 1.1.2005 eine neue Vereinbarung unterzeichnet und damit wirksam, tritt Art. II des Gesetzentwurfes nicht in Kraft. Nur wenn bis dahin keine neue Vereinbarung unterzeichnet wird und somit keine Einigung über eine Neuregelung zustande kommt, tritt mit 1.1.2005 Art. II des Gesetzentwurfes und damit jene Rechtslage in Kraft, die am 31.12.1977 gegolten hat.

TEXTGEGENÜBERSTELLUNG

*Geltende Fassung*

**Wiener Krankenanstaltengesetz**

*Gesetzentwurf*

**Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 geändert wird**

Der Wiener Landtag hat beschlossen:

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. für Wien Nr. 23/1987, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. für Wien Nr. 48/2001, wird wie folgt geändert:

**Artikel I**

1. In § 1 Abs. 3 Z. 3 wird das Wort „Wartung“ durch das Wort „Pflege“ ersetzt.
2. In § 1 Abs. 4 wird nach dem Wort „Ärzten“ die Wortfolge „oder Zahnärzten“ eingefügt.
3. § 3 wird folgender Abs. 4 angefügt:  
„(4) Die Einrichtung von Departments ist zulässig in den Fachrichtungen



1. Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
2. Pulmologie im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin,
3. Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin und Neurologie,
4. Psychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde.

Bei der Einrichtung und Führung von Departments sind die im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.“

4. In § 4 wird nach Abs. 2 folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer anderen Stelle tretenden Vereinbarung in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben. In diesem Fall ist neben den Voraussetzungen des Abs. 2 die Errichtungsbewilligung auch davon abhängig, dass die Errichtung nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem Landeskrankenanstaltenplan entspricht.“

5. § 5a Abs. 2 lautet:

„(2) Bei Erstellung dieses Landeskrankenanstaltenplanes sind folgende Grundsätze sicherzustellen:

1. Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden.
2. Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der Bevölkerung gewährleisten.

#### § 5 a

(2) Bei Erstellung dieses Landeskrankenanstaltenplanes sind folgende Grundsätze sicherzustellen:

1. Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden.
2. Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der Bevölkerung gewährleisten.
3. Die Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen

in den ambulanten, halbstationären und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Häufigkeit der stationären Aufenthalte und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß verringert werden.

4. Die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Akutsektor soll durch den Ausbau extramuraler und halbstationärer Einrichtungen ermöglicht werden. Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen der betreffenden Fachrichtung eingerichtet werden.
5. Krankenanstalten mit ausschließlich bettenführenden Abteilungen für ein Sonderfach sollen in dislozierter Lage vermieden werden.
6. Die Größe von bettenführenden Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten ist so festzulegen, dass eine medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle Versorgung gewährleistet ist.
7. Die Tätigkeit von Konsiliarärzten hat abgestimmt auf Anstaltszweck und Leistungsangebot der Akutkrankenanstalten zu erfolgen. Eine Erweiterung von Anstaltszweck und Leistungsangebot durch die Tätigkeit von Konsiliarärzten hat zu unterbleiben.
8. Die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen je Fachrichtung sind festzulegen. Die Fächerstruktur sowie die maximalen Gesamtbettenzahlen sind für jede Krankenanstalt festzulegen.

3. Die von der Planung umfassten Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten (spitalsambulanter und niedergelassener Bereich sowie selbstständige Ambulatorien) und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß minimiert werden.
4. Im Bereich der von der Planung umfassten Krankenanstalten ist die Errichtung und Vorhaltung isolierter Fachabteilungen in dislozierter Lage zu vermeiden. Von dieser Regelung kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden.
5. Bei der Errichtung und Vorhaltung von Fachabteilungen und Departments sind die definierten Mindestbettenzahlen zu berücksichtigen; von diesen kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden; die abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten soll nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztstätigkeit unterlaufen werden.
6. Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll daher eine Beschränkung der Konsiliararztstätigkeit auf die Intentionen des § 3 (Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorgter Patienten) erfolgen, soweit dies unter Schonung wohlerworbener Rechte möglich ist.
7. Einrichtungen für Psychiatrie (PSY), Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), Palliativmedizin (PAL) und für Psychosomatik (PSO) sollen dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden; bei der Einrichtung dieser Strukturen sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
8. In den Fachrichtungen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie, Unfallchirurgie und Pulmologie sowie in der Akutgeriatrie/Remobilisation und Psychosomatik können bei nachgewiesenem Bedarf im Rahmen von übergeordneten Abteilungen einer entsprechen-

den Fachrichtung Departments mit mindestens drei Fachärzten (davon ein Leiter und ein Stellvertreter) geführt werden; bei der Einrichtung von Departments sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten. Für die Pulmologie ist die Einrichtung von Departments nur im Rahmen von Pilotprojekten und mit entsprechend eingeschränktem Leistungsspektrum zulässig.

9. Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen und/oder Departments der betreffenden Fachrichtung und unter Beschränkung des medizinischen Leistungsangebotes eingerichtet werden. Dislozierte Tageskliniken dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden. Bei der Einrichtung von Tageskliniken sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.

10. Die Kooperation von Krankenanstalten zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte soll gefördert werden. Kooperationen umfassen unter anderem Zusammenschlüsse von einzelnen Abteilungen oder ganzen Krankenanstalten.

11. Insbesondere in ambulanten Leistungsbereichen, die durch hohe Investitions- und Vorhaltekosten gekennzeichnet sind (z.B. radiologische Institute), soll die Kooperation zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor zur besseren gemeinsamen Ressourcennutzung bei gleichzeitiger Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote gefördert werden. Entsprechende Konzepte sind im Rahmen von Pilotprojekten zu erproben bzw. zu evaluieren.

12. Für unwirtschaftliche Krankenanstalten, insbesondere mit im Verhältnis zur Betriebsgröße geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit sind in der Planung Konzepte zur Umwidmung in alternative Versorgungsformen zu entwickeln; dabei sollen auch neue Modelle (z.B.

dislozierte Tageskliniken und Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheits-zentren mit Information-, Koordinations- und Schnittstellenfunktion) in die Überlegungen einbezogen werden.

13. Die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung sind festzulegen. Die Fächerstrukturen (differenziert nach der abgestuften Leistungserbringung) und die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) sind für jede Krankenanstalt festzulegen. Weiters sind für das Land und für jede Krankenanstalt ausgewählte (spitzenmedizinische) Leistungsbereiche und die Vorhaltung von ausgewählten medizinisch-technischen Großgeräten festzulegen.“

§ 6

6. In § 6 Abs. 1 lit. b wird der Strichpunkt durch einen Beistrich ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„sowie bei Fondskrankenanstalten die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;“

b) auf Grund eines Augenscheines festgestellt ist, dass die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;

7. In § 7 Abs. 5 wird nach dem Wort „Landeskrankenanstaltenplanes“ die Wortfolge „und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien“ eingefügt.

