

**Anlage 1**

*Anlage zur Wiederverlautbarungskundmachung der Wiener Landesregierung vom 24. März 1987. Vom Abdruck des Textes der Wiederverlautbarung wurde Abstand genommen.*

**Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 - Wr. KAG**

<b>Fundstellen der Rechtsvorschrift</b>		
<b>Datum</b>	<b>Publ.Blatt</b>	<b>Fundstelle</b>
24.03.1987	LGB1	<a href="#"><u>1987/23</u></a>
27.05.1988	LGB1	<a href="#"><u>1988/19</u></a>
24.06.1988	LGB1	<a href="#"><u>1988/22</u></a>
28.06.1989	LGB1	<a href="#"><u>1989/40</u></a>
15.12.1989	LGB1	<a href="#"><u>1990/19</u></a>
27.11.1990	LGB1	<a href="#"><u>1990/74</u></a>
02.03.1993	LGB1	<a href="#"><u>1993/26</u></a>
01.03.1995	LGB1	<a href="#"><u>1995/09</u></a> <sup>1</sup>
27.02.1996	LGB1	<a href="#"><u>1996/14</u></a>
25.04.1997	LGB1	<a href="#"><u>1997/13</u></a>
23.12.1998	LGB1	<a href="#"><u>1998/60</u></a>
04.05.2000	LGB1	<a href="#"><u>2000/22</u></a>
07.05.2001	LGB1	<a href="#"><u>2001/48</u></a>
10.09.2002	LGB1	<a href="#"><u>2002/38</u></a>
26.11.2002	LGB1	<a href="#"><u>2002/43</u></a>
13.09.2004	LGB1	<a href="#"><u>2004/37</u></a>
13.10.2004	LGB1	<a href="#"><u>2004/46</u></a>
05.08.2005	LGB1	<a href="#"><u>2005/44</u></a>
01.12.2006	LGB1	<a href="#"><u>2006/59</u></a>
17.04.2007	LGB1	<a href="#"><u>2007/16</u></a> <sup>2</sup>
15.05.2007	LGB1	<a href="#"><u>2007/23</u></a>
26.03.2008	LGB1	<a href="#"><u>2008/21</u></a>
30.01.2009	LGB1	<a href="#"><u>2009/13</u></a> <sup>3</sup>
16.11.2009	LGB1	<a href="#"><u>2009/56</u></a>
22.10.2010	LGB1	<a href="#"><u>2010/56</u></a>
18.08.2011	LGB1	<a href="#"><u>2011/18</u></a>
14.08.2012	LGB1	<a href="#"><u>2012/47</u></a>
31.12.2012	LGB1	<a href="#"><u>2012/89</u></a>
31.07.2013	LGB1	<a href="#"><u>2013/29</u></a>
31.07.2013	LGB1	<a href="#"><u>2013/30</u></a>
16.12.2013	LGB1	<a href="#"><u>2013/50</u></a>
24.02.2014	LGB1	<a href="#"><u>2014/05</u></a>

<sup>1</sup> EWR/Anh. VI: CELEX Nr. [371 R 1408](#) und [372 R 0574](#)

<sup>2</sup> CELEX-Nrn.: [32002L0098](#) und [32004L0033](#)

<sup>3</sup> CELEX-Nrn.: [32004L0023](#), [32006L0017](#) und [32006L0086](#)

## I. ABSCHNITT

### BEGRIFFSBESTIMMUNGEN, ERRICHTUNG UND BETRIEB VON KRANKENANSTALTEN, REGELUNG IHRES INNEREN BETRIEBES

#### A. Begriffsbestimmungen

##### § 1

- (1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die
1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung,
  2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
  3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
  4. zur Entbindung,
  5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder
  6. zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation

bestimmt sind.

(2) Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranke bestimmt sind.

(3) Krankenanstalten im Sinne der Abs. 1 und 2 sind:

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (Abs. 1);
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig.

(4) Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und deren Organisation durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen und von Ärztinnen, Ärzten, Zahnärztinnen oder Zahnärzten eine Dichte und Struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärztinnen und Ärzten oder Zahnärztinnen und Zahnärzten anzusehen. Sie unterliegen den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften.

##### § 1 a

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

##### § 2

Als Krankenanstalten im Sinne des § 1 gelten nicht:

- a) Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
- b) Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung erster Hilfe bereitgehalten werden, sowie Einrichtungen der arbeitsmedizinischen Betreuung und arbeitsmedizinische Zentren (§§ 79 und 80 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG);

- c) Einrichtungen zur stationären oder ambulanten Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;
- d) die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH im Sinne des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes – GESG.;
- e) Gruppenpraxen.

### § 3

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

- a) Standardkrankenanstalten nach Maßgabe der Abs. 4 und 5 mit Abteilungen zumindest für:
  - 1. Chirurgie und
  - 2. Innere Medizin;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärztinnen oder Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärztinnen oder Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärztinnen oder Konsiliarärzte gesichert sein;

- b) Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 5 mit Abteilungen zumindest für:

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

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege vorhanden sein und durch Fachärztinnen oder Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung auf dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärztinnen oder Fachärzte als Konsiliarärztinnen bzw. Konsiliarärzte zu erfolgen. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärztinnen oder Fachärzte als Konsiliarärztinnen bzw. Konsiliarärzte gesichert sein; schließlich müssen eine Anstalsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden;

- c) Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen.

(2) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 Abs. 1 und 2 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind Zentralkrankenanstalten nach Abs. 1 lit. c.

(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 sind auch dann erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen und Einrichtungen örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese funktionellorganisatorisch verbunden sind. Die örtlich getrennte Unterbringung auf dem Gebiet eines anderen Bundeslandes ist zulässig. Die Landesregierung kann von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehener Abteilungen und Einrichtungen absehen, wenn im Einzugsbereich der Krankenanstalt die betreffenden Abteilungen oder Einrichtungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

(4) Standardkrankenanstalten, die mit 1. Jänner 2011 über eine rechtskräftige Errichtungs- und Betriebsbewilligung verfügen, dürfen als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohnerinnen und Einwohnern verfügen und/oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a oder einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c vorliegt. Für Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gilt Folgendes:

1. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung müssen zumindest:
  - a) eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung führen,
  - b) eine auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) beschränkte und in einer reduzierten Organisationsform gemäß § 3a Abs. 2 Z 3 oder 4 geführte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung in der Chirurgie führen und
  - c) eine permanente Erstversorgung von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur gewährleisten.
2. Darauf hinaus können weitere auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte reduzierte Organisationsformen gemäß § 3a in Verbindung mit Abs. 5 für operativ tätige Fachrichtungen geführt werden.
3. Die Organisation der entsprechend dem Patientinnen- und Patientenbedarf erforderlichen komplexeren medizinischen Versorgung ist durch Kooperation mit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a, einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c oder einer geeigneten Sonderkrankenanstalt gemäß § 1 Abs. 3 Z 2 sicherzustellen.
4. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG hinaus ist unzulässig.
5. Bei Bedarf sind entsprechend § 30 ergänzende Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge mit zu berücksichtigen. Die Fortführung sonstiger bestehender Fachrichtungen, soweit sie konservativ tätig sind, in einer Organisationsform gemäß § 3a ist nur in Ausnahmefällen zulässig und wenn dies im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) vorgesehen ist.
6. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können auch als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a oder einer Krankenanstalt einer höheren Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c geführt werden.

(5) Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b sowie Abs. 4 und nach Maßgabe des § 3a ist die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen zulässig:

1. Departments
  - a) für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments (§ 3a Abs. 2 Z 1),
  - b) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,
  - c) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
  - d) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin,
  - e) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
2. Fachschwerpunkte für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie,
3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach sowie
4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik (Z 1 lit. d und e) nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann.

### § 3a Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 5 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärztinnen oder Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 5 Z 1 eingerichtet werden. Satellitendepartments für Unfallchirurgie sind organisatorisch Teil jener Krankenanstalt, in der sie betrieben werden. Die ärztliche Versorgung der Satellitendepartments ist von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder – im Falle einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten – von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 5 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärztinnen oder Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und § 3 Abs. 4 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.
3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung disloziert Wochekliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinne des § 10 Abs. 1 lit. e enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden werden oder auch als bettenführende Einrichtungen eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden.

### **§ 3b Referenzzentren**

Als Referenzzentren werden spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisationsstrukturen bezeichnet, die grundsätzlich in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen für folgende Bereiche eingerichtet werden können:

1. Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene einschließlich Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sowie
2. Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

### **§ 3c Entnahmeeinheiten**

(1) Entnahmeeinheiten sind rechtskräftig bewilligte Krankenanstalten, die die Bereitstellung von Organen im Sinne des Organtransplantationsgesetzes (OTPG) durchführen oder koordinieren.

(2) Die Entnahmeeinheit kann sich auch mobiler Teams bedienen, die die Entnahme von Organen in den Räumlichkeiten anderer Krankenanstalten durchführen oder koordinieren.

(3) Der Träger der Entnahmeeinheit hat sicherzustellen, dass im Rahmen des Qualitätssystems zumindest Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures-SOPs), Leitlinien, Ausbildungs- oder Referenzhandbücher sowie Aufzeichnungen zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Organen dokumentiert werden. Die Dokumentation hat eine nach dem Stand der Wissenschaft lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transplantationskette von der Spende bis zur Transplantation oder Entsorgung, soweit dies in den Aufgabenbereich der Entnahmeeinheit fällt, sicherzustellen und ist für einen Zeitraum von mindestens 30 Jahren aufzubewahren.

### **§ 3d Transplantationszentren**

(1) Transplantationszentren sind Krankenanstalten, die Transplantationen im Sinne des Organtransplantationsgesetzes (OTPG) vornehmen und deren nach § 4 erteilte Bewilligung dieses Leistungsangebot umfasst.

(2) Das Transplantationszentrum hat sich vor der Durchführung einer Transplantation zu vergewissern, dass hinsichtlich Organ-, Spenderinnen- und Spendercharakterisierung sowie Konservierung und Transport der entnommenen Organe die Bestimmungen des Organtransplantationsgesetzes (OTPG) eingehalten wurden.

(3) Der Träger des Transplantationszentrums hat sicherzustellen, dass im Rahmen des Qualitätssystems zumindest Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures-SOPs), Leitlinien, Ausbildungs- oder Referenzhandbücher sowie Aufzeichnungen zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Organen geführt werden. Die Dokumentation hat eine nach dem Stand der Wissenschaft lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transplantationskette von der Spende bis zur Transplantation oder Entsorgung, soweit dies in den Aufgabenbereich des Transplantationszentrums fällt, sicherzustellen und ist für einen Zeitraum von mindestens 30 Jahren aufzubewahren.

## **B. Errichtung von bettenführenden Krankenanstalten**

### **§ 4**

(1) Bettenführende Krankenanstalten bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck (§ 1 Abs. 3) und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Krankenanstaltsbetrieb notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn

- a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit ein Bedarf gemäß Abs. 2b und 2c gegeben ist;
- b) das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind;
- c) das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht;
- d) gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

(2a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die betroffenen Sozialversicherungsträger und die Ärztekammer für Wien sind zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

(2b) Für Krankenanstalten, die über den Wiener Gesundheitsfonds abgerechnet werden (im Folgenden: Fondskrankenanstalten), ist ein Bedarf gegeben, wenn die Errichtung nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgestimmten Wiener Krankenanstaltenplan (§ 5a) entspricht.

(2c) Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

- 1. der örtlichen Verhältnisse (regionale, rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur, Besiedlungsdichte),
- 2. der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
- 3. der Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie
- 4. der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann.

(3) Der Bewerber hat dem Ansuchen maßgerechte Baupläne eines Bausachverständigen und Bau- und Betriebsbeschreibungen in der erforderlichen Anzahl anzuschließen. Aus den Bauplänen muß insbesondere der beabsichtigte Verwendungszweck der Anstalträume und bei den für die Behandlung, Unterbringung und sonstige Benützung der Patienten sowie für die Unterbringung und den Aufenthalt des Anstaltpersonals bestimmten Räume auch die Größe der Bodenfläche und des Luftraumes zu ersehen sein. Für die Schlafräume der Patienten und des Anstaltpersonals ist ein Verzeichnis über die Anzahl der Betten anzuschließen.

(4) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b bis d ist nicht erforderlich, wenn eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs beantragt wird.

(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzugeben. Die Bewilligung zum Betrieb der bettenführenden Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 lit. b bis d gegeben sind.

(6) In Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 und in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2c zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und können Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien und gegebenenfalls Revision an den Verwaltungsgerichtshof erheben.

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

## **Errichtung von selbständigen Ambulatorien**

### § 5

(1) Selbständige Ambulatorien bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehener Anzahl und vorgesehenes Beschäftigungsmaß von Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten unter Angabe der Berufsberechtigung und vorgesehener Anzahl von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Krankenanstaltsbetrieb notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn insbesondere

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärztinnen, Zahnärzte, Dentistinnen, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
- a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
- b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,
2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind,
3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und
4. gegen die Bewerberin oder den Bewerber keine Bedenken bestehen.

(3) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen RSG folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (regionale, rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur, Besiedlungsdichte),
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patientinnen und Patienten,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter gemäß Z 3 und
5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die betroffenen Sozialversicherungsträger und die Ärztekammer für Wien sind zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme der Wiener Gesundheitsplattform zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

(6) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 Z 2 bis 4 ist nicht erforderlich, wenn eine gesonderte Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen nach Abs. 3 beantragt wird.

(7) In der Errichtungsbewilligung sind – ausgenommen im Fall des Abs. 4 – im Rahmen des Antrags jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen) sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und – soweit sinnvoll – die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen.

(8) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums – ausgenommen im Fall des Abs. 4 – haben betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die Ärztekammer für Wien bzw. bei selbständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer, hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und können Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien und gegebenenfalls Revision an den Verwaltungsgerichtshof erheben. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3.

(9) Die Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für Wien bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums betraut.

### § 5 a

(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 Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befindet. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

(2) Im Wiener Krankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die maximalen Gesamtbettzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinischtechnischen Großgeräte je Standort,
6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,
7. die Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereiche je Standort.

(3) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 2 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind in Zusammenhang mit § 4 Abs. 2b und 2c die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(4) Das Amt der Wiener Landesregierung hat den zwischen dem Land Wien und der Sozialversicherung in der Wiener Gesundheitsplattform abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien auf der Homepage [www.wien.gv.at](http://www.wien.gv.at) in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen.

### Betrieb von bettenführenden Krankenanstalten

### § 6

(1) Eine Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Krankenanstaltsbetrieb notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn

- a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des § 4 erteilt worden ist;

- 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 Fondsrankenanstalten die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;
  - c) gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 10) keine Bedenken bestehen;
  - d) eine geeignete Ärztin oder ein geeigneter Arzt als verantwortliche Leiterin bzw. als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 12 Abs. 3) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärztinnen oder Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 12 Abs. 2) sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;
  - e) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 6c erforderlich ist.
- (2) Die Bewilligung zum Betrieb der Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist bei Vorliegen der im Abs. 1 lit. b, c und d bezeichneten Voraussetzungen zu erteilen.

### **Betrieb von selbständigen Ambulatorien**

#### **§ 6a**

(1) Eine Bewilligung zum Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Ambulatoriumsbetrieb notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn insbesondere

- 1. die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des § 5 Abs. 2 erteilt worden ist;
  - 2. die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
  - 3. gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 10) keine Bedenken bestehen;
  - 4. eine geeignete Ärztin oder ein geeigneter Arzt als verantwortliche Leiterin bzw. als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes oder eine geeignete Zahnärztin oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortliche Leiterin bzw. als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes (§§ 12 Abs. 2 und 12a Abs. 1) namhaft gemacht wurde sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;
  - 5. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 6c erforderlich ist.
- (2) Die Bewilligung zum Betrieb des selbständigen Ambulatoriums eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn eine Einigung gemäß § 339 ASVG oder eine Errichtungsbewilligung gemäß § 5 Abs. 9 zweiter Satz vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 2 bis 4 gegeben sind.

#### **§ 6b**

Bei der Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt ist in einer Vereinbarung zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Rechtsträger der Medizinischen Universität näher zu regeln.

## **Haftpflichtversicherung**

### **§ 6c**

(1) Krankenanstalten, die nicht durch eine Gebietskörperschaft, eine sonstige Körperschaft öffentlichen Rechts oder durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts stehen, betrieben werden, haben zur Deckung der aus ihrer Tätigkeit (§ 1) entstehenden Schadenersatzansprüche eine Haftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer abzuschließen und diese während der Dauer ihrer Betriebsbewilligung aufrecht zu erhalten. Bei Krankenanstalten, die durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts steht, betrieben werden, besteht ein haftungsrechtlicher Durchgriff zur Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts, sofern keine Haftpflichtversicherung nach dem ersten Satz und Abs. 2 besteht.

(2) Für den Versicherungsvertrag muss Folgendes gelten:

1. Die Mindestversicherungssumme für jeden Versicherungsfall muss 2 000 000 Euro betragen,
2. eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode das Fünffache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten und
3. der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig.

(3) Die geschädigte dritte Person kann den ihr zustehenden Schadenersatzanspruch im Rahmen des betreffenden Versicherungsvertrages auch gegen den Versicherer geltend machen. Der Versicherer und die oder der ersatzpflichtige Versicherte haften als Gesamtschuldner.