§ 10

(7) Im Bescheid über die Genehmigung der Anstaltsordnung ist dem Rechtsträger der Krankenanstalt vorzuschreiben, welche Teile der Anstaltsordnung und an welchen Stellen der Anstalt sie gut lesbar anzuschlagen sind.

§ 12

(1) Der ärztliche Dienst darf nur von Ärzten versehen werden, die zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben.

§ 12 a

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

§ 13

(3) Besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriffe dürfen an einem Patienten nur mit seiner Zustimmung, wenn er aber das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder er mangels geistiger Reife oder Gesundheit die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit der Behandlung nicht beurteilen kann, nur mit Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden.

8. § 10 Abs. 7 lautet:

„(7) Die Anstaltsordnung ist an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle anzulegen. Überdies sind die Teile der Anstaltsordnung gemäß Abs. 1 lit. a, b und c sowie die für das Verhalten der Patienten maßgebenden Teile der Anstaltsordnung in der Anstalt für die Patienten gut sichtbar und lesbar anzuschlagen.“

9. § 12 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„In Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten ist die Leitung des ärztlichen Dienstes jedenfalls hauptberuflich auszuüben. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung bestehende Genehmigungen nach Abs. 4 werden von dieser Regelung nicht berührt.“

10. § 12a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„In Abteilungen von Krankenanstalten, in deren Rahmen Departments gemäß § 3 Abs. 4 geführt werden, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß § 12 Abs. 2 mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt, sondern dem Leiter des Departments zu.“

11. § 13 Abs. 3 erster Satz lautet:

„Behandlungen dürfen an einem Patienten nur mit dessen Zustimmung durchgeführt werden; unter welchen Umständen die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters erforderlich ist, richtet sich nach den Bestimmungen des Zivilrechtes.“

12. § 13 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Den Mitgliedern der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Wien ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten und in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen. Weiters sind ihnen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Eine Einsichtnahme in Krankengeschichten ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig, wenn dies im Zusammenhang mit der Überprüfung der Ausbildung unbedingt erforderlich ist. Eine weitere Verwendung personenbezogener Patientendaten darf nicht erfolgen.“

13. In § 13a Abs. 2 wird das Zitat „§ 4 Abs. 2 des Ärztegesetzes 1984“ durch das Zitat „§ 7 Abs. 2 Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002,“ ersetzt.

14. In § 14 Abs. 2 wird der Begriff „Krankenpflegefachdienstes“ durch den Begriff „gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege“ ersetzt.

15. In § 15 Abs. 4 wird nach „BGBl. Nr. 227/1969,“ die Wortfolge „in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002,“ eingefügt.

§ 16

16. § 16 Abs. 1 und 2 lautet:

(1) Für die in der Krankenanstalten beschäftigten Personen sowie für die Mitglieder von Kommissionen gemäß § 15 a besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Die Verschwiegenheitspflicht erstreckt sich auf alle die Krankheit betreffenden Umstände sowie

„(1) Für die bei Trägern von Krankenanstalten und in Krankenanstalten beschäftigten Personen sowie für die Mitglieder von Kommissionen gemäß § 13 Abs. 4 und § 15a besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Die Verschwiegenheitspflicht erstreckt sich auf alle den Gesundheitszustand

chen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Patienten, die den Anstaltsangehörigen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind, bei der Entnahme und Transplantation von Organen und Organteilen auch auf die Person des Spenders und des Empfängers.

betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Patienten, die ihnen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind, bei der Entnahme und Transplantation von Organen und Organteilen auch auf die Person des Spenders und des Empfängers.

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht Behörden gegenüber nicht, wenn die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt durch ein öffentliches Interesse, insbesondere durch Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege gerechtfertigt ist.

(2) Durchbrechungen der Verschwiegenheitspflicht bestimmen sich nach den dienst- oder berufsrechtlichen Vorschriften. Im Übrigen besteht die Verschwiegenheitspflicht nicht, wenn die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt durch ein öffentliches Interesse, insbesondere durch Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege gerechtfertigt ist.“

§ 17

17. § 17 Abs. 1 lit. a lautet:

(1) Die Krankenanstalten sind verpflichtet:

a) Vormerke über die Aufnahme und Entlassung der Patienten zu führen, in denen insbesondere die wichtigsten Personaldaten der Patienten, die Bezeichnung der Krankheit sowie der Aufnahme- und Entlassungstag oder der Todestag und die Todesursache einzutragen sind; im Fall der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten sind die dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;

„a) über die Aufnahme und die Entlassung der Patienten Vormerke zu führen, sowie im Fall der Ablehnung der Aufnahme und bei der Aufnahme nach § 36 Abs. 1 letzter Satz die jeweils dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;“

b) der Krankengeschichte ist auch eine Abschrift der etwaigen Obduktionsniederschrift (§ 40 Abs. 3 und 4) beizugeben.

18. § 17 Abs. 1 lit. b dritter Halbsatz lautet:

„der Krankengeschichte ist auch die Obduktionsniederschrift (§ 40 Abs. 3 und 4) beizugeben.“

19. In § 17 Abs. 1 lit. d wird das Zitat „§ 62a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten (Krankenanstaltengesetz - KAG), BGBl. Nr. 1/1957,“ durch das Zitat „§ 62a Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuran-

stalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002,“ ersetzt.

f) im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche gemäß § 62 a Abs. 1 KAG zu dokumentieren.

20. § 17 Abs. 1 lit. f lautet:

„f) im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche gemäß § 44 und § 62a Abs. 1 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002, zu dokumentieren.“

21. In § 17 Abs. 8 entfällt die Wortfolge „sowie Angehörigen der geborenen medizinisch-technischen Dienste“.



§ 21

Die Bestimmungen des § 18 Abs. 5 bis 7 sowie der §§ 19 und 20 gelten nicht für die vom Land Wien oder von der Stadt Wien verwalteten Krankenanstalten, deren Vorschläge, Dienstpostenpläne und Rechnungsabschlüsse Teile des jeweiligen Voranschlages, Dienstpostenplanes und Rechnungsabschlusses der Stadt Wien sind.

§ 22

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

22. § 21 lautet:

„§ 21. Die Bestimmungen des § 18 Abs. 5 bis 7 sowie der §§ 19 und 20 gelten nicht für jene Krankenanstalten, deren Rechtsträger das Land Wien oder die Stadt Wien ist und die von dem der Genehmigung durch den Gemeinderat unterliegenden Wirtschaftsplan, Dienstpostenplan und Jahresabschluss der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund erfasst sind.“

23. § 22 lautet:

„§ 22. Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignete Person aus dem Kreis der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit der verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes zu betrauen. Die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes ist hauptberuflich auszuüben. Bei Verhinderung der mit der verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes betrauten Person muss diese von einer geeigneten Person aus dem Kreis der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden.“

24. In § 22c Abs. 2 wird der Begriff „des Krankenpflegepersonals“ durch den Begriff „der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe“ ersetzt.

25. In § 26 lit. e wird nach dem Wort „Abteilungen“ die Wortfolge „und sonstige bettenführende Organisationseinheiten“ eingefügt.

26. In § 26 lit. f wird das Zitat „§ 46 Abs. 1 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957“ durch das Zitat „§ 46 Abs. 1 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002,“ ersetzt.

27. In § 27 wird nach dem Wort „Abteilung“ die Wortfolge „ , einer sonstigen bettenführenden Organisationseinheit“ eingefügt.

§ 33

28. § 33 Abs. 1 erster Satz lautet:

(1) Angliederungsverträge, das sind Verträge, die zwischen den Rechtsträgern einer öffentlichen und einer privaten Krankenanstalt über die Unterbringung von Patienten der öffentlichen Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der privaten (angegliederten Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Genehmigung der Landesregierung.

§ 34

29. In § 34 Abs. 2 wird die Wortfolge „eines Fachbeamten der Bundesanstalt für chemische und pharmazeutische Untersuchungen“ durch die Wortfolge „eines Bediensteten des Bundesinstituts für Arzneimittel“ ersetzt.

30. § 34 Abs. 3 lautet:

(3) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus inländischen Apotheken (§§ 1 und 35 des Apothekengesetzes, RGBl. Nr. 5/1907) zu beziehen.

„(3) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen.“

§ 36

31. § 36 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

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

„Soll die Aufnahme eines Patienten nur bis zur Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen, für das eine Abteilung oder ein Department nicht vorhanden ist, dürfen nur solche Patienten aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles das Vorhandensein einer derartigen Organisationseinheit für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird.“

§ 38

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

§ 40

(3) Über jede Obduktion ist eine Niederschrift aufzunehmen und durch mindestens fünfzig Jahre, vor missbräuchlicher Kenntnisnahme gesichert, in der Krankenanstalt zu verwahren. Bei Auflösung der Krankenanstalt ist die Niederschrift der Landesregierung zu übermitteln.

(4) Die Obduktionsniederschrift hat außer den zur Feststellung der Person des Obduzierten erforderlichen Angaben die pathologischen Befunde an der Leiche und die Todesursache zu enthalten. Die Niederschrift ist vom obduzierenden Arzt zu fertigen. Eine Abschrift ist der Krankengeschichte (§ 17 Abs. 1 lit. b) beizuschließen.

32. § 38 Abs. 2 lautet:

„(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Patientenbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu enthalten hat. Dieser Patientenbrief ist nach Entscheidung des Patienten diesem oder dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt und bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung oder dem entsprechenden Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu übermitteln. Bei Bedarf sind dem Patientenbrief auch Angaben zu Maßnahmen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich anzufügen.“

33. § 40 Abs. 3 und 4 lautet:

„(3) Über jede Obduktion ist eine Niederschrift aufzunehmen, die der Krankengeschichte anzuschließen und gemäß § 17 Abs. 2 zu verwahren ist.

(4) Die Obduktionsniederschrift hat außer den zur Feststellung der Person des Obduzierten erforderlichen Angaben die pathologischen Befunde an der Leiche und die Todesursache zu enthalten. Die Niederschrift ist vom obduzierenden Arzt zu fertigen.“

34. In § 42 Abs. 4 entfällt die Wortfolge „neben den wichtigsten Personaldaten“.

35. In § 44 Abs. 5 wird das Zitat „§ 55 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957“ durch das Zitat „§ 55 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002“ ersetzt.
36. In § 50 Abs. 1 lit. c wird der Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, LGBl. für Wien Nr. 9/1997“, durch den Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung,“ ersetzt.
37. In § 50 Abs. 1 lit. d wird der Klammerausdruck „(Art. 24 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, LGBl. für Wien Nr. 9/1997)“ durch den Klammerausdruck „(Art. 29 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung)“ ersetzt.
38. In § 50a Abs. 1 wird der Ausdruck „das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 - AVG, BGBl. Nr. 51, in der Fassung BGBl. I Nr. 164/1998,“ durch den Ausdruck „das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 - AVG, BGBl. Nr. 51, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002,“ ersetzt.
39. In § 57 Abs. 2 wird der Ausdruck „Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales“ durch den Ausdruck „Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen“ ersetzt.
40. § 62 lit. d lautet:
- § 62
- d) für die Ausstellung des Patientenbriefes gelten die Vorschriften des § 38 Abs. 2;
- „d) für die Entlassung gilt § 38 Abs. 1 zweiter Satz, Abs. 2 und 3 sowie Abs. 4 erster Satz,“

41. In § 62 lit. 1 wird die Wortfolge „aus einer inländischen öffentlichen Apotheke“ durch die Wortfolge „aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum“ ersetzt.

42. In § 62 lit. m und in § 64a Abs. 1 wird der Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ durch den Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung“ ersetzt.

43. In § 64b Abs. 2 und 3 wird das Zitat „§ 447f Abs. 6 ASVG“ durch das Zitat „§ 447f Abs. 7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 5/2001“ ersetzt.

44. In § 64c Abs. 3 wird die Wortfolge „Mittel zur Anpassung an die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ durch die Wortfolge „Mittel für Ausgleichszahlungen“ ersetzt.

45. § 64d lautet:

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.

„§ 64d. Die auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 5/2001, von den über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds finanzierten Krankenanstalten vorzulegenden Diagnosen- und Leistungsberichte sind dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds in diesem Bundesgesetz 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. vorläufiger Jahresbericht bis 28. Februar des Folgejahres,
4. endgültiger Jahresbericht bis 31. Oktober des Folgejahres.“
46. In § 64h Abs. 2 wird der Ausdruck „Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales“ durch den Ausdruck „Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen“ ersetzt.
47. In § 64i wird der Klammersausdruck „(§ 135a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 5/2001)“ durch den Klammersausdruck „(§ 135a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 41/2002)“ ersetzt.
48. In § 66 wird das Zitat „§§ 60 bis 62 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 95/1998“ durch das Zitat „§§ 60 bis 62 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957,“ in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002,“ ersetzt.