(4) Die Versicherer sind verpflichtet, der Landesregierung unaufgefordert und umgehend jeden Umstand zu melden, der eine Beendigung oder Einschränkung des Versicherungsschutzes oder eine Abweichung von der ursprünglichen Versicherungsbestätigung bedeutet oder bedeuten kann, und auf Verlangen der Landesregierung über solche Umstände Auskunft zu erteilen.

## **Änderung von Krankenanstalten**

### **§ 7**

(1) Jede geplante räumliche Veränderung einer Krankenanstalt ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber sind die §§ 4 und 5 sinngemäß anzuwenden. Die dem Bewilligungsbescheid entsprechend geänderte Anlage der Krankenanstalt darf in Betrieb genommen werden, doch ist darüber spätestens gleichzeitig mit der Inbetriebnahme vom Rechtsträger der Krankenanstalt bei der Landesregierung unter Angabe des Zeitpunktes der Inbetriebnahme die Anzeige zu erstatten. Dies gilt auch für selbständige Ambulatorien (§ 1 Abs. 3 Z 5) der Sozialversicherungsträger. Bei wesentlichen Veränderungen von Krankenanstalten der Sozialversicherungsträger ist § 6 sinngemäß anzuwenden.

(3) Die Verlegung einer Krankenanstalt an einen anderen Betriebsort bedarf einer Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber sind die §§ 4, 5, 6 und 6a mit der Maßgabe sinngemäß anzuwenden, dass eine neuerliche Prüfung der Voraussetzung des § 4 Abs. 2 lit. a und des § 5 Abs. 2 Z 1 zum Zwecke der Verfahrensbeschleunigung entfallen kann, wenn nur eine unwesentliche Änderung des Betriebsortes erfolgt.

(3a) Eine unwesentliche Änderung des Betriebsortes im Sinne des Abs. 3 kann nur dann vorliegen, wenn im Zusammenhang mit der Verlegung keine Veränderung des Leistungsangebotes vorgenommen wird und keine Änderung des Einzugsgebietes und der örtlichen Gesundheitsversorgung zu erwarten ist.

(3b) Das Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 3a ist vom Antragssteller im Rahmen des Antrages auf Bewilligung der Verlegung des Betriebsortes glaubhaft zu machen.

(4) Für die Erweiterung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers ist § 5 Abs. 9 sinngemäß anzuwenden.

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

### **§ 7 a**

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

### **Verpachtung, Übertragung, Bezeichnungsänderung**

### **§ 8**

(1) Der Bewilligung der Landesregierung bedürfen ferner die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung – auch eines Teils – auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung (§ 4 Abs. 2 lit. d bzw. § 5 Abs. 2 Z 4). Die Bewilligung kann nur erteilt werden, wenn dagegen keine gewichtigen Bedenken bestehen.

(2) Für den Erwerb von Ambulatorien durch einen Krankenversicherungsträger ist § 5 Abs. 9 sinngemäß anzuwenden.

### **§ 9**

Die Sperre einer Krankenanstalt oder eines Teilbereiches derselben ist von der Landesregierung anzuordnen, wenn die Krankenanstalt entweder

- a) ohne Bewilligung gemäß § 4 Abs. 2, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1, § 6a Abs. 1, § 7 Abs. 2 oder § 7 Abs. 3 betrieben wird oder wenn
- b) Bedingungen oder Auflagen eines Bescheides gemäß § 4 Abs. 2, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1, § 6a Abs. 1, § 7 Abs. 2 oder § 7 Abs. 3 nicht erfüllt sind und dadurch der gesicherte Betrieb der Krankenanstalt nicht mehr gewährleistet ist.

## **C. Regelung des inneren Betriebes von Krankenanstalten**

### **§ 10**

#### **Anstaltsordnung**

(1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat – unter besonderer Rücksichtnahme auf die Patientinnen- und Patientenrechte (§ 17a) – jedenfalls zu enthalten:

- a) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in allgemeine Gebührenklasse und Sonderklasse, die Gliederung in Abteilungen und/oder in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und, neben diesen, auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranter und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
- b) Angaben über ihre Organisation, die Person des Rechtsträgers, die wesentlichen Rechtsverhältnisse und ihre Vertretung nach außen;
- c) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, oder in sonstigen Betriebsformen gemäß Abs. 8 aufgenommen werden;
- d) Regelungen betreffend die Leitung der in § 3a genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in Abs. 8 genannten Betriebsformen;
- e) Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
- f) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;

- g) Bestimmungen über die Qualitätssicherung der Leistungen der Krankenanstalt und über die dafür erforderlichen organisatorischen Einrichtungen;
- h) die Voraussetzungen für die Aufnahme und die Entlassung der Patientinnen und Patienten, den Vorgang bei der Aufnahme, Entlassung und im Todesfall, die Dokumentation über die Gründe der Ablehnung der Aufnahme von Patientinnen und Patienten;
- i) Richtlinien für den Aufenthalt von Patientinnen und Patienten, Begleitpersonen und Besucherinnen und Besuchern;
- j) die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;
- k) Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (Abs. 8).

(2) Den in der Krankenanstalt beschäftigten und allen neueintretenden Personen sind die im Abs. 1 lit. d vorgesehenen Bestimmungen der Anstaltsordnung zur Kenntnis zu bringen. Diese Personen sind auch auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht nach § 16 und § 67 aufmerksam zu machen.

(3) Die einzelnen Organisationseinheiten und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten. Sofern Betten für Patientinnen und Patienten von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit zugeordnet werden können.

(4) Die Anstaltsordnung darf keine Bestimmungen enthalten, die die Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruches oder die Mitwirkung daran verbieten oder die Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, mit nachteiligen Folgen verbinden.

(5) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor ihrer Genehmigung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt das Rektorat der Medizinischen Universität zu hören.

(6) Die Anstaltsordnung und deren Änderung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn keine gesetzlich begründeten Bedenken dagegen bestehen.

(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.

(8) Folgende Arten der Betriebsformen sind in Krankenanstalten neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsspezifischen und/oder zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich:

1. Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 3a vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können.
2. Als Wochenklinik geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.
3. Als Tagesklinik geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tageskliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.
4. Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Patientinnen und Patienten für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich, die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden sowie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst). Eine dislozierte Führung dieser Einrichtungen ist nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig.

5. Ambulante Erstversorgungseinheit als interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und erforderlichenfalls Weiterleitung der Patientinnen und Patienten in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Die Ambulante Erstversorgungseinheit kann über eine angemessene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal 8 Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind Z 4 und § 42 sinngemäß anzuwenden.

## **§ 11**

(1) Die Leitung von bettenführenden Krankenanstalten kann als monokratische oder kollegiale Führung organisiert sein.

(2) Kollegiale Führung bedeutet, dass die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter (§ 12 Abs. 3), die Leiterin oder der Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten (§ 18 Abs. 1), die Leiterin oder der Leiter der technischen Angelegenheiten (§ 18 Abs. 1) und die Leiterin oder der Leiter des Pflegedienstes (§ 22 Abs. 1) allgemeine und grundsätzliche Angelegenheiten zu besprechen sowie allfällige Entscheidungen gemeinsam zu fällen und im Sinne der Ergebnisse ihrer Beratungen in ihren jeweils zukommenden Aufgabenbereichen vorzugehen haben. Die monokratische Führung hat durch eine vom Rechtsträger der Krankenanstalt zu bestimmende Person wahrgenommen zu werden. Diese Funktion kann auch gleichzeitig mit einer der im ersten Satz genannten Führungsfunktionen ausgeübt werden. Die den Führungskräften nach den §§ 12 Abs. 3, 18 Abs. 1 und 22 Abs. 1 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen unabhängig von der Organisation der Führung nicht beeinträchtigt werden.

(3) Soweit Fragen der Anstalts(Betriebs)führung, Angelegenheiten des Zu- und Umbaues, der Errichtung von Neubauten und allgemeine Personalangelegenheiten sowie Einzelpersonalangelegenheiten in Beratung gezogen werden, ist der betrieblichen Interessenvertretung (Personalvertretung, Betriebsrat) Gelegenheit zur Mitwirkung zu geben.

(4) Im Falle der Dienstabwesenheit einer der in den §§ 12 Abs. 3, 18 Abs. 1, 22 Abs. 1 genannten Personen tritt der Stellvertreter an deren Stelle. Falls kein ständiger Stellvertreter bestellt ist, ist ein solcher für die Dauer der Dienstabwesenheit zu bestellen.

(5) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Universität dient, ist der Rektor oder die Rektorin oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor oder eine vorgeschlagene Universitätsprofessorin der medizinischen Universität den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen. Eine monokratische Führung hat sich mit ihm oder ihr in allgemeinen und grundsätzlichen Angelegenheiten regelmäßig, zumindest vierteljährlich, zu besprechen.

## **§ 11 a**

### **Spitalsausschuß**

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

(2) Der Spitalsausschuß besteht aus der kollegialen Führung (§ 11), mindestens drei Vertretern der betrieblichen Interessenvertretung und mindestens fünf gewählten Vertretern der in der Krankenanstalt tätigen Berufsgruppen, die nach dem Grundsatz der Verhältniswahl zu wählen sind. Den gewählten Vertretern hat jedenfalls ein Vertreter des ärztlichen Mittelbaus anzugehören. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung im Sinne von § 11 Abs. 1 gehören dem Spitalsausschuss die jeweils vorgesehenen Führungskräfte an.

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

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

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

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

## § 12

### **Ärztlicher Dienst**

(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. In Zentral- und Schwerpunktankrankenanstalten ist die Leitung des ärztlichen Dienstes jedenfalls hauptberuflich auszuüben. Zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieser Bestimmung bestehende Genehmigungen nach Abs. 4 werden von dieser Regelung nicht berührt.

(2) Zur Führung von Abteilungen und Departments (Unterabteilungen) für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen sind Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn ein solches nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte zu bestellen, die zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet sind. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen.

(3) Für die Leitung (Organisation, Personalführung) des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patientinnen und Patienten zusammenhängenden Aufgaben ist eine zur Leitung befähigte Person zu bestellen, welche nach dem Ärztegesetz 1998 oder dem Zahnärztegesetz berufsberechtigt ist sowie im Hinblick auf das Leistungsangebot der Krankenanstalt entsprechend fachlich geeignet ist. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt. Angehörige der medizinischtechnischen Dienste und Hebammen sind dem ärztlichen Leiter unterstellt.

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

(5) Bei Verhinderung der ärztlichen Leitung muss diese durch eine geeignete Person vertreten werden, welche der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Voraussetzungen des Abs. 3 sind in der Anzeige zu bescheinigen.

(6) Für Pflegeanstalten für chronisch Kranke (§ 1 Abs. 3 Z 3) kann die Landesregierung von der Bestellung einer ärztlichen Leiterin oder eines ärztlichen Leiters Abstand nehmen, wenn die Aufsicht durch eine geeignete Ärztin oder einen geeigneten Arzt gewährleistet ist. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Anstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt (§ 18 Abs. 1).

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

## § 12a

(1) Mit der Führung von Zahnambulatorien dürfen entsprechend dem vorgesehenen Leistungsspektrum nur Zahnärztinnen oder Zahnärzte bzw. Fachärztinnen oder Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie betraut werden. Umfasst das Leistungsspektrum sowohl Tätigkeiten, die der Zahnmedizin zuzuordnen sind, als auch Tätigkeiten, die dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zuzuordnen sind, so ist mit der Leitung entweder eine geeignete Zahnärztin bzw. ein geeigneter Zahnarzt oder eine geeignete Fachärztin bzw. ein geeigneter Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu betrauen. Dabei ist sicherzustellen, dass dem zahnärztlichen bzw. ärztlichen Dienst ausreichend Zahnärztinnen oder Zahnärzte und Fachärztinnen oder Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie angehören. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung der Leitung durch eine in gleicher Weise qualifizierte Zahnärztin oder einen in gleicher Weise qualifizierten Zahnarzt bzw. durch eine in gleicher Weise qualifizierte Fachärztin oder einen in gleicher Weise qualifizierten Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sicherzustellen.

(2) Der zahnärztliche Dienst in Zahnambulatorien darf nur von Zahnärztinnen oder Zahnärzten, die nach den Vorschriften des Zahnärztegesetzes zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes berechtigt sind, sowie entsprechend dem vorgesehenen Leistungsspektrum auch von Fachärztinnen oder Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, die nach den Vorschriften des Ärztegesetzes 1998 zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind, versehen werden.

(3) Die Bestellung der verantwortlichen Leiterin oder des verantwortlichen Leiters eines Zahnambulatoriums bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die in Betracht kommenden Zahnärztinnen oder Zahnärzte bzw. Ärztinnen oder Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs. 1 und 2 vorgesehenen Bedingungen entsprechen. Eine solche Genehmigung ist bei der Errichtung eines Zahnambulatoriums gleichzeitig mit der Bewilligung zum Betrieb und sonst vor Dienstantritt der Zahnärztin oder des Zahnarztes bzw. der Ärztin oder des Arztes zu erteilen.

(4) Von Abs. 3 sind jene Stellen ausgenommen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden.

(5) Die Landesregierung hat eine im Sinne des Abs. 3 erteilte Genehmigung zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen hiefür entfallen sind, deren Nichtvorhandensein nachträglich hervorkommt oder die in Betracht kommenden Zahnärztinnen oder Zahnärzte bzw. Ärztinnen oder Ärzte sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen ihre Pflichten schuldig gemacht haben.

### **§ 12 b**

(1) In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten, die als Universitäts-kliniken 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. 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.

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

### **§ 13**

(1) Der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass

1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
2. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärztinnen und Turnusärzte gewährleistet ist;
3. in dislozierten Wochenkliniken kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärztinnen oder Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patientinnen und Patienten durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist;
4. in dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärztinnen oder Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sichergestellt ist.

(1a) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinischtechnischen Dienste (MTD-Gesetz) und für Heilmasseure nach dem Bundesgesetz über die Berufe und die Ausbildungen zum medizinischen Masseur und zum Heilmasseur (Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG) sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und Personal nach dem Bundesgesetz über die Regelung des medizinischtechnischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G) gewährleistet ist.

(2) Die Patientinnen und Patienten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Wissenschaft ärztlich bzw. zahnärztlich behandelt werden.

(3) Behandlungen dürfen an einer Patientin oder einem Patienten nur mit deren oder dessen Einwilligung nach entsprechender Aufklärung durchgeführt werden; fehlt ihr oder ihm in diesen Angelegenheiten die im Hinblick auf die konkret vorzunehmende medizinische Behandlung erforderliche Einsichts-, Urteils-, bzw. Äußerungsfähigkeit, so ist – sofern die Vornahme der medizinischen Behandlung nicht durch eine Patientenverfügung nach dem Patientenverfügungs-Gesetz ausgeschlossen ist – die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung erforderlich. Eine Einwilligung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung oder mit der Bestellung einer gesetzlichen Vertretung verbundene Aufschub das Leben gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit oder Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet die ärztliche Leitung der Krankenanstalt oder die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung.

(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 a

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

(2) Ausbildungsstätten nach Abs. 1 sind allgemeine Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannt sind, und Sonderkrankenanstalten für jene Gebiete, für die sie nach § 7 Abs. 2 Ärztegesetz 1998, als Ausbildungsstätten zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannt sind.

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

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

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

(6) Die Rechtsträgerinnen und Rechtsträger der in Abs. 2 genannten Krankenanstalten haben die in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin stehenden Personen und die nach Abs. 5 in Ausbildung zum Facharzt anzurechnenden Personen halbjährlich dem Amt der Landesregierung unter Angabe des Namens und des Geburtsdatums zu melden. Die Meldung hat auch eine Darstellung zu enthalten, aus der unmittelbar hervorgeht, dass die nach Abs. 1 bis 5 vorgeschriebene Mindestzahl an beschäftigten Ärztinnen und Ärzten von der Krankenanstalt erfüllt wird.

## § 14

### **Krankenhaushygiene**

(1) Für jede Krankenanstalt ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker) bzw. eine sonst fachlich geeignete, zur selbständigen Berufsausübung berechtigte Ärztin (Hygienebeauftragte) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Für jedes Zahnambulatorium ist eine Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygienikerin) oder ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) bzw. eine sonst fachlich geeignete, zur selbständigen Berufsausübung berechtigte Zahnärztein oder Fachärztein für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragte) bzw. ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. In Schwerpunktkrankenanstalten (§ 3 Abs. 1 lit. b) ist diese Tätigkeit jedenfalls ab 1. Jänner 1998 hauptberuflich auszuüben.

(2) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, hauptberuflich auszuüben. In Schwerpunktkrankenanstalten (§ 3 Abs. 1 lit. b) ist diese Tätigkeit jedenfalls ab 1. Jänner 1998 hauptberuflich auszuüben.

(3) In allen bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung (Surveillance) hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten.