**Artikel II**

**(Stand 31.12.2004)**

**(ab 1.1.2005)**

**4 §**

a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem vorgesehenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;

(2a) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben. In diesem Fall ist neben den Voraussetzungen des Abs. 2 die Errichtungsbewilligung auch davon abhängig, dass die Errichtung nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem Landeskranken-

1. In § 3 Abs. 4 wird der Ausdruck „Strukturqualitätskriterien“ durch den Ausdruck „Mindeststandards“ ersetzt.

2. § 4 Abs. 2 lit. a lautet:

"a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem vorgesehenen Leistungsangebot sowohl nach dem Landeskrankenanstaltenplan als auch im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;"

3. In § 4 entfallen die Absätze 2a und 7.

staltenplan entspricht.

(7) Der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds oder eine an seine Stelle tretende Einrichtung ist bei bettenführenden Krankenanstalten zur Frage des Bedarfs zu hören.

§ 5 a

(1) Die Landesregierung hat für Fondskrankenanstalten (§ 64 a Abs. 1) einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befindet.

(3) Die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten 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 Hauptwohnsitz in Wien haben, und solchen, die ihren Hauptwohnsitz nicht in Wien haben, der Landesregierung schriftlich zu melden.

§ 6

b) auf Grund eines Augenscheines festgestellt ist, dass die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen, sowie bei Fondskrankenanstalten die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die vorgesehenen

4. § 5 a Abs. 1 lautet:

"(1) Die Landesregierung hat für öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeteilungen für Psychiatrie und für private gemeinnützige allgemeine Krankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befindet."

5. § 5 a Abs. 3 lautet:

"(3) Die Rechtsträger der in Abs. 1 genannten 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 Hauptwohnsitz in Wien haben, und solchen, die ihren Hauptwohnsitz nicht in Wien haben, der Landesregierung schriftlich zu melden."

6. § 6 Abs. 1 lit. b lautet:

"b) auf Grund eines Augenscheines festgestellt ist, dass die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die darin vorgesehenen Mindeststandards erfüllt sind;"



Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;

§ 7

(5) Bei Fondskrankenanstalten (§ 64 a Abs. 1) ist die Bewilligung nach Abs. 2 und 3 insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

§ 17

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 oder Krankenanstalten über Anforderung kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspatienten zu übermitteln.

§ 18

(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

7. § 7 Abs. 5 lautet:

"(5) Die Bewilligung nach Abs. 2 und 3 ist insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die darin vorgesehenen Mindeststandards erfüllt sind."

8. § 17 Abs. 4 dritter Satz lautet:

"Ferner sind den Sozialversicherungsträgern, 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."

9. § 18 Abs. 3 bis 7 lautet:

"(3) Der Abschluss von Verträgen nach § 148 Z 7 ASVG bedarf, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht das Land Wien oder die Stadt Wien ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung. 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

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. Der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds entscheidet endgültig.

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 Gebahrungsjahr 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

Abschluss der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder der Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 3 gilt als erteilt, wenn sie nicht binnen zwei Monaten ab Vorlage der Verträge von der Landesregierung schriftlich versagt wird.

(5) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand oder Zweckzuschüsse des Bundes erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. Die Rechtsträger solcher Krankenanstalten haben

- 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 längstens 31. Juli Voranschläge und Dienstpostenpläne für das folgende Jahr und bis längstens 30. April des dem Gebahrungsjahr nachfolgenden Jahres Rechnungsabschlüsse, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit entsprechen müssen, der Landesregierung zur Genehmigung vorzulegen;
- c) den mit der Handhabung der Wirtschaftsaufsicht betrauten Organen, 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 Abschriften und Kopien herzustellen.

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 drei Monaten nach vollständiger Vorlage versagt wird.

§ 20

(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 drei Monaten nach vollständiger Vorlage versagt wird.

(6) Die Voranschläge, Dienstpostenpläne und Rechnungsabschlüsse der im Abs. 5 genannten Krankenanstalten sind von der Landesregierung zu genehmigen, wenn die rechnerische Richtigkeit festgestellt wird und keine Bedenken hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit bestehen.

(7) Die im Abs. 5 genannten Krankenanstalten sind nach Maßgabe der praktischen Erfordernisse durch Organe des Amtes der Landesregierung jährlich einmal einer eingehenden Besichtigung zur Überprüfung ihrer Wirtschaftsführung zu unterziehen."

10. § 20 Abs. 2 lautet:

"(2) Der Rechnungsabschluss ist von der Landesregierung auf seine rechnerische Richtigkeit sowie auf die Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit zu überprüfen. Weist der Rechnungsabschluss wesentliche formale Mängel auf, ist er vom Amt der Landesregierung dem Rechtsträger der Krankenanstalt zurückzustellen und zur Verbesserung eine angemessene Frist einzuräumen."

§ 21

Die Bestimmungen des § 18 Abs. 5 bis 7 sowie der §§ 19 und 20 gelten nicht für jene Krankenanstalten, deren Rechtsträger das Land Wien oder die Stadt Wien ist und die von dem der Genehmigung durch den Gemeinderat unterliegenden Wirtschaftsplan, Dienstpostenplan und Jahresabschluss der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund erfasst sind.

Der Titel von Abschnitt II lautet:

II. Abschnitt:

**BESONDERE BESTIMMUNGEN FÜR ÖFFENTLICHE KRANKENANSTALTEN UND REGELUNGEN BETREFFEND DIE SCHIEDSKOMMISSION**

§ 25

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

11. § 21 lautet:

"§ 21. Die Bestimmungen des § 18 Abs. 5 und 6 sowie der §§ 19, 20, 29 und 29 a gelten nicht für jene Krankenanstalten, deren Rechtsträger das Land Wien oder die Stadt Wien ist und die von dem der Genehmigung durch den Gemeinderat unterliegenden Wirtschaftsplan, Dienstpostenplan und Jahresabschluss der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund erfasst sind."

12. Der Titel von Abschnitt II lautet:

"II. Abschnitt

**Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten"**

13. § 25 Abs. 2 letzter Satz entfällt.

des Bedarfes sind der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds und die betroffenen Sozialversicherungsträger zu hören.