(4a) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patientinnen und Patienten indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien kann die Funktion der Krankenhaushygienikerin oder des Krankenhaushygienikers bzw. der oder des Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter ausüben. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls die Krankenhaushygienikerin oder der Krankenhaushygieniker bzw. die oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

## § 15

### **Technischer Sicherheitsdienst**

(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat eine fachlich geeignete Person zur Wahrnehmung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der in der Krankenanstalt verwendeten medizinischtechnischen Geräte und technischen Einrichtungen zu bestellen (Technischer Sicherheitsbeauftragter). Die Bestellung, welche auch für mehrere Krankenanstalten erfolgen kann, ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Die oder der Technische Sicherheitsbeauftragte hat die medizinischtechnischen Geräte und die technischen Einrichtungen der Krankenanstalt zum Schutz der in Behandlung stehenden Personen regelmäßig zu überprüfen bzw. für solche Überprüfungen zu sorgen. Sie oder er hat ferner für die Beseitigung von Gefahren, die sich aus festgestellten Mängeln ergeben, sowie für die Behebung der Mängel zu sorgen. Vom Ergebnis der Überprüfungen bzw. von festgestellten Mängeln und deren Behebung sind unverzüglich die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter (§§ 12 Abs. 3 und 12a Abs. 3), die Leiterin oder der Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten (§ 18 Abs. 1), die Leiterin oder der Leiter der technischen Angelegenheiten (§ 18 Abs. 1) und die Leiterin oder der Leiter des Pflegedienstes (§ 22 Abs. 1) in Kenntnis zu setzen.

(3) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat bei seiner Tätigkeit auf die betrieblichen Verhältnisse Bedacht zu nehmen und seine Tätigkeit im Einvernehmen mit den im Abs. 2 angeführten Personen auszuüben. Kann ein solches Einvernehmen nicht erzielt werden und ist Gefahr im Verzuge, hat der Technische Sicherheitsbeauftragte die unbedingt erforderlichen Maßnahmen zu verfügen.

(4) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat bei seiner Tätigkeit mit den zur Wahrnehmung des Schutzes des Lebens oder der Gesundheit von Menschen nach den Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes und des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes – ASchG, bestellten Personen zusammenzuarbeiten.

(5) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat ferner den ärztlichen Leiter, den Leiter der Anstaltsverwaltung, den Leiter der technischen Angelegenheiten und den Leiter des Pflegedienstes in allen Fragen der Betriebssicherheit und des einwandfreien Funktionierens der medizinischtechnischen Geräte und der technischen Einrichtungen zu beraten.

(6) Die im Abs. 2 angeführten Personen sind im Rahmen ihrer Zuständigkeit verpflichtet, den Technischen Sicherheitsbeauftragten bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten der Krankenanstalt sowie bei der Anschaffung von medizinischtechnischen Geräten und technischen Einrichtungen zuzuziehen.

## § 15 a

### **Ethikkommission**

(1) In einer Krankenanstalt, an der

1. klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten durchgeführt werden,
2. neue medizinische Methoden und Nicht-Interventionelle Studien angewendet werden,
3. angewandte medizinische Forschung betrieben wird, und
4. Pflegeforschungsprojekte (experimentelle oder Pflegeinterventionsstudien) durchgeführt werden sowie neue Pflege- und Behandlungskonzepte und neue Pflege- und Behandlungsmethoden angewendet werden,

ist vom Rechtsträger eine Ethikkommission einzurichten.  
Eine Ethikkommission kann auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden.

(1a) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind verpflichtet, durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung den Ethikkommissionen zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen. Die Rechtsträger sind berechtigt, von der Sponsorin oder vom Sponsor bzw. sonst zur Befassung Berechtigten oder Verpflichteten einen Kostenbeitrag entsprechend der erfahrungsgemäß im Durchschnitt erwachsenden Kosten einer Beurteilung zu verlangen.

(2) Die Beurteilung neuer medizinischer Methoden, angewandter medizinischer Forschung, von Pflegeforschungsprojekten und neuen Pflege- und Behandlungskonzepten und neuen Pflege- und Behandlungsmethoden hat sich insbesondere zu beziehen auf:

1. beteiligte Personen und Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),
2. Prüfplan unter Berücksichtigung der Zielsetzung und der wissenschaftlichen Aussagekraft,
3. Beurteilung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses,
4. Vorgangsweise bei der Auswahl der Patientinnen und Patienten sowie bei der Aufklärung und Zustimmung,
5. Maßnahmen für den Eintritt eines Schadensfalls bei einer klinischen Prüfung oder der Anwendung einer neuen medizinischen Methode.

(3) Neue medizinische Methoden nach Abs. 1 sind Methoden, die auf Grund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und der angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der medizinischen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, dass eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist, die jedoch in Österreich noch nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen. Vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat die Befassung der Ethikkommission durch die Leiterin oder den Leiter der Organisationseinheit zu erfolgen, in deren Bereich die neue medizinische Methode angewendet werden soll.

(3a) Vor der Durchführung angewandter medizinischer Forschung und von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden kann die Ethikkommission befasst werden. Dies hat hinsichtlich von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden durch die Leiterin oder den Leiter des Pflegedienstes, hinsichtlich angewandter medizinischer Forschung und neuer Behandlungskonzepte und -methoden durch die Leiterin oder den Leiter der Organisationseinheit, in deren Bereich das Forschungsprojekt, das Konzept oder die Methode angewandt werden soll, zu erfolgen.

(4) Die Ethikkommission hat mindestens zu bestehen aus:

1. einer im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Ärztin oder einem im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt,
2. einer Fachärztin oder einem Facharzt, in deren oder dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, die neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt, oder gegebenenfalls einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt, und die nicht Prüferinnen bzw. Prüfer sind, und gegebenenfalls einer oder einem sonstigen entsprechenden Angehörigen eines Gesundheitsberufes,
3. einer Vertreterin oder einem Vertreter des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege,
4. einer Juristin oder einem Juristen,
5. einer Pharmazeutin oder einem Pharmazeuten,
6. einer Person, die über biometrische Expertise verfügt,
7. einer Patientenvertreterin oder einem Patientenvertreter und einer Vertreterin oder einem Vertreter der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft,
8. einer von der Personalvertretung zu bestellenden Person,
9. einer oder einem von der Interessenvertretung der Menschen mit Behinderung (§ 38 Chancengleichheitsgesetz Wien – CGW, LGBI. für Wien Nr. 45/2010) gewählten Vertreterin oder Vertreter sowie einer Vertreterin oder einem Vertreter der Seniorinnen und Senioren, welche oder welcher einer Seniorenorganisation, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengegesetz entspricht, anzugehören hat und
10. einer weiteren, nicht unter Z 1 bis 9 fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt.

(4a) Bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden hat der Ethikkommission überdies eine Person anzugehören, die über Expertise hinsichtlich Methoden der qualitativen Forschung verfügt.

(5) Der ärztliche Leiter der Krankenanstalt und der Prüfungsleiter dürfen nicht zu Mitgliedern der Ethikkommission bestellt werden. Ist ein Mitglied der Ethikkommission Prüfungsleiter, ruht in diesem Fall die Funktion in der Ethikkommission. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen. Die Bestellung der Mitglieder (Ersatzmitglieder) hat der Rechtsträger der Krankenanstalt zu veranlassen.

(5a) Die Mitglieder der Ethikkommission haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie gegenüber dem Träger vollständig offenzulegen. Sie haben sich ihrer Tätigkeit in der Ethikkommission – unbeschadet weiterer allfälliger Befangenheitsgründe – in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

(6) Die Ethikkommission hat sich in einem ausgewogenen Verhältnis aus Frauen und Männern zusammenzusetzen.

(7) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist ein Technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen. Wird die Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen klinischen Prüfung eines Arzneimittels befasst, so haben ihr weiters ein Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie anzugehören. Erforderlichenfalls sind weitere Experten in die Beurteilung einzubeziehen.

(8) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Geschäftsordnung gilt als genehmigt, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten untersagt wird.

(8a) Für Änderungen der Geschäftsordnung gilt Abs. 8 sinngemäß. Geringfügige Änderungen der Geschäftsordnung, insbesondere Aktualisierungen von Verweisungen sowie bloße formelle Anpassungen des Wortlauts, sind von der Anzeigepflicht an die Landesregierung ausgenommen.

(8b) Die Leiterin oder der Leiter jener Organisationseinheit, an der ein Pflegeforschungsprojekt oder die Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden durchgeführt werden soll, hat das Recht, im Rahmen der Sitzung der Ethikkommission zu dem geplanten Pflegeforschungsprojekt oder der Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden Stellung zu nehmen.

(9) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder der Ethikkommission sind in Ausübung ihrer Tätigkeit weisungsfrei.

(10) Vor Beginn der Durchführung einer klinischen Prüfung oder der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat der Prüfungsleiter die Stellungnahme der Ethikkommission einzuholen. Er hat dieser sämtliche Unterlagen und Informationen zu geben, die für eine Beurteilung erforderlich sind. Falls er zu den Beratungen der Ethikkommission eingeladen wird, ist er verpflichtet, dieser Einladung nachzukommen.

(11) Über jede Sitzung ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem Rechtsträger, der ärztlichen Leiterin oder dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch der Prüfungsleiterin oder dem Prüfungsleiter, bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode, einem angewandten medizinischen Forschungsprojekt oder einem neuen Behandlungskonzept und einer neuen Behandlungsmethode auch der Leiterin oder dem Leiter der Organisationseinheit, bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden der Leiterin oder dem Leiter des Pflegedienstes und den ärztlichen Leiterinnen oder Leitern der betroffenen Organisationseinheiten zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen nach § 17 Abs. 2 aufzubewahren.

(12) Für Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind keine Ethikkommissionen nach Abs. 1 zu errichten, wenn an der Medizinischen Universität nach universitätsrechtlichen Vorschriften gleichwertige Kommissionen eingerichtet sind, die die Aufgaben der Ethikkommission wahrnehmen.

(13) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über sämtliche Gegenstände der Geschäftsführung der Ethikkommission zu unterrichten. Diese ist verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte zu erteilen. Personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten sind nicht Gegenstand der Auskunftsverpflichtung.

(14) Mitglieder der Ethikkommission sind von der Landesregierung ihres Amtes zu entheben, wenn sie die ihnen obliegenden Aufgaben gröblich vernachlässigen. Ein derart enthobenes Mitglied darf einer Ethikkommission nur mit vorheriger Zustimmung der Landesregierung erneut angehören.

(15) Die Abs. 13 und 14 gelten nur für Ethikkommissionen von Krankenanstalten, deren Rechtsträger die Stadt Wien ist.

## **§ 15 b**

### **Qualitätssicherung**

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für die Sicherung der Qualität in den Krankenanstalten vorzusorgen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, daß sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Qualität mit anderen Krankenanstalten ermöglichen.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben vorzusorgen, daß die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung geschaffen werden. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu umfassen.

(3) Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherzustellen. Für Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt in jedem Bereich vorzusorgen, daß die jeweils Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(4) Für jede bettenfrührende Krankenanstalt ist zur Qualitätssicherung eine Kommission einzusetzen, die von einer fachlich geeigneten Person zu leiten ist. Diese Kommission hat mindestens aus dem Leiter der Prosektur sowie aus je einem Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinischtechnischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes zu bestehen. In Krankenanstalten, in denen keine Prosektur eingerichtet ist, hat dieser Kommission ein Facharzt für Pathologie anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, gehört dieser Kommission auch der Rektor oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität an. Auf Verlangen eines Mitglieds hat der Leiter die Kommission jedenfalls einzuberufen.

(5) Die Kommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Geschäftsordnung gilt als genehmigt, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten untersagt wird.

(6) Aufgabe dieser Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen, die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

(7) Alle durch diagnostische und therapeutische Eingriffe jeglicher Art gewonnenen Zellen und Gewebe müssen einer zytopathologischen bzw. histopathologischen Untersuchung unterzogen werden.

(8) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 Gesundheitsqualitätsgesetz erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin auf Grund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind.

### **§ 15 c**

Die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hiefür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung (Sollstand, Iststand) hat der Rechtsträger der Landesregierung jährlich bis spätestens 31. März zu berichten.

### **§ 15 d**

#### **Früherkennung von Gewalt**

(1) In Zentral- sowie Schwerpunktankrankenanstalten sind Opferschutzgruppen einzurichten. Soweit die Wahrnehmung der Aufgaben dadurch nicht beeinträchtigt wird, können für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Opferschutzgruppe erfordert, Opferschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Den Opferschutzgruppen obliegt die Früherkennung von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt, insbesondere gegen Frauen, sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen in Bezug auf Gewalt.

(3) Den Opferschutzgruppen haben jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen anzugehören:

1. eine Person mit fachärztlicher Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie,
2. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
3. eine Ärztin oder ein Arzt der Erstversorgungs- oder Unfallabteilung, sofern eine solche an der Krankenanstalt vorhanden ist,
4. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegedienstes und
5. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(4) Die Betreuung von Opfern sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt innerhalb der Familie, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, obliegt den Kinderschutzgruppen gemäß Abs. 5. Dies gilt auch für Personen, die das 18. Lebensjahr zwar vollendet haben, auf Grund deren psychischen Reifegrades jedoch die Betreuung durch die Kinderschutzgruppe angezeigt erscheint.

(5) In Sonderkrankenanstalten für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie und in allgemeinen Krankenanstalten mit Abteilungen oder sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten für die genannten Sonderfächer sind Kinderschutzgruppen einzurichten. Soweit die Wahrnehmung der Aufgaben dadurch nicht beeinträchtigt wird, können für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(6) Der Kinderschutzgruppe obliegt die Früherkennung von Gewalt an Kindern und Jugendlichen und die Früherkennung der Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern und Jugendlichen.

(7) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen anzugehören:

1. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie,
2. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegedienstes und
3. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(8) Die Kinderschutzgruppe kann im Einzelfall beschließen, den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger beizuziehen.

(9) In Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten kann anstelle einer Opferschutzgruppe und einer Kinderschutzgruppe eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden, die sowohl die Aufgaben nach Abs. 2 als auch nach Abs. 6 wahrnimmt.

(10) Der Gewaltschutzgruppe gemäß Abs. 9 haben jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen anzugehören:

1. eine Person mit fachärztlicher Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie,
2. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie,
3. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
4. eine Ärztin oder ein Arzt der Erstversorgungs- oder Unfallabteilung, sofern eine solche an der Krankenanstalt vorhanden ist,
5. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegedienstes und
6. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

## § 15 e

### **Blutdepot**

(1) Jede nach Art und Leistungsangebot in Betracht kommende bettenführende Krankenanstalt hat über ein Blutdepot zu verfügen. Dieses dient der Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen sowie der Durchführung der Kompatibilitätstests für krankenhausinterne Zwecke.

(2) Das Blutdepot ist von einem fachlich geeigneten Facharzt zu leiten und mit dem zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen und fachlich qualifizierten Personal auszustatten. Der Leiter und das Personal müssen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig und regelmäßig auf den neuesten Stand der Wissenschaft gebracht werden.

(3) Für die Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen ist ein auf den Grundsätzen der guten Herstellungspraxis basierendes Qualitätssicherungssystem einzuführen und zu betreiben. Die Bestandteile des Qualitätssicherungssystems, wie Qualitätssicherungshandbuch, Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures-SOPs) und Ausbildungshandbücher sind mindestens einmal jährlich oder bei Bedarf auf den neuesten Stand der Wissenschaft zu bringen.

(4) Der Träger der Krankenanstalt hat sicherzustellen, dass jeder Eingang und jede Abgabe bzw. Anwendung von Blut oder Blutbestandteilen im Rahmen des Blutdepots dokumentiert wird. Die Dokumentation hat eine nach dem Stand der Wissenschaft lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transfusionskette, soweit dies in den Aufgabenbereich des Blutdepots fällt, sicherzustellen. Die Dokumentation ist durch mindestens dreißig Jahre aufzubewahren.

(5) Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen durch Blutdepots müssen den Anforderungen des Anhangs IV der Richtlinie 2004/33/EG zur Durchführung der Richtlinie 2002/98/EG hinsichtlich bestimmter technischer Anforderungen für Blut und Blutbestandteile, ABl. Nr. L 091 vom 30. März 2004, S. 25, entsprechen.

(6) Die Landesregierung kann durch Verordnung weitere Bestimmungen über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen erlassen.

## § 16

### **Verschwiegenheitspflicht**

(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 im 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.

(3) Wenn es im wichtigen persönlichen Interesse einer Patientin oder eines Patienten gelegen ist, darf der Träger der Krankenanstalt Auskunft darüber geben, ob die Patientin oder der Patient in die Krankenanstalt aufgenommen wurde.

(4) Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht sind nach § 67 zu ahnden.

## § 17

### **Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen**

(1) Die Krankenanstalten sind verpflichtet:

- a) über die Aufnahme und die Entlassung der Patientinnen und 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) Krankengeschichten anzulegen, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand der Patientin oder des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens) und der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Verordnungsform) und Aufklärung der Patientin oder des Patienten, die Durchführung der Transplantation von Organen und Organteilen sowie der Zustand der Patientin oder des Patienten und die Art der Behandlung zur Zeit des Abgangs aus der Krankenanstalt darzustellen sind und die einen Hinweis auf die Niederschrift über die Entnahme von Organen und Organteilen der Spenderin oder des Spenders, sofern dies nicht möglich ist, einen Hinweis auf die Herkunft des Transplantats, zu enthalten haben; die unter lit. a bezeichneten Angaben sind in die Krankengeschichte zu übernehmen; der Krankengeschichte ist auch die Obduktionsniederschrift (§ 40 Abs. 3 und 4) beizugeben. Weiters sind sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinischtechnischen Dienste, darzustellen;
- c) über Operationen eigene Operationsniederschriften zu führen und der Krankengeschichte beizulegen;
- d) über die Entnahme von Organen und Organteilen nach § 5 Organtransplantationsgesetz (OTPG) sowie über Entnahmen nach § 4 Abs. 5 Gewebesicherheitsgesetz, Niederschriften zu führen, in denen der Eintritt und der Zeitpunkt des Todes, die Art der Feststellung des Todes, der Zeitpunkt der Entnahme, die entnommenen Organe und Organteile einzutragen sind, und der Krankengeschichte der Spenderin oder des Spenders beizulegen; diese Niederschriften dürfen keine Hinweise auf die Empfängerinnen oder Empfänger enthalten;
- e) sicherzustellen, dass Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 Patientenverfügungs-Gesetz) durch die aufklärende Ärztin beziehungsweise den aufklärenden Arzt sowie die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt in der Krankengeschichte dokumentiert werden;
- f) im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche gemäß § 44 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) und § 5 Abs. 1 Organtransplantationsgesetz (OTPG) zu dokumentieren;

- g) über Maßnahmen der Pflege und deren Verlauf eigene Dokumentationsblätter zu führen und der Krankengeschichte beizulegen.
- h) Weisen nachgereichte Befunde auf bösartige oder sonstige schwere Erkrankungen hin, ist die Patientin oder der Patient nachweislich hievon in Kenntnis zu setzen und zu einer Befundbesprechung einzuladen. Die nachweisliche Verständigung der Patientin oder des Patienten sowie das Ergebnis einer allfälligen Befundbesprechung ist in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

(2) Krankengeschichten von stationär aufgenommenen Patienten und Operationsniederschriften sind bei ihrem Abschluß vom behandelnden Arzt, der für ihren Inhalt verantwortlich ist, und vom Abteilungsleiter zu unterfertigen. Der Teil der Niederschrift über die Entnahme von Organen und Organteilen, der sich mit der Feststellung des Todes befaßt, ist von dem den Tod feststellenden Arzt, und der Teil dieser Niederschrift, der sich mit der Entnahme befaßt, von dem die Entnahme durchführenden Arzt zu unterfertigen. Die Krankengeschichten (Abs. 1 lit a bis e) sind während der Behandlung so zu verwahren, daß sie von unbefugten Personen nicht eingesehen werden können. Krankengeschichten sind nach ihrem Abschluß von der Krankenanstalt mindestens 30 Jahre, von einem Ambulatorium mindestens 10 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen oder in gleichwertiger Weise in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren. Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

(3) Bei Auflösung der Krankenanstalt sind die Krankengeschichten dem Amt der Landesregierung zu übermitteln. Nach Ablauf der Aufbewahrungsduer können die Krankengeschichten vernichtet werden.

(3a) Abs. 3 ist dann nicht anzuwenden, wenn der Rechtsträger der aufgelassenen Krankenanstalt den Sitz in Wien hat und noch andere Krankenanstalten in Wien betreibt. In diesem Fall ist der Rechtsträger der Krankenanstalt zur Aufbewahrung der Krankengeschichten während der Aufbewahrungsduer verpflichtet. Nach Ablauf der Aufbewahrungsduer können die Krankengeschichten vernichtet werden. Wenn eine der Voraussetzungen des ersten Satzes nicht mehr gegeben ist sowie nach dem Untergang des Rechtsträgers der aufgelassenen Krankenanstalt ist Abs. 3 anzuwenden.

(4) Abschriften von Krankengeschichten und von ärztlichen oder zahnärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten sind von den Krankenanstalten den Gerichten sowie den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, kostenlos zu übermitteln. Das Vorliegen des öffentlichen Interesses ist bei Anforderung einer Krankengeschichte anzuführen. Ferner sind den Sozialversicherungsträgern und den Organen des Wiener Gesundheitsfonds bzw. den von diesem beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder behandelnden Ärztinnen oder Ärzten bzw. Zahnärztinnen oder Zahnärzten über Anforderung kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen oder zahnärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltpatientinnen oder Anstaltpatienten zu übermitteln.

(5) Den mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst betrauten Behörden haben die Krankenanstalten alle Mitteilungen zu erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften erforderlich sind. Die Krankenanstalten haben der Behörde auf Verlangen zum Zwecke der Vollziehung der nach den bestattungsrechtlichen Vorschriften bestehenden Verpflichtung der Behörde, die Bestattung einer in der Krankenanstalt verstorbenen Person zu veranlassen (§ 19 Abs. 6 Wiener Leichen- und Bestattungsgesetz), aus der Krankengeschichte folgende Daten von Angehörigen zu übermitteln:

1. Namen,
2. Telefonnummer,
3. Adresse,
4. E-Mail-Adresse.

(6) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Bestimmungen der Abs. 1 bis 5 nicht berührt.

(7) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

1. gemäß Abs. 1 lit. b erster Satz der für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Ärztin oder dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt, gegebenenfalls der oder dem für die zahnärztliche Behandlung Verantwortlichen, und

2. gemäß Abs. 1 lit. b letzter Satz der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.

(8) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekanntgeworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke nach Abs. 1 lit. a nicht geführt werden.

(9) Die Rechtsträger von Krankenanstalten können die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung von Krankengeschichten anderen Rechtsträgern übertragen. Dies gilt auch für die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung. Für die Rechtsträger, denen die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung übertragen wurde, und die bei ihnen beschäftigten Personen besteht Verschwiegenheitspflicht im Umfang des § 16. Weitergaben von personenbezogenen Daten durch diese Rechtsträger sind nur an Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen, Zahnärzte oder Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung die oder der Betroffene steht.

### § 17 a

#### **Sicherung der Patientenrechte, transparente Anmelde- und Wartelistenorganisation**

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

(2) Dies betrifft insbesondere folgende Patientenrechte:

- a) Recht auf rücksichtsvolle Behandlung;
- b) Recht auf ausreichende Wahrung der Privatsphäre, auch in Mehrbeträumen;
- c) Recht auf Vertraulichkeit;
- d) Recht auf fachgerechte und möglichst schmerzarme Behandlung und Pflege;
- e) Recht auf Aufklärung und umfassende Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken;
- f) Recht auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung;
- g) Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer Kopie;
- h) Recht des Patienten oder einer Vertrauensperson auf medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art;
- i) Recht auf ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt;
- j) Recht auf Kontakt mit Vertrauenspersonen auch außerhalb der Besuchszeiten im Fall nachhaltiger Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten;
- k) Recht der zur stationären Versorgung aufgenommenen Kinder auf eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenräume;
- l) Recht auf religiöse Betreuung und psychische Unterstützung;
- m) Recht auf vorzeitige Entlassung;
- n) Recht auf Ausstellung eines Patientenbriefes;
- o) Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden;
- p) Recht auf Sterbebegleitung;
- q) Recht auf würdevolles Sterben und Kontakt mit Vertrauenspersonen.

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

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

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

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Patienten über die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft zu informieren.

(7) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat dafür zu sorgen, dass die Patienten spätestens bei ihrer Aufnahme über das Leistungsangebot und die damit im Zusammenhang stehende Ausstattung der Krankenanstalt informiert werden.

(8) Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten gemäß § 26 haben jene Prozesse, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Operation an einer Patientin oder einem Patienten stehen, beginnend mit der Planung und Terminvergabe der Operation zu regeln und schriftlich zu dokumentieren.

(9) Das Datum der Vereinbarung der Operation sowie der festgelegte Operationstermin sind zeitnah zu dokumentieren. Die Zeitspanne zwischen diesen beiden Daten ergibt die geplante Wartezeit. Die Vergabe der Operationstermine hat ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten und nach betriebsorganisatorischen Aspekten der jeweiligen Krankenanstalt zu erfolgen. Darüber hinaus ist ein allfälliger Wunsch der Patientin oder des Patienten nach einem späteren Termin zu berücksichtigen und zu dokumentieren.

(10) Bei der Terminplanung für invasive diagnostische Maßnahmen in den Sonderfächern Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie ist Abs. 9 sinngemäß anzuwenden.

(11) Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten gemäß § 26 haben pro Abteilung der Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie die Gesamtanzahl der für eine elektive Operation sowie der für eine invasive diagnostische Maßnahme in diesen Sonderfächern vorgemerkten Personen, und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen, zu dokumentieren.

(12) Die vorgemerkte Person ist auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinhaltung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

## **Wirtschaftsführung und Wirtschaftsaufsicht**

### **§ 18**

#### **Allgemeines**

(1) Jede Krankenanstalt muss über das erforderliche Verwaltungspersonal verfügen. Für Krankenanstalten mit nicht mehr als 800 Betten ist eine Person als Leiterin oder Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen, die auf dem Gebiet der Betriebsführung besonders ausgebildet und erfahren ist sowie zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist. Für diese Krankenanstalten ist auch die Bestellung jeweils einer nach den gleichen Gesichtspunkten geeigneten Person als Leiterin oder Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten sowie als Leiterin oder Leiter der technischen Angelegenheiten zulässig; für Krankenanstalten mit mehr als 800 Betten ist eine derartige gesonderte Bestellung verpflichtend vorzunehmen. Für die Ausbildung und Fortbildung des Verwaltungspersonals ist vorzusorgen.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben Aufzeichnungen über die Erträge und Aufwendungen (bei doppischer Verrechnung) bzw. über die Einnahmen und Ausgaben (bei kameraler Verrechnung) zu führen, aus denen die für den Betrieb der betreffenden Krankenanstalt aufgelaufenen Kosten sowie deren Zuordnung zu den einzelnen Kostenstellen ermittelt werden können.

(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 Gesundheitsfonds. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Verträge nicht gegen zwingende gesetzliche Bestimmungen verstößen.

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

(5) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand oder sonstige Zahlungen durch den Wiener Gesundheitsfonds oder das Land Wien erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch den Wiener Gesundheitsfonds und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. Der Wiener Gesundheitsfonds 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 dem Gebarungsjahr nachfolgenden Jahres Rechnungsabschlüsse, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit entsprechen müssen, zu erstellen und dem Wiener Gesundheitsfonds zur Genehmigung vorzulegen;
- c) den mit der Handhabung der Wirtschaftsaufsicht betrauten Organen oder beauftragten Sachverständigen des Wiener Gesundheitsfonds, die sich durch einen schriftlichen Auftrag ausweisen, jederzeit Zutritt zu allen Räumen, Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt und Einsicht in alle sie betreffenden Aufzeichnungen zu gewähren sowie ihnen alle verlangten Auskünfte über die Krankenanstalt zu erteilen und ihnen von den eingesehenen Unterlagen unentgeltlich Abschriften und Kopien herzustellen;
- d) alle vom Wiener Gesundheitsfonds im Zusammenhang mit der Wirtschaftsführung angeforderten Unterlagen unverzüglich vorzulegen.

(6) Der Wiener Gesundheitsfonds 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 Gesundheitsfonds 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.

## § 19

### **Voranschlag**

Die Rechtsträger von Krankenanstalten, die unter die Bestimmungen des § 18 Abs. 5 fallen, haben für jede Krankenanstalt einen Voranschlag nach folgenden Grundsätzen zu erstellen:

- a) Der Voranschlag hat sämtliche Aufwendungen bzw. Ausgaben zu enthalten, die für den laufenden Betrieb und die Erhaltung der Krankenanstalt erforderlich sind.
- b) Den Aufwendungen bzw. Ausgaben haben sämtliche Erträge bzw. Einnahmen gegenübergestellt zu werden, die sich aus dem laufenden Betrieb ergeben. 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 äquivalente Beträge (Äquivalenzbeträge) als Erträge bzw. Einnahmen zu veranschlagen.
  1. Die Äquivalenzbeträge sind hinsichtlich der stationär erbrachten Leistungen (Pflegetage) unter Bedachtnahme auf die Bestimmungen des § 46 Abs. 3, die Ausstattung und die Einrichtungen der betreffenden Krankenanstalt so zu bestimmen, daß sie innerhalb von 60 vH und 80 vH der jeweils geltenden nach § 46 Abs. 1 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse liegen. Die Äquivalenzbeträge sind hinsichtlich der an ambulanten Patienten erbrachten Leistungen so zu bestimmen, daß sie innerhalb von 60 vH und 80 vH jener Erträge bzw. Einnahmen liegen, die sich bei Anwendung der von der Landesregierung festgesetzten Ambulatoriumsbeiträge (allgemeiner Tarif und Sondertarif) ergeben. Die Äquivalenzbeträge sind durch Verordnung der Landesregierung festzusetzen. Wenn die Äquivalenzbeträge für das Voranschlagsjahr noch nicht festgesetzt sind, sind die zuletzt festgesetzten Äquivalenzbeträge anzuwenden.
  2. Als Äquivalenzbeträge für Probanden der Gesundenuntersuchung sind die zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer hiefür vereinbarten Entgelte heranzuziehen.
- c) Die Voranschlagsansätze sind unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Rechnungsabschlusses des Vorjahres, der Voranschlagsansätze des laufenden Haushaltjahres und der für das folgende Jahr zu erwartenden Tendenz sowie unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit zu erstellen.
- d) Aufwendungen bzw. Ausgaben für die Errichtung oder Erweiterung der Krankenanstalt dürfen, ebenso wie Ausgaben für Instandsetzung von Baulichkeiten, die nicht der Erhaltung oder zeitgemäßen Adaptierung der vorhandenen Substanz dienen, nicht aufgenommen werden. Auch Abschreibungen vom Wert der Liegenschaft sowie Kosten für Neuanschaffung von Einrichtungsgegenständen, Instrumenten, Apparaten und technischen Einrichtungen dürfen, sofern diese keine Ersatzanschaffungen darstellen, nicht aufgenommen werden. Als Ausgaben für Ersatzanschaffungen im Betriebsaufwand sind Ausgaben für Anschaffungen von beweglichen Gütern des Anlagevermögens zu verstehen, die der Erhaltung und der Einrichtung der Krankenanstalt dienen. Sie dienen dann der Erhaltung, wenn sie zwar eine Verbesserung infolge des technischen Fortschrittes oder eine Verbesserung der Versorgung mit sich bringen, aber nicht der Kapazitätsausweitung oder der Schaffung neu errichteter Abteilungen oder Institute dienen, sondern bereits vorhandene Einrichtungen ersetzen.
- e) Der vorzulegende Voranschlag ist nach den Voranschlagsposten der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, zu gliedern.

## § 20

### **Rechnungsabschluß**

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten, die unter die Bestimmungen des § 18 Abs. 5 fallen, haben für jede Krankenanstalt die gesamte Gebarung in einem Rechnungsabschluß, der der Gliederung des Voranschlages entspricht, nachzuweisen. Im Rechnungsabschluß sind die für das Rechnungsjahr an Hand der Äquivalenzbeträge für stationär erbrachte Leistungen, an ambulanten Patienten erbrachte Leistungen und der aus der Anzahl der Gesundenuntersuchungen ermittelten Beträge als Erträge bzw. Einnahmen auszuweisen (§ 19 lit. b).

(2) Der Rechnungsabschluß ist vom Wiener Gesundheitsfonds 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.

## § 21

### **Krankenanstalten des Landes Wien oder der Stadt Wien**

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.

## § 22

### **Pflegedienst**

(1) 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.

(2) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes so ist das in § 35 Abs. 2 Z 1 und in § 90 Abs. 2 Z 1 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.

### **Psychotherapeutische Versorgung und psychologische Betreuung**

## § 22 a

(1) In Krankenanstalten, in denen dies auf Grund des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots erforderlich ist, ist eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung sowie eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung vorzusehen.

(2) Psychotherapeutische sowie klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Hilfen sind insbesondere für folgende Patienten vorzusehen:

- a) onkologische Patienten,
- b) psychiatrische Patienten,
- c) Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und
- d) sonstige Patienten mit besonders belastender Krankheits- bzw. Lebensproblematik und langen Aufenthalten in Krankenanstalten.

(3) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben zumindest sicherzustellen, daß sowohl für psychotherapeutische Hilfen als auch für klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Hilfen in Standardkrankenanstalten je ein Dienstposten, in Schwerpunktkrankenanstalten je zwei Dienstposten und in Zentralkrankenanstalten je drei Dienstposten für entsprechend qualifizierte Personen bestehen.

## **Supervision**

### **§ 22 b**

Die Rechtsträger von Krankenanstalten, in denen dies nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommt, haben vorzusorgen, daß für die in der Krankenanstalt Beschäftigten, die einer entsprechenden Belastung ausgesetzt sind, in der Dienstzeit die Gelegenheit besteht, im erforderlichen Ausmaß an einer berufsbegleitenden Supervision teilzunehmen. Zur Durchführung der Supervision sind entsprechend ausgebildete Personen heranzuziehen.

### **§ 22 c**

## **Fortbildung**

(1) Der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass die in der Krankenanstalt tätigen Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, daß eine regelmäßige Fortbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der Angehörigen der medizinischtechnischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden Personals gewährleistet ist.