14. Die §§ 29 und 29 a samt Überschrift lauten:

"Voranschlag, Dienstpostenplan und Rechnungsabschluss

§ 29. (1) Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Voranschlag und der Dienstpostenplan den Bestimmungen dieses Gesetzes entspricht. Wenn diese Voraussetzungen durch die Abänderung des Voranschlages oder des Dienstpostenplanes erreicht werden können, ist die Genehmigung unter den hierzu erforderlichen Bedingungen zu erteilen. Ist der Voranschlag derart im Widerspruch zu den Bestimmungen dieses Gesetzes, dass auch durch entsprechende Auflagen ein gesetzeskonformer Vollzug des Voranschlages nicht erzielt werden kann, ist der Antrag auf Genehmigung abzuweisen und der Rechtsträger der Krankenanstalt zu ermächtigen, bis zur Vorlage eines entsprechend verbesserten genehmigungsfähigen Voranschlages innerhalb der von der Landesregierung hierfür gesetzten Frist als Grundlage für die monatliche Gebarung ein Zwölftel der Ansätze des letzten genehmigten Voranschlages zu verwenden (Voranschlagsprovisorium). Das Voranschlagsprovisorium gilt auch dann, wenn der Voranschlag nicht oder so verspätet vorgelegt wurde, dass eine Genehmigung des Voranschlages vor Beginn des Gebarungsjahres nicht möglich ist.

(2) Die Ansätze des genehmigten Voranschlages stellen hinsichtlich der Aufwendungen bzw. Ausgaben Höchstbeträge dar, die aufgewendet werden dürfen, hingegen sind die veranschlagten Erträge bzw. Einnahmen Mindestbeträge, die erreicht werden sollen. Ein Nachtragsvoranschlag ist nur zu genehmigen, wenn durch wesentliche, von der zuständigen Behörde bewilligte Veränderungen der Struktur und Organisation der Krankenanstalt sowie durch den Eintritt von bei der Erstellung des Voranschlages nicht vorhersehbaren Umständen der genehmigte Voranschlag teilweise undurchführbar wird. Bei Aufwands- bzw. Ausgabenüberschreitungen gegenüber dem genehmigten Voranschlag im Ausmaß von weniger als 10

% der betreffenden Voranschlagspost ist der Antrag auf Genehmigung anlässlich der Vorlage des Rechnungsabschlusses zu stellen.

§ 29 a. Der Rechnungsabschluss ist zu genehmigen, wenn die rechnerische Richtigkeit festgestellt wurde und er von den Ansätzen des genehmigten Voranschlages einschließlich des Nachtragsvoranschlages nicht abweicht. Abweichungen nach § 29 Abs. 2 letzter Satz sind dann mitzugenehmigen, wenn diese den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit entsprechen. Alle nicht genehmigten Abweichungen vom Voranschlag und Gebarungsvorgänge, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit nicht entsprechen, sind im Genehmigungsbescheid nach Berichtigung allfälliger Rechenfehler betragsmäßig anzuführen. Im Genehmigungsbescheid ist auch auszusprechen, dass diese Beträge der Berechnung des Betriebsabganges (§ 56 Abs. 2) nicht zu Grunde gelegt werden."

15. In § 31 Abs. 2 tritt an Stelle des Zitates "§ 64 b Abs. 8" das Zitat "§ 47 Abs. 2".

16. In § 45 Abs. 8 tritt an Stelle des Zitates "§ 64 b" das Zitat "§ 47".

17. § 46 a 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 Krankenanstalt getragen werden, ist durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 3,63 Euro 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

"§ 46 a. (1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege Pflegegebührenersätze zur Gänze (kein Selbstbehalt) durch einen Sozialversicherungsträger oder durch eine Krankenanstalt getragen werden, ist durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 3,63 Euro pro Tag, für den 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

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, 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.

Patienten, 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. Bei der Beurteilung der sozialen Schutzbedürftigkeit sind die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen. Patienten, die nachweislich von der Rezeptgebühr im Sinne der Sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen befreit sind, sind jedenfalls von der Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages ausgenommen.

(3) Der Patient ist zur Leistung des Kostenbeitrages verpflichtet, es sei denn, das Vorliegen einer Befreiung nach den Abs. 1 und 2 wird vom Patienten nachgewiesen oder vom zuständigen Sozialversicherungsträger bzw. von der zuständigen Krankenfürsorgeeinrichtung bekanntgegeben.

(3) Der Patient ist zur Leistung des Kostenbeitrages verpflichtet, es sei denn, das Vorliegen einer Befreiung nach den Abs. 1 und 2 wird vom Patienten nachgewiesen oder vom zuständigen Sozialversicherungsträger bzw. von der zuständigen Krankenfürsorgeeinrichtung bekannt gegeben.

(4) Die Landesregierung hat den Kostenbeitrag zum 1. Jänner eines jeden Jahres zu valorisieren und zwar in jenem Verhältnis, in dem sich der Wert des vorangegangenen Oktober-Index des Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Oktober-Index des zweitvorangegangenen Jahres verändert hat.

(4) Die Landesregierung hat den in Abs. 1 genannten Kostenbeitrag zum 1. Jänner eines jeden Jahres zu valorisieren und zwar in jenem Verhältnis, in dem sich der Wert des vorangegangenen Oktober-Index des Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Oktober-Index des zweitvorangegangenen Jahres verändert hat. Die Höhe des Kostenbeitrages ist im Landesgesetzblatt kundzumachen.

(5) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 sind für jeden Verpflegungstag, für den ein Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 eingehoben wird, folgende weitere Kostenbeiträge einzuheben:

- a) ein Betrag von 0,73 Euro, der der Wiener Patientenanzwaltschaft zur Verfügung zu stellen ist und von dieser für Entschädigungen nach Schäden zu verwenden ist, die durch die Behandlung in Krankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist;
- b) in Fondsrankenanstalten ein Betrag von 1,45 Euro im Namen der Sozialversicherungsträger für den Wiener Krankenanstal-

tenfinanzierungsfonds.

18. § 47 samt Überschrift lautet:

"Beziehungen der öffentlichen Krankenanstalten  
zu den Sozialversicherungsträgern

§ 47. (1) Für die Beziehungen der öffentlichen Krankenanstalten zu den Versicherungsträgern nach dem ASVG gilt Folgendes:

a) Ein gemäß § 145 ASVG (§ 31 Abs. 2 dieses Gesetzes) 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 und dem Rechts-träger 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 schriftliche 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.

b) Die der Krankenanstalt gebührenden Pflegegebührenersätze sind für Versicherte zur Gänze vom Versicherungsträger, für Angehörige von Versicherten zu 90 % vom Versicherungsträger und zu 10 % vom Versicherten zu entrichten. Sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der An-



staltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung, übersteigen, hat der Versicherungsträger auch für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze zur Gänze zu entrichten; bei Anstaltspflege aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sowie bei der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gemäß § 120 Abs. 2 ASVG hat der Versicherungsträger für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze vom Tag der Einweisung an zur Gänze zu entrichten. 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 hierzu verpflichteten Kostenträger zur Gänze zu ersetzen.