### **§ 23**

## **Abänderung, Zurücknahme und Erlöschen von Errichtungs- und Betriebsbewilligung**

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt. Die Bewilligung zur Errichtung einer Fondskrankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten einer Fondskrankenanstalt ist abzuändern oder zurückzunehmen, wenn das Leistungsangebot oder deren Ausstattung mit medizinischtechnischen Großgeräten dem Wiener Krankenanstaltenplan widerspricht. Für das Wirksamwerden der Abänderung oder Zurücknahme ist eine angemessene Frist festzulegen, wobei auf die größtmögliche Schonung wohlerworbener Rechte Bedacht zu nehmen ist.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist abzuändern oder zurückzunehmen, wenn

- a) eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betrieb vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt;
- b) der Betrieb der Krankenanstalt entgegen den Vorschriften des § 57 unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

(3) Die Landesregierung kann in den Fällen des Abs. 1 und 2 dem Rechtsträger eine angemessene Behebungsfrist einräumen.

(4) Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten kann zurückgenommen werden, wenn sonstige schwerwiegende Mängel trotz Aufforderung innerhalb einer von der Landesregierung zu bestimmenden angemessenen Frist nicht behoben werden.

(5) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt oder einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten erlischt, wenn nicht binnen einer Frist von fünf Jahren ab Erlassung des Errichtungsbewilligungsbescheides ein diesbezüglicher Betriebsbewilligungsbescheid erlassen und der Betrieb tatsächlich aufgenommen wird.

(6) Die Landesregierung hat auf Grund eines Antrages der Rechtsträgerin oder des Rechtsträgers die Frist gemäß Abs. 5 mit Bescheid um höchstens zwei Jahre zu verlängern, wenn die Durchführung eines Betriebsbewilligungsverfahrens oder die Beendigung eines anhängigen Betriebsbewilligungsverfahrens auf Grund von ihr oder ihm nicht zu verantwortender unvorhergesehener Schwierigkeiten nicht möglich ist. Diese Umstände sind im Antrag glaubhaft darzustellen.

(7) Ab Einbringung des Antrages auf Fristverlängerung gemäß Abs. 6 bis zur rechtskräftigen Entscheidung wird der Ablauf der Frist gehemmt. Die wiederholte Erstreckung der Frist um höchstens je ein weiteres Jahr ist bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen zulässig.

(8) Bei privaten Krankenanstalten, die nicht der Wirtschaftsaufsicht (§ 18 Abs. 5) unterliegen, erlischt die

Errichtungsbewilligung der Krankenanstalt oder einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten, wenn nach Anzeige der freiwilligen Betriebsunterbrechung gemäß § 62 lit. h oder lit. i der Betrieb nicht innerhalb von fünf Jahren wieder aufgenommen und die Wiederaufnahme innerhalb dieser Frist der Landesregierung angezeigt wird. Die Abs. 6 und 7 sind sinngemäß anzuwenden.

(9) Wird binnen einer Frist von fünf Jahren ab Zurücknahme der Betriebsbewilligung einer Krankenanstalt oder einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten (Abs. 1, 2 oder 4) für diese nicht neuerlich eine Betriebsbewilligung erteilt, so erlischt hinsichtlich der betreffenden Krankenanstalt oder der betreffenden einzelnen Abteilungen oder anderen Organisationseinheiten die Errichtungsbewilligung. Abs. 6 ist sinngemäß anzuwenden.

## § 24

Dem Rechtsträger einer Krankenanstalt ist es verboten, selbst oder durch andere physische oder juristische Personen unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Krankenanstalt zu geben.

## II. ABSCHNITT

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

#### **Allgemeines**

## § 25

(1) Öffentliche Krankenanstalten sind solche Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 Z 1 bis 3 bezeichneten Arten, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen worden ist.

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

(3) Der Magistrat hat unter der Internetadresse [www.gemeinderecht.wien.at](http://www.gemeinderecht.wien.at) ein Register einzurichten. In diesem ist die Verleihung des Öffentlichkeitsrechts, der Fortbestand (§ 27) und das Erlöschen (§ 58) des Öffentlichkeitsrechts zu verlautbaren.

## § 26

Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn

- a) ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
- b) jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird (§ 36);
- c) die Patienten so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, als es ihr Gesundheitszustand nach dem Ermessen des behandelnden Arztes erfordert;
- d) für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für die Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgebend ist;
- e) das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt (Pflegegebühren) für alle Patienten derselben Gebührenklassen, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 10 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 10 Abs. 1 lit. c) in gleicher Höhe (§ 46) festgesetzt ist;

- f) die Bediensteten der Krankenanstalt von den Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen unbeschadet der Bestimmungen der § 45, 45a und 45b dieses Gesetzes und des § 46 Abs. 1 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen;
- g) die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltpflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.

## **§ 27**

Bei Erweiterung einer öffentlichen Krankenanstalt durch Einrichtung einer neuen Abteilung, einer sonstigen bettentföhrenden Organisationseinheit oder eines neuen Ambulatoriums, bei ihrer Verlegung und bei sonstigen erheblichen Veränderungen in ihrem Betrieb sind die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht erneut zu überprüfen.

## **§ 28**

### **Verwendung und Offenlegung von Drittmitteln**

(1) Drittmittel sind finanzielle Zuwendungen an Krankenanstalten, einzelne Abteilungen, Departments oder sonstige Organisationseinheiten, die nicht oder nicht unmittelbar der Abgeltung einer konkreten Leistung dienen oder anlässlich einer konkreten Leistung zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.

(2) Drittmittel dürfen von öffentlichen Krankenanstalten - ausgenommen Universitätskliniken - ausschließlich für Zwecke verwendet werden, die den Aufgaben der Krankenanstalten dienen.

(3) Öffentliche Krankenanstalten - ausgenommen Universitätskliniken - haben der Landesregierung jährlich bis längstens 30. April eine Aufstellung über die im vorangegangenen Kalenderjahr erhaltenen Drittmittel und deren Verwendung vorzulegen.

## **§ 29**

*aufgehoben; LGBI 13/1997 vom 25.04.1997*

### **Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltpflege**

## **§ 30**

(1) Das Land Wien ist verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landeskrankenanstaltenplan Anstaltpflege für Personen, die Wiener Landesbürger sind oder als Fremde ihren Hauptwohnsitz in Wien haben, sofern sie anstaltsbedürftig sind oder sich einem operativen Eingriff unterziehen, in der allgemeinen Gebührenklasse entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitbehandlung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen. Das Land Wien ist außerdem verpflichtet, Anstaltpflege für unabweisbare Kranke (§ 36 Abs. 4) auf dieselbe Weise sicherzustellen.

(2) In Wien ist für je 250.000 bis 500.000 Bewohner eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten. Für die Standardversorgung der Bewohner ist die zusätzliche Errichtung von Standardkrankenanstalten dann nicht erforderlich, wenn diese Versorgung im Rahmen der Schwerpunktkrankenanstalten gesichert ist.

## **§ 31**

(1) In jeder öffentlichen Krankenanstalt muß eine allgemeine Gebührenklasse bestehen. In diese sind alle Personen aufzunehmen, die nicht auf Grund der Bestimmungen des § 32 in der Sonderklasse Aufnahme finden.

(2) Die allgemeine Gebührenklasse ist insbesondere für die Aufnahme von Personen bestimmt, die gemäß § 145 ASVG oder auf Grund gleichartiger gesetzlicher Vorschriften von einem im § 64b Abs. 8 angeführten Sozialversicherungsträger in eine öffentliche Krankenanstalt eingewiesen werden.

## § 32

(1) Neben der allgemeinen Gebührenklasse kann in öffentlichen Krankenanstalten eine Sonderklasse nach Maßgabe der Bestimmungen des § 26 Abs. 1 lit. g errichtet werden, wenn die Aufgliederung und Ausstattung der Räume der Krankenanstalt die Errichtung einer Sonderklasse ermöglichen.

(2) Die Sonderklasse ist für die Aufnahme von Personen oder ihrer unterhaltsberechtigten Angehörigen bestimmt, die ihre Aufnahme in diese Klasse wünschen und auf Grund ihres Einkommens oder Vermögens in der Lage sind, die Pflegegebühren und die weiteren Entgelte der Sonderklasse für sich oder ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen zu entrichten.

(3) Die Aufnahme einer Person in die Sonderklasse kann vom Erlag einer entsprechenden Vorauszahlung oder von der Beibringung einer verbindlichen Kostenübernahmserklärung einer mit der Krankenanstalt unmittelbar verrechnenden privatrechtlichen Versicherungsanstalt (Zuschußkasse) abhängig gemacht werden.

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

(5) Kann einer Person, die in die Sonderklasse aufgenommen wurde, die Zahlung der Pflegegebühren und der weiteren Entgelte nicht mehr zugemutet werden, so ist sie in die allgemeine Gebührenklasse zu verlegen.

## § 33

### **Angliederungsverträge**

(1) Angliederungsverträge, das sind Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer privaten Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Patientinnen und 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. Sie sind nur in Fällen eines unabweisbar notwendigen Bedarfes, insbesondere dann zu genehmigen, wenn Kranke bestimmter Altersstufen oder solche mit bestimmten Krankheiten nur mangels der entsprechenden Anstaltseinrichtungen in die Hauptanstalt nicht aufgenommen werden können und der Angliederungsvertrag zu keinem dem Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde. Der Angliederungsvertrag hat zur Folge, dass die von der Hauptanstalt in der angegliederten Anstalt stationär und/oder ambulant behandelten Patientinnen und Patienten als solche der Hauptanstalt gelten.

(2) Im Angliederungsvertrag muss insbesondere

- a) eine angemessene, dem voraussichtlichen Bedarf entsprechende Geltungsdauer oder bei Abschluß auf unbestimmte Zeit die jederzeit mögliche Kündigung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von nicht weniger als drei Monaten und nicht mehr als einem Jahr vorgesehen sein;
- b) die Höchstzahl der stationäre Patientinnen und Patienten der Hauptanstalt bestimmt sein, die jeweils in der angegliederten Krankenanstalt stationär und/oder ambulant behandelt werden dürfen;
- c) die Beobachtung der für die Hauptanstalt hinsichtlich Aufnahme, ärztlicher Behandlung, Pflege, Unterbringung, Verköstigung und Entlassung der Patienten geltenden Vorschriften auch in der angegliederten Krankenanstalt gesichert sein;
- d) die Höhe der Pflegegebühr festgesetzt sein, die von der Hauptanstalt für jeden auf ihre Rechnung aufgenommenen Patienten an die angegliederte Krankenanstalt zu leisten ist, und deren Verpflichtung, den gesamten mit der Unterbringung der Patienten der Hauptanstalt verbundenen Aufwand zu tragen;
- e) die Regelung der Rechte der Hauptanstalt hinsichtlich der ärztlichen Beaufsichtigung ihrer Patienten in der angegliederten Krankenanstalt getroffen sein;
- f) geregelt sein, dass die in der angegliederten Krankenanstalt stationär und/oder ambulant behandelten Patientinnen und Patienten auch in der Hauptanstalt in der vorgeschriebenen Weise vorzumerken sind und die angegliederte Krankenanstalt ihr hiezu ohne Verzug deren Aufnahme und Entlassung unter Beigabe der erforderlichen Unterlagen und Angaben bekanntzugeben hat.

(3) Zusätzliche Bestimmungen hinsichtlich der beiderseitigen Leistungen und Verpflichtungen nach Abs. 2 lit. d sind in besonders gearteten Fällen zulässig.

(4) Liegt eine der beteiligten Krankenanstalten nicht im Bundesland Wien, so bedarf der Angliederungsvertrag zu seiner Rechtsgültigkeit auch der Genehmigung durch die mitbeteiligte Landesregierung nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften.

(5) Eine nach Abs. 1 erteilte Genehmigung ist von der Landesregierung zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand geführt hat. Bestehende Angliederungsverträge sind ebenfalls auf ihre Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan zu überprüfen, und bei fehlender Übereinstimmung ist ihre Genehmigung zu widerrufen.

### § 33a.

#### **Arzneimittelkommission**

(1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten haben hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Eine Arzneimittelkommission kann auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden. Träger mehrerer Krankenanstalten können auch eine trägerweite Arzneimittelkommission einrichten, die zur Gänze oder mit Teilbereichen von Aufgaben der Arzneimittelkommission betraut werden kann.

(2) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste);
2. Adaptierung der Arzneimittelliste;
3. Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln; Träger mehrerer Krankenanstalten haben hiezu detaillierte grundsätzliche Richtlinien zu erlassen.

(3) Darüber hinaus kann der Träger der Krankenanstalt die Arzneimittelkommission mit weiteren Aufgaben betrauen, wie insbesondere:

1. Befassung mit allen beabsichtigten Nichtinterventionellen Studien von zugelassenen Arzneispezialitäten;
2. regelmäßiges Arzneimittel-Controlling;
3. Erstellen einer Notfall-Arzneimittelliste.

(4) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission insbesondere nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

1. für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgeblich;
2. die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen;
3. die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln sicher gestellt ist;
4. bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.

(5) Bei der Erarbeitung von Richtlinien gemäß Abs. 2 Z 3 über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 4 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere Maßnahmen ergriffen werden, z.B. therapeutisch gleichwertige Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher sind;
3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltslichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis sowie die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden. Diese Vorgangsweise ist mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Sozialversicherung nach § 33a Abs. 7 Z 4 abzustimmen. Soweit das Heilmittelverzeichnis durch den Erstattungskodex ersetzt wurde, ist dieser anzuwenden.

(6) Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel in der Krankenanstalt Anwendung finden und dass bei einer Abweichung von der Arzneimittelliste im Einzelfall die medizinische Notwendigkeit dieser Abweichung der Arzneimittelkommission nachträglich zur Kenntnis zu bringen und zu begründen ist.

(7) Die nicht trägerweite Arzneimittelkommission hat mindestens zu bestehen aus:

1. der Leiterin oder dem Leiter des ärztlichen Dienstes (einer der Leiterinnen oder einem der Leiter des ärztlichen Dienstes);
2. der Leiterin oder dem Leiter der Anstaltsapotheke (einer der Leiterinnen oder einem der Leiter der Anstaltsapotheke) oder einer Konsiliarapothekerin oder einem Konsiliarapotheker mit klinischer Erfahrung;

3. einer weiteren ärztlichen Vertreterin oder einem weiteren ärztlichen Vertreter, die oder der von der ärztlichen Leiterin oder vom ärztlichen Leiter (den ärztlichen Leiterinnen oder Leitern) zu nominieren ist;
4. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Sozialversicherung.

(7a) Die trägerweite Arzneimittelkommission hat mindestens zu bestehen aus:

1. einer oder einem oder mehreren medizinischen Verantwortlichen des Trägers;
2. einer oder einem oder mehreren pharmazeutischen Verantwortlichen des Trägers, soweit solche nicht bestellt sind, einer Leiterin oder einem Leiter oder mehreren Leiterinnen oder Leitern einer Anstaltsapotheke;
3. weiteren ärztlichen Vertreterinnen oder Vertretern, die von der oder dem medizinischen Verantwortlichen des Trägers zu nominieren sind;
4. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Sozialversicherung;
5. einer oder einem Qualitätsbeauftragten des Trägers.

(8) Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen. Als beratende Mitglieder ohne Stimmrecht können im Anlassfall weitere Personen beigezogen werden. Für die nicht trägerweite Arzneimittelkommission kann der Träger der Krankenanstalt (können die Träger der Krankenanstalten) eine Vertreterin oder einen Vertreter entsenden.

(9) Der Träger der Krankenanstalt kann (die Träger der Krankenanstalten können) die Funktion einer oder eines oder mehrerer Vorsitzenden und einer Geschäftsführerin oder eines Geschäftsführers festlegen. Werden keine derartigen Festlegungen getroffen, wählen die Mitglieder der Arzneimittelkommission aus ihrem Kreis mit einfacher Stimmenmehrheit die Vorsitzende oder den Vorsitzenden und deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter in gesonderten Wahlgängen. Bei Verhinderung der oder des Vorsitzenden übernimmt deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter den Vorsitz. Bei Abwesenheit der oder des Vorsitzenden und deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreters übernimmt das an Lebensjahren älteste anwesende Mitglied den Vorsitz.

(10) Die oder der Vorsitzende hat die Arzneimittelkommission nach Bedarf, mindestens jedoch zweimal jährlich, in Krankenanstalten mit mehr als 400 systemisierten Betten sowie bei trägerweiter Zuständigkeit mindestens viermal jährlich einzuberufen. Die Mitglieder sind verpflichtet, über Einladung der oder des Vorsitzenden an den Sitzungen teilzunehmen. Ist ein Mitglied verhindert, hat es die Vorsitzende oder den Vorsitzenden ehestmöglich davon zu benachrichtigen.

(11) Die Arzneimittelkommission ist beschlussfähig, wenn die oder der Vorsitzende sowie mindestens die Hälfte der Mitglieder, darunter jedenfalls eine ärztliche Vertreterin oder ein ärztlicher Vertreter und eine Apothekerin oder ein Apotheker, anwesend sind. Zu einem gültigen Beschluss ist die einfache Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder erforderlich. Stimmennhaltungen sind unzulässig. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme der oder des Vorsitzenden den Ausschlag.

(12) Über jede Sitzung der Arzneimittelkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem Rechtsträger der Krankenanstalt (den Rechtsträgern der Krankenanstalten) zur Kenntnis zu bringen.

(13) Die Arzneimittelkommission hat sich unter Beachtung der Bestimmungen der Abs. 8 bis 12 eine Geschäftsordnung zu geben. In dieser sind insbesondere folgende Angelegenheiten näher zu regeln:

1. kanzleimäßiger interner Geschäftsgang (insbesondere Protokollierung eingehender Geschäftsstücke, Führung der Bürogeschäfte, Aufbewahrung von Unterlagen);
2. Einberufung der Sitzungen;
3. Erstellung der Tagesordnung;
4. Gang der Verhandlungen und Verhandlungsleitung;
5. Rechte und Pflichten der Mitglieder.

Die Geschäftsordnung ist dem Träger der Krankenanstalt (den Trägern der Krankenanstalten) anzuzeigen.

(13a) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission sowie deren Vertretungen haben allfällige Beziehungen zu pharmazeutischen Unternehmen oder Marketingunternehmen, die Arzneimittel bewerben oder vermarkten, gegenüber dem Träger der Krankenanstalt vollständig offenzulegen. Sie haben sich ihrer Tätigkeit in der Arzneimittelkommission in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zu pharmazeutischen Unternehmen oder Marketingunternehmen, die Arzneimittel bewerben oder vermarkten, geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

(14) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder der Arzneimittelkommissionen sind in Ausübung ihrer Tätigkeit weisungsfrei.

(15) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über sämtliche Gegenstände der Geschäftsführung der Arzneimittelkommission zu unterrichten. Diese ist verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte zu erteilen. Personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten sind nicht Gegenstand der Auskunftsverpflichtung.

(16) Mitglieder der Arzneimittelkommission sind von der Landesregierung ihres Amtes zu entheben, wenn sie die ihnen obliegenden Aufgaben gröblich vernachlässigen. Ein derart entthobenes Mitglied darf einer Arzneimittelkommission nur mit vorheriger Zustimmung der Landesregierung erneut angehören.

(17) Die Abs. 15 und 16 gelten nur für Arzneimittelkommissionen von Krankenanstalten, deren Rechtsträger die Stadt Wien ist.

## § 34

### **Arzneimittelvorrat**

(1) In öffentlichen Krankenanstalten, in denen Anstaltsapotheken nicht bestehen, muß ein ausreichender Vorrat an Arzneimitteln, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind, angelegt sein. Für die Bezeichnung und Verwahrung sind die für die ärztlichen Hausapotheeken geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Eine Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist nicht zulässig. Arzneien dürfen an die Patienten nur unter der Verantwortung eines Arztes verabreicht werden.

(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt des Magistrats, allenfalls, soweit nicht die Stadt Wien als Anstaltsträger über eigene Fachkräfte verfügt, unter Beziehung eines Bediensteten des Bundesinstituts für Arzneimittel in Wien, mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen.

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

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

(5) Der Konsiliarapotheker hat den Arzneimittelvorrat der Krankenanstalt hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der Arzneimittel mindestens einmal vierteljährlich zu überprüfen und allfällige Mängel dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt zu melden; diesen hat er ferner in allen Arzneimittelangelegenheiten fachlich zu beraten und zu unterstützen.

## § 35

### **Öffentliche Stellenausschreibung**

(1) Die Stellen jener Ärztinnen und Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, ein Department (Unterabteilung), eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als ständige Konsiliarärztinnen oder Konsiliarärzte bzw. als ständige Konsiliarzahnärztinnen oder Konsiliarzahnärzte bestellt werden sollen, sowie die Stellen jener Apothekerinnen und Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapotheke betraut werden sollen, sind unter der Internetadresse [www.gemeinderecht.wien.at](http://www.gemeinderecht.wien.at) auszuschreiben. Hierbei ist für die Bewerbung eine angemessene Frist, in der Regel eine solche von mindestens vier Wochen, einzuräumen.

(2) Die Stellen, die auf Grund der einschlägigen Hochschulgängen besetzt werden, sind von den Bestimmungen des Abs. 1 ausgenommen.

(3) Dem Bewerbungsgesuch sind folgende Unterlagen anzuschließen:

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

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

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

## Aufnahme der Patienten

### § 36

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

(2) Die Aufnahme von Patienten in öffentlichen Krankenanstalten ist auf Personen beschränkt, die Wiener Landesbürger sind oder als Fremde ihren Hauptwohnsitz in Wien haben, sofern sie anstalsbedürftig sind oder sich einem operativen Eingriff unterziehen. Unabweisbare Kranke müssen jedenfalls in Anstaltpflege genommen werden, auch wenn sie ihren Hauptwohnsitz nicht in Wien haben.

(3) Anstalsbedürftig im Sinne des Abs. 2 sind Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltpflege erfordert, Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein ordentliches Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist, sowie Personen, die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen. Den Anstalsbedürftigen sind gesunde Personen gleichzuhalten, die zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinprodukts in einer Krankenanstalt aufgenommen werden.

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

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

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

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

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

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

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

(9) Die Träger von Krankenanstalten sind berechtigt, zur Feststellung der Identität von Patientinnen und Patienten die Vorlage eines amtlichen Lichtbildausweises zu verlangen. Im Falle, dass eine Patientin oder ein Patient nicht ansprechbar ist, darf in die von ihr oder ihm mitgeführten Dokumente zum Zwecke der Feststellung der Identität Einsicht genommen werden.

(10) Im Fall der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 10 Abs. 8) ist diese Patientin bzw. dieser Patient eine oder einer der Krankenanstalt, in der sie bzw. er sich befindet.

### § 37

(1) Kann ein Säugling nur gemeinsam mit der nicht anstaltsbedürftigen Mutter oder einer anderen Begleitperson oder eine anstaltsbedürftige Mutter nur gemeinsam mit ihrem Säugling aufgenommen werden, so sind Mutter (Begleitperson) und Säugling gemeinsam in Krankenanstaltspflege zu nehmen.

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

### **Entlassung von Patienten**

#### § 38

(1) Patienten, die auf Grund des durch anstaltsärztliche Untersuchung festgestellten Behandlungserfolges der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, sind aus der Anstaltspflege zu entlassen. Anstaltsbedürftige Patienten sind zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig wird und sichergestellt ist.

(2) Bei der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Patientenbrief (Entlassungsbrief) anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörigen der gehobenen medizinischtechnischen Dienste oder Heilmasseure zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat. In diesem sind die Angaben und Empfehlungen bzw. Anordnungen übersichtlich und zusammengefasst darzustellen. Bei Bedarf sind dem Patientenbrief auch Angaben zu Maßnahmen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich anzufügen. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Patientenbrief ist nach Entscheidung der Patientin oder des Patienten dieser oder diesem oder

1. der einweisenden oder weiterbehandelnden Ärztin oder dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt bzw. der einweisenden oder weiterbehandelnden Zahnärztin oder dem einweisenden oder weiterbehandelnden Zahnarzt und
  2. bei Bedarf den für die weitere Betreuung in Aussicht genommenen Angehörigen eines Gesundheitsberufes und
  3. bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung
- zu übermitteln.

(3) Wenn die Patientin oder der Patient, ihre bzw. seine Angehörigen oder ihre bzw. seine gesetzliche Vertretung die vorzeitige Entlassung wünschen, so hat die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Zahnärztin oder der behandelnde Zahnarzt auf allfällige für die Gesundheit der Patientin oder des Patienten nachteilige Folgen aufmerksam zu machen und darüber eine Niederschrift (Revers) aufzunehmen. Eine vorzeitige Entlassung ist nicht zulässig, wenn die Patientin oder der Patient auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde in Krankenanstaltspflege eingewiesen worden ist.

(4) Die von der Anstaltsleitung bestimmten Anstaltsärzte haben vor jeder Entlassung durch Untersuchung festzustellen, ob der Patient geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird. Auf Wunsch des Patienten ist über die Dauer der Anstaltsbehandlung eine Bestätigung auszustellen.

(5) Kann sich eine zu entlassende Patientin oder ein zu entlassender Patient nicht selbst versorgen und ist auch keine andere Betreuung sichergestellt, ist mit dem Fonds Soziales Wien als zuständigem Sozialhilfeträger rechtzeitig vor der Entlassung Kontakt aufzunehmen und eine Ausfertigung des Patientenbriefes nach Abs. 2 zum Zweck der Weiterbetreuung nach dem Krankenhausaufenthalt kostenlos auf Anfrage des Fonds Soziales Wien weiterzugeben, sofern die zu entlassende Patientin oder der zu entlassende Patient nicht in der Lage ist, den Patientenbrief an den Fonds Soziales Wien zu übergeben. Liegt der Hauptwohnsitz der betreffenden Person außerhalb Wiens, so ist mit dem örtlich zuständigen Sozialhilfeträger Kontakt aufzunehmen.

#### § 38 a

(1) In Krankenanstalten sind räumliche und organisatorische Vorkehrungen zu treffen, daß das Recht auf würdevolles Sterben und Kontakt mit Vertrauenspersonen (§ 17 a Abs. 2 lit. q) wahrgenommen werden kann.

(2) In Krankenanstalten ist dafür zu sorgen, daß Sterbegleitung (§ 17 a Abs. 2 lit p) ermöglicht wird.

#### § 39

(1) Die Krankenanstalt hat einen ihr bekannten Angehörigen unverzüglich vom Eintritt des Todes eines Patienten zu verständigen.

(2) In Krankenanstalten ist dafür zu sorgen, daß geeignete Räume bereitgehalten werden, um den Angehörigen eine pietätvolle Abschiednahme vom Verstorbenen zu ermöglichen.

### **Leichenöffnung (Obduktion)**

#### **§ 40**

(1) Die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbenen Patientinnen und Patienten sind zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder strafprozessual angeordnet worden oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes, erforderlich ist. Als Leichen gelten auch nicht lebendgeborene Leibesfrüchte sowie Leichenteile.

(2) Liegt keiner der im Abs. 1 erwähnten Fälle vor und hat der Verstorbene nicht schon bei Lebzeiten einer Obduktion zugestimmt, so darf eine Obduktion nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen vorgenommen werden.

(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.

#### **§ 41**

Für öffentliche Krankenanstalten, die der Unterbringung von mindestens 500 Patienten dienen, ist eine entsprechend eingerichtete Prosektur vorzusehen.

#### **§ 42**

### **Anstaltsambulatorien**

(1) In öffentlichen Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 Z 1 und 2 angeführten Arten sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltpflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse der oder des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort der Patientin oder des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltpflege,
- e) im Zusammenhang mit Organtransplantationen und Bluttransfusionen,
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin

notwendig ist.

(2) Ferner steht den im Abs. 1 genannten Krankenanstalten das Recht zu, Vorsorgeuntersuchungen ambulant durchzuführen. Die Aufnahme dieser Tätigkeit ist der Landesregierung anzuzeigen.

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

(4) Über die nach Abs. 1 untersuchten oder behandelten Personen sind Aufzeichnungen zu führen, in denen insbesondere die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), die Diagnose und Therapie sowie der Kostenträger und die Höhe des Ambulatoriumsbeitrages einzutragen sind.

(5) Auf die Behandlungszeiten ist im Anstaltsambulatorium durch Anschlag an geeigneter Stelle hinzuweisen.

6) Die Träger der öffentlichen Krankenanstalten können ihrer Verpflichtung nach Abs. 1 auch durch Vereinbarung mit anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten, mit Gruppenpraxen oder anderen ärztlichen Kooperationsformen entsprechen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass alle einschlägigen Bestimmungen dieses Gesetzes eingehalten werden. Solche Verträge bedürfen der Genehmigung der Landesregierung.

### **§ 43**

#### **Blutabnahme im Dienst der Straßenpolizei**

Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt hat dem Dienst habenden Arzt jene Einrichtungen der Krankenanstalt zur Verfügung zu stellen, die zur Blutabnahme gemäß § 5 Abs. 4a, 8 und 10 der Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, erforderlich sind.

### **§ 44**

#### **Pflegegebühren**

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

(2) In den Fällen des § 37 Abs. 1 werden Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt.

(3) Für den Aufnahme- und den Entlassungstag eines Patienten sind die Pflegegebühren in voller Höhe zu entrichten. Bei Überstellung eines Patienten in eine andere öffentliche Krankenanstalt in Wien hat nur die übernehmende Krankenanstalt Anspruch auf die Pflegegebühren für diesen Tag, sofern derselbe Kostenträger für die Pflegegebühren in beiden Krankenanstalten aufzukommen hat.

(4) Die Kosten der Beförderung des Patienten in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes - sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeföhrten Behandlung zusammenhängt -, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) - soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen -, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den Pflegegebühren nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzauswendungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pfleglings erbracht werden.

(5) Der Berechnung der Pflegegebühren dürfen Auslagen nicht zugrunde gelegt werden, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und ein allfälliger klinischer Mehraufwand im Sinne des § 55 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG).

### **§ 44 a**

#### **Pflegegebühren (Sondergebühren) für Begleitpersonen nach § 37 Abs. 2**

(1) Als Pflegegebühr (Sondergebühr) für Begleitpersonen kann durch Verordnung der Landesregierung ein Entgelt festgesetzt werden, das auf die für diese Begleitpersonen zu erbringenden Leistungen und auf das Lebensalter des Patienten Bedacht nimmt. Für Begleitpersonen von Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr ist kein Entgelt festzusetzen. Von der Einhebung eines Entgeltes ist abzusehen, wenn der Patient auf die Mitbetreuung durch die mitaufgenommene Begleitperson angewiesen ist.

(2) Für Begleitpersonen von Kindern zwischen dem vollendeten dritten bis zum vollendeten fünfzehnten Lebensjahr darf diese Pflegegebühr (Sondergebühr) für höchstens 14 Tage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Ein entsprechender Antrag hat durch die Begleitperson zu erfolgen. Sie hat gleichzeitig nachzuweisen, für wie viele Tage im laufenden Kalenderjahr von ihr bereits Pflegegebühren als Begleitperson entrichtet wurden.

## § 44 b

### **Rechtsbeziehung bei Antragstellung auf Aufnahme in ein Pflegeheim**

Es ist zulässig, dass Patienten, die nach Ablehnung der weiteren Kostentragung durch den zuständigen Krankenversicherungsträger einen Antrag auf Aufnahme in ein Pflegeheim gestellt haben, vorübergehend bis zur Aufnahme in ein Pflegeheim in der Krankenanstalt verbleiben.

### **Sondergebühren und Honorare**

#### § 45

(1) Neben den Pflegegebühren dürfen folgende Sondergebühren verlangt werden:

1. in der Sonderklasse die Anstaltsgebühr;
2. Beiträge für die ambulatorische Behandlung von Personen, die nicht als Patientinnen oder Patienten der Anstalt aufgenommen sind (Ambulatoriumsbeitrag);
3. Ersatz der Kosten für die Beförderung der Patientinnen oder Patienten in die Krankenanstalt oder aus derselben, für die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt – und für die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke), soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen.

(2) Für die Inanspruchnahme der Sonderklasse (Abs. 1 Z 1) ist von der Patientin oder vom Patienten eine Anstaltsgebühr zu entrichten.

(3) Der Ambulatoriumsbeitrag (Abs. 1 Z 2) darf nur bei Personen eingehoben werden, die gemäß § 42 in einem Anstaltsambulatorium untersucht oder behandelt werden und nicht als Patientinnen oder Patienten in die Anstalt aufgenommen sind.

(4) Der Ambulatoriumsbeitrag (Abs. 1 Z 2) und die Sondergebühren gemäß Abs. 1 Z 3 sind nach Maßgabe der der Krankenanstalt für die Leistung erwachsenen Kosten in Bauschbeträgen zu ermitteln.

(5) Die Sondergebühr für die Beförderung einer Patientin oder eines Patienten kann auch dann vorgeschrieben werden, wenn die Beförderung aus einer Krankenanstalt in eine andere aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

(6) § 44 Abs. 2 ist auch auf die Sonderklasse anzuwenden.

(7) Neben den in Abs. 1 genannten Sondergebühren kann von den Patientinnen und Patienten der Sonderklasse nach Maßgabe der §§ 45a und 45b ein ärztliches Honorar verlangt werden.

(8) Ein anderes als das in den §§ 44, 44a und in den vorstehenden Bestimmungen der Abs. 1 bis 7 vorgesehene Entgelt darf, unbeschadet der Bestimmungen der §§ 46a, 51 und 64b, von Patientinnen und Patienten oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

### **Ärztliche Honorare**

#### § 45a

(1) Rechtsträgerinnen oder Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten können im Rahmen einer Vereinbarung Abteilungs- oder Institutsvorständen gestatten, von Patientinnen und Patienten der Sonderklasse ein mit diesen zu vereinbartes Honorar zu verlangen. Im Rahmen der Vereinbarung mit der Rechtsträgerin oder dem Rechtsträger der Krankenanstalt kann insbesondere festgelegt werden, dass ein angemessener Anteil von den eingehobenen Honoraren an die Rechtsträgerin oder den Rechtsträger der Krankenanstalt abzuführen ist (Infrastrukturbetrag). Dasselbe gilt hinsichtlich eines Honorars für Laboratoriums- oder Konsiliaruntersuchungen, Radium-, Röntgen- oder physikalische Behandlungen und für besondere fachärztliche Leistungen, wie zB für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Dabei können nähere Festlegungen im Hinblick auf den ordnungsgemäßen Betrieb der Krankenanstalten vereinbart werden, die zB zur Organisation des ärztlichen Dienstes oder zur Schaffung organisatorischer Rahmenbedingungen bei Einräumung solcher Honorarbefugnisse notwendig sind. Personen, denen eine solche Berechtigung eingeräumt wurde, werden im Folgenden als Honorarberechtigte bezeichnet.