- c) Mit den gemäß lit. b vom Versicherungsträger bezahlten Pflegegebührenersätzen einschließlich des vom Versicherten für Angehörige zu entrichtenden Kostenbeitrags und dem Kostenbeitrag gemäß § 46 a sind die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse (§ 44 Abs. 1) abgegolten. Die in § 44 Abs. 4 angeführten Leistungen sind damit nicht abgegolten.
- d) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat gegenüber dem gemäß § 145 ASVG (§ 31 Abs. 2 dieses Gesetzes) eingewiesenen Patienten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen, soweit nach lit. a, b und c nicht anderes bestimmt ist, keinen Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege. Nach Ablauf dieser Pflegegedauer hat der Versicherte für den weiteren Anstaltsaufenthalt die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren zu tragen.
- e) Die Versicherungsträger sind hinsichtlich der Patienten, für deren Anstaltspflege sie aufzukommen haben, berechtigt, in allen 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.

(2) Versicherungsträger im Sinne der vorstehenden Bestimmungen sind die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und Sozialversicherungsanstalt der Bauern. Die Bestimmungen des Abs. 1 finden auf die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, auf die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen als Träger der Krankenversicherung im Sinne des § 473 ASVG, auf die Gewerbliche Selbstständigen-Krankenversicherung und auf die Bauernkrankenversicherung mit der Abweichung Anwendung, dass die im Abs. 1 lit. b vorgesehene Ermäßigung der Pflegegebührensätze für die Angehörigen der Versicherten dieser Versicherungsträger nicht anzuwenden ist.

(3) Zur Feststellung und Überprüfung eines allfälligen Anspruches auf Bezahlung des vereinbarten Pflegegebührensatzes durch den Krankenversicherungsträger und zur Durchsetzung des Anspruches auf Bezahlung der Pflegegebühren gegenüber dem Patienten und dessen Angehörigen haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger über Aufforderung bekannt zu geben, für welche Zeiten und durch wen (Name und Anschrift) der Patient oder dessen Angehörige zur Krankenversicherung angemeldet waren oder sind.

(4) Handelt es sich um einen Versicherten oder um einen anspruchsberechtigten Angehörigen nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz, hat abweichend von § 47 Abs. 1 lit. b der Versicherungsträger 90 % und der Versicherte 10 % der den Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührensätze zu entrichten, soweit nicht im Bauern-Sozialversicherungsgesetz Ausnahmen von der Kostenbeteiligung vorgesehen sind."

19. § 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 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 5 % pro Jahr zu entrichten.

(2) Das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührensätze - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Beihilfe - und allfälligen Sondergebühren (§ 45 Abs. 1) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebührensätze 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. Pflegegebührensätze und Sondergebühren sind binnen sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 5 % pro Jahr 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."

20. § 49 lautet:

"§ 49. (1) Kommt innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Rechtsträger der Kran-

kenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht zu Stande, so entscheidet auf Antrag die Schiedskommission (§ 50) mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß § 48 Abs. 2 zu regelnden Angelegenheiten. Das Gleiche gilt für den Fall, dass der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluss eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zu Stande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gestellt werden.

- (2) Wenn ein Antrag nach Abs. 1 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.
- (3) Besteht zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger kein Vertrag (Abs. 2 und § 48 Abs. 2), sind bis zur Entscheidung der Schiedskommission die zuletzt geltenden Pflegegebührensätze als Vorauszahlungen auf die von der Schiedskommission festzusetzenden Pflegegebührensätze 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 in § 63 Abs. 2 ASVG vorgeschriebenen Höhe zu entrichten.
- (4) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührensätze, so sind diese so zu bestimmen, dass sie 80 % der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse nicht übersteigen und 60 % dieser Pflegegebühren nicht unterschreiten. 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 aufwändigen Einrichtungen verbunden ist und inwieweit die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger gegeben ist.

(5) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Sondergebühren, so darf das Ausmaß 70 % der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Sondergebühren nicht überschreiten, 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 % dieser durchschnittlichen Kosten zu betragen haben; von der Festsetzung in Bauschbeträgen sind besonders kostenintensive Untersuchungen und Behandlungen ausgenommen.“

§ 50

"(1) Zur Entscheidung in folgenden Angelegenheiten ist eine Schiedskommission berufen:

- a) Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen Trägern öffentlicher Krankenanstalten außerhalb des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bestehen, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,
- b) in den Angelegenheiten des § 64 b Abs. 12 - 16,
- c) über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und dem Wiener Krankenanstaltenfi-

21. § 50 Abs. 1 lautet:

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

finanzierungsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung,

d) über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus (Art. 29 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung) gründen.

(2) Die Schiedskommission wird beim Amt der Landesregierung errichtet. Sie besteht aus einem Vorsitzenden und fünf weiteren Mitgliedern. Die Mitglieder sind von der Landesregierung auf folgende Weise zu bestellen:

1. der Vorsitzende aus dem Kreis der Richter des Aktivstandes der zum Sprengel des Oberlandesgerichtes Wien gehörenden Gerichte auf Grund eines vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Wien alphabetisch gereihten Dreiervorschlages;
2. ein Mitglied auf Grund eines Vorschlages des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger;
3. ein Mitglied auf Vorschlag des Landesamtsdirektors aus dem Kreise der rechtskundigen Bediensteten des Aktivstandes des Amtes der Landesregierung;
4. ein Mitglied aus dem Kreis der Angehörigen der Kammer der Wirtschaftstreuhänder auf Grund eines Vorschlages des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger;
5. ein Mitglied aus dem Kreis der Angehörigen der Kammer der Wirtschaftstreuhänder auf Grund eines Vorschlages des Landesamtsdirektors;
6. ein Mitglied aus dem Kreise der Angehörigen der Kammer der Wirtschaftstreuhänder auf Grund eines gemeinsamen Vorschlages der Österreichischen Bischofskonferenz und des Evangelischen Oberkirchenrates.

Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen.

22. In § 50 Abs. 2 zweiter Satz tritt an Stelle des Wortes „fünf“ das Wort „vier“.

23. § 50 Abs. 2 Z 2 lautet:

„2. Die übrigen Mitglieder sind wie folgt zu bestellen:

- a) eines auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
- b) eines auf Vorschlag der Orden, die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten in Wien sind,
- c) eines aus dem Kreis der rechtskundigen Beamten des Aktivstandes des Amtes der Landesregierung,
- d) wenn der am Streit beteiligte Rechtsträger der Krankenanstalt weder ein Orden noch das Land (Gemeinde) Wien ist, eines auf Vorschlag des betreffenden Rechtsträgers der Krankenanstalt für die Dauer des Verfahrens.

Für jedes Mitglied ist für den Fall seiner Verhinderung in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen.“

24. § 50 Abs. 2 Z 3 bis 6 samt Schlusssatz entfällt.