(2) Auf den Abschluss einer Vereinbarung, mit der eine Honorarbefugnis gemäß Abs. 1 gestattet wird, besteht kein Rechtsanspruch. Diese Vereinbarung kann von der Rechtsträgerin oder dem Rechtsträger der Krankenanstalt sowie der Ärztin oder dem Arzt aus wichtigen Gründen aufgelöst werden.

(3) Mit den in Abs. 1 genannten Ärztinnen und Ärzten, die in einem Dienstverhältnis zur Gemeinde Wien stehen, darf nur dann eine Vereinbarung abgeschlossen werden, wenn

- a) eine jährlich zu treffende einvernehmliche Einigung mit den anderen gemeindebediensteten Ärztinnen und Ärzten des ärztlichen Dienstes (Mitberechtigte) über den auf diese entfallenden Anteil der vereinbarten Honorare, der mindestens 40% der Honorare betragen muss, vorliegt und
- b) die Ausübung der Honorarbefugnis nicht aus wichtigen dienstlichen Interessen befristet oder unbefristet untersagt ist.

Bei der Festsetzung des Aufteilungsschlüssels ist insbesondere auf ein angemessenes Aufteilungsverhältnis zwischen Honorarberechtigten und Mitberechtigten im Hinblick auf deren fachliche Qualifikation, deren Leistung sowie die Anzahl der Mitberechtigten, Bedacht zu nehmen.

(4) In den Krankenanstalten der Stadt Wien darf eine Vereinbarung nur abgeschlossen werden, wenn der Stadt Wien ein Infrastrukturbeitrag von 12% der ärztlichen Honorare nach Abs. 3 und § 46 Abs. 1 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) vertraglich zugesichert wird.

(5) Die Rechtsträgerinnen oder Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind zum Zwecke der Bemessung des Infrastrukturbeitrages berechtigt, Vereinbarungen über Honorare und die Honorarnoten einzusehen. Zur Vereinfachung kann die Rechnungslegung namens der Ärztinnen und Ärzte durch bei den Rechtsträgerinnen oder Rechtsträgern einzurichtende Verrechnungsstellen erfolgen.

(6) In den Krankenanstalten der Stadt Wien sind die ärztlichen Honorare nach Abs. 3 und § 46 Abs. 1 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) im Wege einer einzigen Verrechnungsstelle zu verrechnen. Der Magistrat der Stadt Wien kann, sofern er die Tätigkeit der Verrechnungsstelle nicht selbst wahr nimmt, mit Verordnung eine andere juristische Person, die der Kontrolle des Rechnungshofes und des Kontrollamtes unterliegt, zur Führung der Verrechnungsstelle ermächtigen.

(7) In der Verordnung des Magistrates der Stadt Wien gemäß Abs. 6 ist neben der genauen Bezeichnung der juristischen Person, die zur Führung der Geschäfte der Verrechnungsstelle ermächtigt wird, festzulegen, dass die Beauftragung durch den Magistrat der Stadt Wien in Form eines schriftlichen Vertrages zu erfolgen hat. Weiters ist festzulegen, dass dieser Vertrag insbesondere Folgendes zu regeln hat:

1. sofern die juristische Person nicht auf Grund des § 73b Wiener Stadtverfassung der Prüfbefugnis durch den Stadtrechnungshof unterliegt, die Festlegung, dass die beauftragte juristische Person hinsichtlich ihrer Tätigkeit als Verrechnungsstelle der Überprüfung durch den Stadtrechnungshof unterliegt sowie
2. die jederzeitige Kündbarkeit der Beauftragung durch die Gemeinde Wien unter Beachtung einer angemessenen Kündigungsfrist.

(8) Auf die ärztlichen Honorare finden die für Sondergebühren geltenden Bestimmungen dieses Gesetzes keine Anwendung. Honorare und Anteile an den Honoraren sind kein Entgelt aus dem Dienstverhältnis.

## Verrechnungsstellen

### § 45b

(1) Für die bei Verrechnungsstellen nach § 45a Abs. 5 und 6 beschäftigten Personen gilt die Verschwiegenheitspflicht nach § 16.

(2) Die Verrechnungsstellen haben insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erstellen der Abrechnungen im Namen und für die Honorarberechtigten;
2. Übermittlung der Abrechnungen an die jeweils Zahlungspflichtigen;
3. Überwachung der Zahlungseingänge;
4. Abrechnung des Infrastrukturbeitrages;
5. Aufteilung der Honorare auf Honorarberechtigte und Mitberechtigte.

(3) Den Verrechnungsstellen sind zur Durchführung ihrer Aufgaben folgende Daten zu übermitteln:

1. von der Rechtsträgerin oder dem Rechtsträger, jene Patientinnen und Patienten der Sonderklasse betreffend, die eine Honorarvereinbarung nach § 45a Abs. 1 mit Abteilungs- oder Institutsvorständen abgeschlossen haben:
  - a) Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Adresse;
  - b) Daten über bestehende Privatversicherungen und Polizzennummer;
  - c) Daten über Kostenübernahmeverklärungen von privatrechtlichen Versicherungen;
  - d) Aufnahmedatum, Aufenthaltsdauer und Entlassungsdatum der Patientinnen und Patienten;
  - e) Diagnose, Art und Umfang der Behandlung, sofern die Betroffenen dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt und dies im Einzelfall nicht untersagt haben;

- f) Versicherungsdaten des Hauptversicherten oder der Hauptversicherten bei minderjährigen Patientinnen und Patienten;
  - g) Daten über Kostenübernahmeverklärungen durch einen Sozialversicherungsträger;
  - h) Daten über die Inanspruchnahme eines Einzelzimmers;
  - i) Daten über mit aufgenommene Begleitpersonen;
2. von den Honorarberechtigten Name, Adresse, Kontonummer und Bankverbindung der Honorarberechtigten und der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie deren Leistungen samt Darstellung der Positionen der Honorare.
- (4) Eine Verrechnungsstelle nach § 45a Abs. 5 und die Verrechnungsstelle nach § 45a Abs. 6 kann auch mit der Abrechnung von Pflege-, Sondergebühren und Kostenbeiträgen nach § 54 Abs. 1 von Patientinnen und Patienten der Sonderklasse betraut werden. Zur Erstellung der Abrechnung sind ihnen die Daten nach § 54 Abs. 2 zu übermitteln.
- (5) Verrechnungsstellen sind als Auftraggeberinnen im Sinne von § 4 Z 4 Datenschutzgesetz 2000 berechtigt, die ihnen übermittelten Daten zum Zweck der Abrechnung der Honorare, Gebühren und des Infrastrukturbeitrages zu verwenden.
- (6) Verrechnungsstellen haben organisatorische Vorkehrungen zu treffen, die den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen im Sinne des § 1 Abs. 2 Datenschutzgesetz 2000 sicherstellen. Als Vorkehrungen sind insbesondere vorzusehen:
1. der Schutz der Daten vor unbefugtem Zugriff;
  2. die Protokollierung der Zugriffe auf die Daten;
  3. vollständige Löschung der medizinischen Daten sofort nach Saldierung, Verzicht auf die Forderung oder deren Verjährung.

## § 46

(1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 44 und § 45) hat der Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Beachtung der Vorschrift des § 44 Abs. 5 kostendeckend zu ermitteln. Die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzbuch kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Für alle im Sinne der Aufzählung des § 1 Abs. 3 in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten in Wien sind die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich festzusetzen.

(3) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die Pflege(Sonder)gebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

## § 46 a

### Kostenbeiträge

(1) Von Patientinnen und Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltpflege entweder LKF-Gebührenersätze durch den Wiener Gesundheitsfonds oder Pflegegebührenersätze zur Gänze (kein Selbstbehalt) durch einen Sozialversicherungsträger oder durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG) getragen werden, ist durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 3,63 Euro pro Tag, für den LKF-Gebührenersätze oder Pflegegebührenersätze zu entrichten sind, einzuheben. Dieser Betrag darf pro Patientin und pro Patient für höchstens 28 Tage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Im Falle einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche die Patientin oder der Patient transferiert wird.

(1a) Der Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 wird für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 mit 7,82 Euro pro Kalendertag festgesetzt.

(1b) Die Geltung der Regelung gemäß Abs. 1a wird für die Dauer der Geltung des Finanzausgleichsgesetzes 2008 (FAG 2008), BGBl. I Nr. 103/2007 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 165/2013, jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2014 erstreckt.

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

(2a) Personen, deren monatliches Nettoeinkommen 853,06 Euro nicht übersteigt und die nicht gemäß Abs. 2 von der Leistung des Kostenbeitrages befreit sind, bezahlen den ermäßigten Kostenbeitrag von 6,09 Euro. Dies gilt auch für Ehepaare und Lebensgemeinschaften und eingetragene Partnerschaften, deren gemeinsames monatliches Einkommen maximal 1200 Euro beträgt. Die genannten Beträge sind für jede unterhaltsberechtigte Angehörige oder jeden unterhaltsberechtigten Angehörigen, für die oder den ein Anspruch auf Familienbeihilfe besteht, jeweils um 127 Euro zu erhöhen.

(2b) Für die Errechnung des monatlichen Nettoeinkommens nach Abs. 2a sind grundsätzlich alle einer Person oder einem Ehepaar oder Lebensgemeinschaft oder einer eingetragenen Partnerschaft zufließenden geldwerten Leistungen zu berücksichtigen. Folgende Einkommen sind bei der Errechnung des monatlichen Nettoeinkommens in Abzug zu bringen:

1. Beihilfen nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 und den damit verbundenen Kinderabsetzbeträgen nach dem Einkommensteuergesetz 1988 und
2. Pflegegeld.

(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.

(4) Die Landesregierung hat den Kostenbeitrag nach Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1a und 1b sowie nach Abs. 2a 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. Würde für das Jahr 2005 die Summe aller Beiträge gemäß Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1a, 1b, Abs. 5 und Abs. 6 unter Berücksichtigung der Valorisierung 10 Euro pro Kalendertag übersteigen, ist die Valorisierung erstmals für das Jahr 2006 vorzunehmen.

(5) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist für jeden Verpflegungstag, für den ein Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 eingehoben wird, in Fondskrankenanstalten ein Betrag von 1,45 Euro für den Wiener Gesundheitsfonds einzuhaben. Dieser Betrag darf pro Patientin und pro Patient für höchstens 28 Tage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Die Bestimmungen der Abs. 2 und 3 gelten sinngemäß. Im Falle einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuhaben, in welche die Patientin oder der Patient transferiert wird.

(6) Zusätzlich zu den Kostenbeiträgen gemäß Abs. 1 und 5 ist von sozialversicherten Patientinnen und Patienten der allgemeinen Gebührenklasse und von Patientinnen und Patienten der Sonderklasse ein Beitrag von 0,73 Euro einzuhaben. Dieser Beitrag darf pro Patientin und pro Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Die Bestimmungen der Abs. 2 und 3 gelten sinngemäß. Im Falle einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuhaben, in welche die Patientin oder der Patient transferiert wird.

(7) Der Betrag gemäß Abs. 6 ist von den Trägern der Krankenanstalten einzuhaben und der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft für Entschädigungen nach Schäden zur Verfügung zu stellen, die durch die Behandlung in diesen Krankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist. Eine Entschädigung ist auch für Schäden zu gewähren, die durch die Behandlung in der Krankenanstalt entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht gegeben ist, wenn es sich um eine seltene, schwerwiegende Komplikation handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt hat.

## § 47

aufgehoben; LGBI 13/1997 vom 25.04.1997

## § 48

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

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

(3) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührenersätze nach Abs. 2 erhöhen sich für Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit oder auf Grund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 einer Gebietskrankenkasse zur Betreuung zugewiesen werden und die in einer Krankenanstalt betreut werden, deren Rechtsträger im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, zuschußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Pflegetag eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltpflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Pflegetage in zuschußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahrs als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen. Für die Fälligkeit und Verzinsung gilt Abs. 2.

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

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

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

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

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

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

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

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

## § 49

(1) *aufgehoben; LGBI 13/1997 vom 25.04.1997*

(2) *aufgehoben; LGBI 13/1997 vom 25.04.1997*

(3) *aufgehoben; LGBI 13/1997 vom 25.04.1997*

(4) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze nach Abs. 1 ist die Schiedskommission an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgesetzten Erhöhungssätze gemäß § 48 Abs. 4 bis 9 gebunden. Für Krankenanstalten, für die bis zum 31. Dezember 1990 noch keine Verträge über das Ausmaß der zu entrichtenden Pflegegebührenersätze bestehen, sind die zu entrichtenden Pflegegebührenersätze so zu bestimmen, daß sie 80 vH der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse nicht übersteigen und 60 vH dieser Pflegegebühren nicht unterschreiten. Innerhalb dieses Rahmens sind die Pflegegebührenersätze unter Bedachtnahme darauf zu bestimmen, welche Einrichtungen und Ausstattungen die betreffende Krankenanstalt besitzt, welcher Kostenaufwand mit der Einstellung und dem Betrieb von besonders aufwendigen Einrichtungen verbunden ist und wieweit die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger gegeben ist.

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

1. Krankenanstalten betrifft, die nicht ausdrücklich als gleichartig oder annähernd gleichwertig bezeichnet sind, oder
2. Krankenanstalten betrifft, deren Ausstattung hinsichtlich der Zahl der Abteilungen, der Bettenzahl, des Personalstandes oder der medizinischtechnischen Geräte wesentliche Unterschiede aufweist.

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

## § 50

### **Schiedskommission**

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

- a) Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen Trägern öffentlicher Krankenanstalten außerhalb des Wiener Gesundheitsfonds, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bestehen, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,
- b) in den Angelegenheiten des § 64b Abs. 12 und 16,

- c) über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und dem Wiener Gesundheitsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der Vereinbarung gemäß Art. 15a 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. 40 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens), 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 Dreievorschlags;
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 Kreis 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.

(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.

(5) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) endet - abgesehen vom Fall der Enthebung nach Abs. 6 - nur mit dem Ablauf der Amtszeit, dem Wegfall von für die Bestellung erforderlichen Voraussetzungen oder der rechtskräftigen Verhängung einer Disziplinarstrafe nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht.

(6) Ein Mitglied (Ersatzmitglied) kann aus wichtigen gesundheitlichen oder beruflichen Gründen, durch die eine ordnungsgemäße Ausübung des Amtes nicht gewährleistet erscheint, über eigenes Ansuchen vom Amt enthoben werden.

(7) Scheidet ein Mitglied (Ersatzmitglied) vor dem Ablauf der Amtszeit, für die es bestellt wurde, aus, so ist für den Rest dieser Amtszeit ein Mitglied (Ersatzmitglied) nach den Bestimmungen der Abs. 2 und 3 nachzubestellen.

(8) Wird ein Mitglied (Ersatzmitglied) nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht mit einem Beschuß der zuständigen Disziplinarkommission von seinem Dienst bzw. von seiner Tätigkeit suspendiert, so ruht sein Amt für die Dauer der Suspendierung. Die Suspendierung von mehr als sechs Monaten hat das Ausscheiden des Mitgliedes (Ersatzmitgliedes) zur Folge.

(9) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind in Ausübung ihres Amtes unabhängig und an keine Weisungen gebunden.

(10) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission haben Anspruch auf eine angemessene Entschädigung. Die Höhe der Entschädigung wird durch Verordnung der Landesregierung unter Bedachtnahme auf den durch die Tätigkeit als Mitglied (Ersatzmitglied) verursachten Aufwand festgesetzt.

(11) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über sämtliche Gegenstände der Geschäftsführung der Schiedskommission zu unterrichten. Diese ist verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte zu erteilen. Personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten sind nicht Gegenstand der Auskunftsverpflichtung.

### **§ 50a**

(1) Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, 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 Bürogeschäfte der Schiedskommission obliegt dem Amt der Landesregierung (Geschäftsstelle). Die Geschäftsstelle hat insbesondere einen Schriftführer zu stellen, dem eine Entschädigung wie einem Beisitzer zusteht.

### **§ 51**

(1) Die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen Pflegegebühren (Sondergebühren) sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, ist auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 36 Abs. 4) beschränkt.

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

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

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 36 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind.
2. Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 2005, Asyl gewährt wurde, und Asylwerber, denen im Sinne des Asylgesetzes 2005, eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind.

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

### § 51a<sup>4</sup>

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

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

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

### **Einbringung von Pflege- und Sondergebühren sowie Kostenbeiträgen**

#### § 52

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

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

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

#### § 53

(1) Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, für die ehesten Einbringung der Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge zu sorgen.

(2) Wenn ein Patient, seine unterhaltpflichtigen 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.

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

#### § 54

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

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

In dieser Zahlungsaufforderung ist anzuführen:

- a) Die Dauer der Krankenanstaltspflege,
- b) die Dauer des Aufenthaltes der Begleitperson,

---

<sup>4</sup> § 51a ist ab 1.1.2005 nicht anzuwenden, solange eine zwischen dem Bund und den Ländern geschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG in Geltung ist, oder zumindest unterzeichnet ist, die einen Behandlungsbeitrag im Sinne des § 51a ausschließt. LGBI Nr. 44/2005 vom 5.8.2005

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

(3) Gegen die Zahlungsaufforderung stehen dem Zahlungspflichtigen (Abs. 2) Einwendungen zu. Diese können binnen zwei Wochen nach Zustellung der Zahlungsaufforderung bei der Stelle, die die Zahlungsaufforderung erlassen hat, schriftlich oder mündlich erhoben werden. Diese Stelle hat die Einwendungen und ihre Stellungnahme dem Magistrat vorzulegen.