(3) Ist die Bestellung von Mitgliedern der Schiedskommission erforderlich, so hat das Amt der Landesregierung die gemäß Abs. 2 Vorschlagsberechtigten schriftlich unter Setzung einer mindestens sechswöchigen Frist zur Nominierung aufzufordern. Wird innerhalb dieser Frist kein Vorschlag erstattet, der den in Abs. 2 genannten Voraussetzungen entspricht, so ist die Landesregierung bei der Bestellung des Mitgliedes (Ersatzmitgliedes) nicht an das Vorliegen eines Vorschlages gebunden.

(4) Die Mitglieder der Schiedskommission werden für eine Dauer von vier Jahren bestellt. Sie bleiben jedoch bis zum Zusammentritt der neu bestellten Mitglieder im Amt. Ihre neuerliche Bestellung ist zulässig.

25. § 50 Abs. 3 und 4 lautet:

„(3) Wird innerhalb einer von der Landesregierung zu bestimmenden angemessenen Frist von mindestens sechs Wochen kein Vorschlag erstattet, der den im Abs. 2 Z 2 angeführten Voraussetzungen entspricht, so ist die Landesregierung bei der Bestellung des Mitgliedes (Ersatzmitgliedes) nicht an das Vorliegen eines Vorschlages gebunden.“

(4) Die im Abs. 2 Z 1 und Z 2 lit. a bis c bezeichneten Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind für eine Amtsdauer von drei Jahren zu bestellen. Wiederbestellungen sind zulässig, und zwar auch von Mitgliedern nach Abs. 1 Z 2 lit. d.“

26. § 50 Abs. 11 bis 18 lautet:

“(11) Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002, anzuwenden.“

(12) Die Schiedskommission entscheidet in Senaten, denen der Vorsitzende und als Beisitzer

1. das auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger bestellte Mitglied und
2. von den Mitgliedern gemäß Abs. 2 Z 2 lit. b bis d dasjenige, das nach Art des am Streit beteiligten Rechtsträgers der Krankenanstalt in Betracht kommt, angehören.

- (13) Bei Ablauf der Amtsdauer von Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) oder bei einem sonstigen begründeten Wechsel in der Person von Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) ist ein anhängiges Verfahren von neuem durchzuführen.
- (14) Die Beisitzer sind zu den Sitzungen vom Vorsitzenden unter Bekanntgabe der Tagesordnung rechtzeitig einzuberufen. Die Einberufung hat schriftlich und unter Nachweis der Zustimmung zu erfolgen.
- (15) Ein Senat ist beschlussfähig, wenn der Vorsitzende und die beiden Beisitzer anwesend sind.
- (16) Die Beschlüsse der Senate werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Der Vorsitzende gibt seine Stimme als Letzter ab.
- (17) Nähere Bestimmungen über die Geschäftsordnung der Schiedskommission hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen. Die Kanzleigeschäfte der Schiedskommission hat der Magistrat zu führen.
- (18) Die Entscheidungen der Schiedskommission unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg."

§ 50 a

27. § 50a entfällt.

(1) Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 - AVG, BGBl. Nr. 51, in der Fassung BGBl. I Nr. 29/2000, anzuwenden.



- (2) Die Schiedskommission entscheidet in Senaten, denen der Vorsitzende und vier Beisitzer angehören. Beisitzer sind die unter § 50 Abs. 2 Z 2 bis 5 genannten Mitglieder. Ist der am Streit beteiligte Rechtsträger der Krankenanstalt ein Orden, tritt an die Stelle des in § 50 Abs. 2 Z 5 genannten Mitgliedes das in § 50 Abs. 2 Z 6 genannte Mitglied.
- (3) Endet das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) während eines bei der Schiedskommission anhängigen Verfahrens, so ist dieses von neuem durchzuführen.
- (4) Die Beisitzer sind zu den Sitzungen vom Vorsitzenden unter Bekanntgabe der Tagesordnung rechtzeitig einzuberufen. Die Einberufung hat schriftlich und unter Nachweis der Zustellung zu erfolgen.
- (5) Der Senat ist beschlussfähig, wenn die Einberufung aller Mitglieder der Schiedskommission ordnungsgemäß erfolgt ist und jedenfalls der Vorsitzende und mindestens zwei Beisitzer anwesend sind.
- (6) Die Beschlüsse des Senates werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.
- (7) Die Landesregierung hat durch Verordnung eine Geschäftsordnung der Schiedskommission zu erlassen. Die Führung der Büroschäfte der Schiedskommission obliegt dem Amt der Landesregierung (Geschäftsstelle). Die Geschäftsstelle hat insbesondere einen Schriftführer zu stellen, dem eine Entschädigung wie einem Beisitzer zusteht.
- (8) Die Entscheidungen der Schiedskommission unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg."

§ 53

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

§ 56

(2) Zum Betrieb von öffentlichen Krankenanstalten, deren Rechtsträger nicht die Stadt Wien ist und die Zahlungen aus dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds erhalten, leistet der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds einen Betrag von 50 v.H. des Betriebsabganges. Unter Betriebsabgang ist der gesamte Betriebs- und Erhaltungsaufwand der Krankenanstalt, soweit er vom Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds als für wirtschaftliche, sparsame und zweckmäßige Führung der Krankenanstalt gerechtfertigt anerkannt und durch Erträge bzw. Einnahmen nicht gedeckt ist, zu verstehen. Für Leistungen der Krankenanstalt, für die dem Rechtsträger 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 Äquivalenzbeiträge (§ 19 lit. b) für stationär erbrachte Leistungen, an ambulanten Patienten erbrachte Leistungen und der aus der Anzahl der Gesundenuntersuchungen ermittelten Beträge des betreffenden 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.

28. § 53 Abs. 2 lautet:

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

29. § 56 Abs. 2 lautet:

"(2) Zum Betriebsabgang einer öffentlichen Krankenanstalt leistet das Land Wien einen Beitrag von 50 % des von der Landesregierung nach den Grundsätzen dieses Gesetzes festgestellten Betriebsabganges der Krankenanstalt. Unter Betriebsabgang ist der gesamte Betriebs- und Erhaltungsaufwand der Krankenanstalt, soweit er von der Landesregierung als für die wirtschaftliche, sparsame und zweckmäßige Führung der Krankenanstalt gerechtfertigt anerkannt und durch Erträge bzw. Einnahmen nicht gedeckt ist, zu verstehen. Für Leistungen der Krankenanstalt, für die dem Rechtsträger 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 Äquivalenzbeiträge (§ 19 lit. b) für stationär erbrachte Leistungen, an ambulanten Patienten erbrachte Leistungen und der aus der Anzahl der Gesundenuntersuchungen ermittelten Beträge des betreffenden 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. Zweckzuschüsse des Bundes sowie Investitionszuschüsse, soweit sie sich auf Ersatzanschaffungen beziehen, sowie allfällige Zuwendungen Dritter sind in je-

gen. Die für ein Kalender(Gebahrungs)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 fortdauernden Verwendung und Arbeitsfähigkeit gilt keine Beschränkung beim Ansatz derartiger Personalkosten.

(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.

§ 57

Im Falle einer Fondskrankenanstalt hat die Landesregierung das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

nem 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 fortdauernden Verwendung und Arbeitsfähigkeit gilt keine Beschränkung beim Ansatz derartiger Personalkosten."

30. § 56 Abs. 4 und 5 entfällt.

31. § 57 Abs. 2 letzter Satz lautet:

"Wenn die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, ist das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage durch die Landesregierung in Kenntnis zu setzen."

§ 62

32. § 62 lit. m entfällt.

m) § 31 ist auf alle Krankenanstalten anzuwenden, die auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds finanziert werden.

33. § 63 lautet:

"§ 63. (1) Die Beziehungen der Versicherungsträger nach § 47 Abs. 2 erster Satz zu den privaten Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen. Die Höhe des Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten in einer privaten Krankenanstalt für Patienten, denen nach dem Heeresversorgungsgesetz - HVG Anstaltspflege gewährt wird, ist durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Übereinkommen bedürfen, wenn sie von einem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen abgeschlossen werden, der Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform und der Genehmigung der Landesregierung gemäß § 18 Abs. 4.

(2) Die mit gemeinnützigen privaten Krankenanstalten zu vereinbarenden Pflegegebührenersätze dürfen nicht niedriger sein als die Pflegegebührenersätze, die vom gleichen Versicherungsträger an die nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen geleistet werden.

(3) Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 47 Abs. 1 lit. e und die des § 48 Abs. 1 sinngemäß."

IV. ABSCHNITT:

BEZIEHUNGEN ZWISCHEN KRANKENANSTALTEN;  
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER UND  
WIENER KRANKENANSTALTENFINANZIERUNGSFONDS

§ 64 a

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

- (1) Fondskrankenanstalten sind die öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten und die öffentlichen Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilungen für Psychiatrie und die privaten gemeinnützigen allgemeinen Krankenanstalten, die auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung 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 Mehr-

34. Abschnitt IV samt Überschrift entfällt mit Ausnahme von § 64i. § 64i erhält die Bezeichnung „§ 64a“.

§ 64a

Datenübermittlung im Zusammenhang mit dem Behandlungsbeitrag – Ambulanz

Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben die zur Erhebung des Behandlungsbeitrages – Ambulanz (§ 135a ASVG) erforderlichen Daten (insbesondere Sozialversicherungsnummer, Vorliegen einer ärztlichen Überweisung, Vorliegen eines medizinischen Notfalls) dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger elektronisch zu melden. Die Meldungen sind unverzüglich, spätestens jedoch jeweils zum Ende des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats, für alle in diesem Kalendervierteljahr ambulant behandelten Versicherten zu erstatten.

kosten muss vor der Aufnahme in die Sonderklasse eine schriftliche 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. 7 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. 7 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 allfällige Sondergebühren zu tragen.

(5) Die Versicherungsträger haben hinsichtlich der bei ihnen sozial-

versicherten Patienten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen ohne Einschaltung des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds das Recht auf Einsicht in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (z.B. Krankengeschichte, Röntgenaufnahme, 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, Versicherungszuständigkeitserklärung, 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. Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern ist elektronisch vorzunehmen.

(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 bekannt zu geben, 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 Abs. 10 dritter Satz berechtigt, mit den Krankenanstalten vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz B-KUVG zu treffen.
- (12) Entscheidungen über Streitigkeiten aus zwischen den Rechtsträgern von Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträge 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 Hauptverband zum Abschluss eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom 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 v.H. 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 v.H. 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 anstandsbedürftigen, 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-Gebührensätzen abzurechnen. Die Höhe der LKF-Gebührensätze 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-Gebührensätze 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 Pflegenden 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 für Ausgleichszahlungen und Mittel für allfällige Investitionszuschüsse vorsehen.

#### § 64 d

#### DOKUMENTATION

Die auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 5/2001, von den über den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds finanzierten Krankenanstalten vorzulegenden Diagnosen- und Leistungsberichte sind dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds in der in diesem Bundesgesetz 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,

4. endgültiger Jahresbericht bis 31. Oktober des Folgejahres.

§ 65 e

**Sanktionsmechanismus**

(1) Beabsichtigt ein Sozialversicherungsträger, das Land Wien oder der Rechtsträger einer Fondskrankenanstalt eine Einschränkung des Leistungsangebotes im stationären, halbstationären, tagesklinischen, ambulanten oder niedergelassenen Bereich, so haben sie diese Absicht einander mitzuteilen. Kommt innerhalb einer angemessenen Zeit keine einvernehmliche Lösung zu Stande und bleibt es bei der Einschränkung des Leistungsangebotes, dann kann derjenige, der stattdessen die Leistung tatsächlich erbringt, eine angemessene finanzielle Entschädigung von demjenigen begehren, der sein Leistungsangebot eingeschränkt hat.

(2) Der Anspruch auf angemessene finanzielle Entschädigung ist bei der Schiedskommission (§ 50) geltend zu machen, welche - wenn die tatsächlichen Mehrkosten des durch die zusätzlichen Mehrleistungen Belasteten nicht nachgewiesen werden können - in sinngemäßer Anwendung des § 273 Zivilprozessordnung, RGBl. 1895/113, in der Fassung BGBl. I Nr. 125/1999, zu entscheiden hat.

(3) Eine meldepflichtige und daher allenfalls einen Anspruch auf finanzielle Entschädigung begründende Einschränkung des Leistungsangebotes liegt nicht vor, wenn jemand eine freiwillig ohne gesetzlichen oder behördlichen Auftrag erbrachte Leistung einstellt oder reduziert.

(4) Besteht die Leistungseinschränkung in einem vertragslosen Zustand zwischen Sozialversicherung und Vertragsärzten, dann sind die Kosten der Mehrleistungen der Fondskrankenanstalten vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger auf Rech-

nung der leistungseinschränkenden Sozialversicherungsträger im Wege des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds abzugellen. Als Höchstbetrag des Abgeltungsbetrages ist die Summe der von der Sozialversicherung im Hinblick auf den vertragslosen Zustand nicht honorierten Arztabrechnungen zuzusprechen.

§ 64 f

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 g

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