(4) Über die Einwendungen entscheidet der Magistrat als Bezirksverwaltungsbehörde. Dem Rechtsträger der Krankenanstalt kommt in diesem Verfahren Parteistellung zu. Über Beschwerden gegen diese Bescheide erkennt das Verwaltungsgericht Wien.

(5) Werden gegen die Zahlungsaufforderung keine Einwendungen erhoben oder wird den Einwendungen nicht stattgegeben, ist der Anspruch vollstreckbar. Die Zahlungsaufforderung gilt in diesem Fall als Rückstandsausweis.

(6) Auf Grund des Rückstandsausweises für Pflege- und Sondergebühren sowie für Kostenbeiträge einer öffentlichen Krankenanstalt ist die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig, wenn die Vollstreckbarkeit vom Magistrat als Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.

(7) Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger ist verpflichtet, nach erfolgter Bestätigung der Vollstreckbarkeit eines Rückstandsausweises der Vollstreckungsbehörde auf deren Anfrage hin zum Zwecke der Eintreibung der Forderung bekannt zu geben, ob nach den bei ihm gespeicherten Daten (§ 31 Abs. 4 Z 3 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG) der Zahlungspflichtige in einer Rechtsbeziehung steht, aus der ihm pfändbare Forderungen zustehen können. Bekannt zu geben sind Name und Adresse möglicher Drittschuldner. Die Auskünfte sind auf automationsunterstütztem Weg (im Online- oder Stapelverfahren) zu erteilen.

## § 55

Die Sozialhilfeträger sind berechtigt, bezüglich jener Patienten, für deren Kosten sie aufzukommen haben, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt, wie Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, Einsicht zu nehmen und den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen.

## § 56

### **Beitragbezirk und Krankenanstaltensprengel**

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

(2) Zum Betrieb von öffentlichen Krankenanstalten, deren Rechtsträger nicht die Stadt Wien ist und die Zahlungen aus dem Wiener Gesundheitsfonds erhalten, leistet der Wiener Gesundheitsfonds einen Beitrag von 50 vH des Betriebsabgangs. Unter Betriebsabgang ist der gesamte Betriebs- und Erhaltungsaufwand der Krankenanstalt, soweit er vom Wiener Gesundheitsfonds 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, Pflegegebührensätze 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 Gebarungsergebnis enthaltene Personal- und Sachaufwendungen für vom Rechtsträger gewährte freiwillige (z.B. freiwillige Sozialleistungen) oder nicht krankenhausspezifische Leistungen bei der Berechnung des Betriebsabgangs in Abzug zu bringen. Die für ein Kalender(Gebarungs)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.

(3) *aufgehoben, LGBI. für Wien Nr. 56/2009 vom 16.11.2009*

(4) Abgesehen von den Beschränkungen gemäß Abs. 2 und 3 kann der Wiener Gesundheitsfonds 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 Gesundheitsfonds vom Bundesland Wien bereitzustellen.

## § 57

### Betriebspflicht öffentlicher Krankenanstalten

(1) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind verpflichtet, den Betrieb der Krankenanstalt ohne Unterbrechung aufrechtzuerhalten.

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht, die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die entsprechenden Anträge sind sechs Monate vorher einzubringen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn dagegen keine schwerwiegenden öffentlichen Interessen bestehen. Im Fall einer Fondskrankenanstalt hat die Landesregierung das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

## § 58

### Entziehung und Verlust des Öffentlichkeitsrechtes

(1) Das Öffentlichkeitsrecht ist von der Landesregierung zu entziehen, wenn eine für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes im § 25 Abs. 2 vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

(2) Wird die einer öffentlichen Krankenanstalt erteilte Bewilligung zur Errichtung oder zum Betrieb zurückgenommen (§ 23), so verliert sie gleichzeitig das Öffentlichkeitsrecht.

## § 58 a

Verordnungen auf Grund dieses Gesetzes dürfen bereits ab dem der Kundmachung folgenden Tag erlassen werden; sie dürfen jedoch frühestens mit dem Tag in Kraft gesetzt werden, an dem das Gesetz oder die betreffenden Bestimmungen des Gesetzes in Kraft treten. Verordnungen, mit denen Pflegegebühren, allfällige Sondergebühren und sonstige Gebühren festgesetzt werden, können auch bis zu zwei Monate rückwirkend erlassen werden.

**Besondere Bestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in öffentlichen Krankenanstalten und für öffentliche Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie**

**§ 59**

- (1) Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie sind zur Aufnahme psychisch Kranke bestimmt.  
(2) Zweck der Aufnahme ist  
1. die Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,  
2. die Behandlung zur Heilung, Besserung oder Rehabilitation,  
3. die Behandlung zur Vorsorge vor einer Verschlechterung oder  
4. die erforderliche Betreuung und besondere Pflege, sofern diese nur in der Krankenanstalt gewährleistet werden können.

In den Fällen der Z 2 bis 4 kann der Zweck der Aufnahme auch in der Abwehr von ernstlichen und erheblichen Gefahren für Leben oder Gesundheit des psychisch Kranke oder anderer Personen bestehen, wenn diese Gefahren mit der psychischen Krankheit im Zusammenhang stehen.

(3) In den Fällen des Abs. 2 Z 3 und 4 können auch unheilbar psychisch Kranke in Abteilungen und in Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie aufgenommen werden.

**§ 60**

Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie sind grundsätzlich offen zu führen.

**§ 60 a**

(1) Geschlossene Bereiche dienen der Anhaltung von psychisch Kranke, auf die das Unterbringungsgesetz Anwendung findet. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung gemäß § 21 Abs. 1 StGB, nach den §§ 71 Abs. 3 und 167a StVG oder § 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde. Diese müssen von den anderen Bereichen unterscheidbar sein.

(2) Die Errichtung eines geschlossenen Bereiches ist eine wesentliche Veränderung der Krankenanstalt nach § 7 Abs. 2.

**§ 60 b**

Durch geeignete organisatorische Maßnahmen kann vorgesorgt werden, daß psychisch Kranke auch außerhalb geschlossener Bereiche Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit nach dem Unterbringungsgesetz unterworfen werden können. Es ist sicherzustellen, daß dadurch andere psychisch Kranke nicht in ihrer Bewegungsfreiheit beeinträchtigt werden.

**§ 60 c**

(1) Die Anstaltsordnung hat unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Betreuung psychisch Kranke entsprechende Organisationsvorschriften vorzusehen.

(2) Die Anstaltsordnung hat auch die organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen, daß Patientenanwälte und Gerichte ihre gesetzlichen Aufgaben in der Krankenanstalt erfüllen können. Für die Durchführung mündlicher Verhandlungen und für die Tätigkeit der Patientenanwälte sind geeignete Räume zur Verfügung zu stellen.

**§ 60 d**

Für die Dokumentation und Aufbewahrung der Aufzeichnungen nach dem Unterbringungsgesetz ist § 17 Abs. 1 bis 5 sinngemäß anzuwenden.

**§ 60 e**

Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie müssen unter der ärztlichen Leitung

1. einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie,
2. einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Neurologie,
3. einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin,

4. einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie oder
5. einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen.

Psychiatrische Organisationseinheiten, die für die Behandlung von Kindern bestimmt sind, haben unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu stehen.

### **§ 60 f**

Die §§ 36 und 38 sind insoweit anzuwenden, als sich aus dem Unterbringungsgesetz nichts anderes ergibt.

## **III. ABSCHNITT**

### **BESTIMMUNGEN FÜR PRIVATE KRANKENANSTALTEN**

#### **Allgemeine Vorschriften**

##### **§ 61**

(1) Private Krankenanstalten sind Krankenanstalten, die das Öffentlichkeitsrecht nicht besitzen. Sie können auch von physischen Personen errichtet und betrieben werden.

(2) Die Rechte und Pflichten, die sich aus der Aufnahme in eine private Krankenanstalt ergeben, sind nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechtes zu beurteilen.

(3) Eine von einer physischen Person betriebene private Krankenanstalt, die nach dem Tod der Inhaberin oder des Inhabers im Erbweg auf die Witwe oder den Witwer, auf Kinder oder auf die hinterbliebene eingetragene Partnerin oder den hinterbliebenen eingetragenen Partner übergeht, kann

- a) auf Rechnung der Witwe oder des Witwers oder der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin oder des hinterbliebenen eingetragenen Partners auf die Dauer der nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen oder nach den dienstrechtlichen Vorschriften der Länder oder des Bundes zu beurteilenden Eigenschaft als Witwe oder Witwer oder hinterbliebene eingetragene Partnerin oder hinterbliebener eingetragener Partner sowie
- b) auf Rechnung von Kindern bis zu deren Volljährigkeit

auf Grund der der Inhaberin oder dem Inhaber erteilten Bewilligungen (§§ 4, 5, 6 und 6a) durch eine von der Landesregierung zu genehmigende ärztliche Leiterin oder durch einen von der Landesregierung zu genehmigenden ärztlichen Leiter (§ 12 Abs. 3 und 5, § 12a Abs. 1 und 3) gegen Anzeige an die Landesregierung fortbetrieben werden.

(4) Während einer Verlassenschaftsabhandlung, eines Insolvenzverfahrens, einer Zwangsverwaltung oder Zwangsverpachtung können private Krankenanstalten auf Grund der der Inhaberin oder dem Inhaber erteilten Bewilligung (§§ 4, 5, 6 und 6a) ebenfalls durch eine von der Landesregierung zu genehmigende ärztliche Leiterin oder einen von der Landesregierung zu genehmigenden ärztlichen Leiter (§ 12 Abs. 3 und 5, § 12a Abs. 1 und 3) gegen Anzeige an die Landesregierung fortbetrieben werden.

##### **§ 62**

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

- a) Leichenöffnungen dürfen nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen und nur dann, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist, vorgenommen werden; Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift nach den Vorschriften des § 40 Abs. 3 und 4 aufzunehmen und zu verwahren;
- b) für die Beurteilung der Gemeinnützigkeit gelten die Vorschriften des § 26;
- c) unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe darf auch in privaten Krankenanstalten niemandem verweigert werden;
- d) für die Entlassung gelten § 38 Abs. 1 zweiter Satz, Abs. 2 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Patient die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird sowie § 38 Abs. 3, Abs. 4 erster Satz und Abs. 5;

- e) Anstaltsambulatorien können nur für die im § 42 Abs. 1 angeführten Untersuchungen oder Behandlungen betrieben werden und bedürfen der Genehmigung der Landesregierung; in diesen kann auch die Vorsorgeuntersuchung gemäß § 42 Abs. 2 ambulant durchgeführt werden, jedoch ist die Aufnahme dieser Tätigkeit der Landesregierung anzugeben; in Anstaltsambulatorien von Sozialversicherungsträgern dürfen Versicherte und deren anspruchsberchtigte Angehörige ohne Rücksicht auf die Bestimmungen des § 42 Abs. 1 behandelt werden;
- f) für die Ermittlung der Pflege- und Sondergebühren gelten § 44 und § 45 Abs. 1, 3 und 6, hinsichtlich ihrer Fälligkeit und Verzinsung § 54 Abs. 1 vorletzter und letzter Satz;
- g) für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme kann ein Sonderentgelt berechnet werden;
- h) selbständige Ambulatorien haben die freiwillige Betriebsunterbrechung oder ihre Auflassung vorher der Landesregierung anzugeben;
- i) für die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung von Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 18 Abs. 5) unterliegen, gelten die Vorschriften des § 57 Abs. 2; ansonsten haben bettenführende Krankenanstalten eine freiwillige Betriebsunterbrechung oder ihre Auflassung sechs Monate vorher der Landesregierung anzugeben;
- j) auf gemeinnützige private Krankenanstalten (§ 26) ist die Vorschrift des § 46 Abs. 3 erster Satz sinngemäß anzuwenden; die Feststellung der Gemeinnützigkeit sowie der Gleichtartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit der Einrichtungen einer privaten Krankenanstalt obliegt der Landesregierung;
- k) § 46 a auf gemeinnützige Krankenanstalten, hinsichtlich der Fälligkeit und Verzinsung der Kostenbeiträge § 54 Abs. 1 vorletzter und letzter Satz;
- l) § 34 mit der Maßgabe, dass Konsiliarapothekerinnen und Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltszweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich zu kontrollieren haben.
- m) § 31 ist auf alle Krankenanstalten anzuwenden, die auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung über den Wiener Gesundheitsfonds finanziert werden;
- n) für die Einrichtung von Arzneimittelkommissionen gilt § 33a, ausgenommen Abs. 5; für gemeinnützige Krankenanstalten ist auch § 33a Abs. 5 anzuwenden.

## § 63

aufgehoben; LGBI. Nr. 13/1997 vom 25.4.1997

## § 64

Für die Führung von Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und in privaten Sonder-krankenanstalten für Psychiatrie sind die §§ 59 bis 62 anzuwenden.

## IV. ABSCHNITT

### BEZIEHUNGEN ZWISCHEN KRANKENANSTALTEN, SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGERN UND WIENER GESUNDHEITSFONDS

#### § 64a

##### 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. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung über den Wiener Gesundheitsfonds finanziert werden.

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

## § 64b

### **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 Rechtssträger 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.

(2) Die der Krankenanstalt gemäß § 64c gebührenden LKF-Gebührenersätze und Sondergebühren sind zur Gänze vom Wiener Gesundheitsfonds im Namen der Versicherungsträger zu entrichten. Der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG ist von der Krankenanstalt für Rechnung des Wiener Gesundheitsfonds einzuheben.

(3) Mit den in Abs. 2 genannten Zahlungen gemäß § 64c und den Kostenbeiträgen gemäß § 447f Abs. 7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG und § 46a 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 sozialversicherten Patientinnen und Patienten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen ohne Einschaltung des Wiener Gesundheitsfonds das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde), das Recht, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten und das Recht, die Patientin oder den Patienten durch eine beauftragte Fachärztin oder 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 Gesundheitsfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versichertenzuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfasst auch die entsprechenden Statistiken; ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an die Patientin oder 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 Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern ist elektronisch vorzunehmen. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden. Im Zweifelsfall sind die Identität der Patientin oder des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen.

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

(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 Gesundheitsfonds als Versicherungsträger. Der Fonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

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

(9) Zur Durchsetzung des Anspruches auf Bezahlung der Pflegegebühren gegenüber dem Patienten und dessen Angehörigen haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger über Aufforderung bekanntzugeben, für welche Zeiten und durch wen (Name und Anschrift) der Patient oder dessen Angehörige zur Krankenversicherung angemeldet waren oder sind.

(10) Die Beziehungen der in Abs. 8 angeführten Versicherungsträger zu den Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach Abs. 3 zweiter Satz handelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem Wiener Gesundheitsfonds 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 Fondsrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem Wiener Gesundheitsfonds 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 Vorauzahlungen sind Verzugszinsen in der Höhe der im § 63 Abs. 2 ASVG vorgeschriebenen Höhe zu entrichten.

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

### **§ 64c**

#### **Abrechnung von Leistungen der Fondsrankenanstalten über den Wiener Gesundheitsfonds**

(1) An anstaltsbedürftigen, sozialversicherten Personen bzw. an nichtsozialversicherten Personen, für die der Wiener Gesundheitsfonds eine Finanzierung über den Fonds vorsieht, erbrachte Leistungen der Krankenanstalten, die auf Grundlage der Art. 15a 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 Gesundheitsfonds leistungsorientiert nach zu ermittelnden LKF-Gebührenersätzen abzurechnen. Die Höhe der LKF-Gebührenersätze richtet sich nach der Dotation des Wiener Gesundheitsfonds und nach der Höhe der für den LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel. Bei der Berechnung der LKF-Gebührenersätze kann der Wiener Gesundheitsfonds im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen.

Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:

- a) Zentralversorgung,
- b) Schwerpunktversorgung,
- c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und
- d) Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.

(2) Der Wiener Gesundheitsfonds hat zu bestimmen, in welcher Form Leistungen im Nebenkostenstellenbereich und – bis zur Einführung eines bundesweit einheitlichen Abrechnungssystems für den ambulanten Bereich – ambulante Leistungen an Patienten gemäß Abs. 1 abgegolten werden. Die Höhe dieser Abgeltung richtet sich nach der Dotation des Wiener Gesundheitsfonds und nach der Höhe der für diese Bereiche vorgesehenen Mittel.

(3) Der Wiener Gesundheitsfonds kann Mittel für Ausgleichszahlungen und Mittel für allfällige Investitionszuschüsse vorsehen.

(4) Zusätzlich zu den Mitteln nach § 56 Abs. 2 bis 4 können dem Wiener Gesundheitsfonds vom Bundesland Wien weitere Mittel zur Abdeckung des Betriebsabgangs der Fondsrankenanstalten zur Verfügung gestellt werden.

### **§ 64d**

#### **Dokumentation**

Die auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen von den über den Wiener Gesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten vorzulegenden Diagnosen- und Leistungsberichte über das erste Quartal und erste Halbjahr sind dem Wiener Gesundheitsfonds in der in diesem Bundesgesetz vorgesehenen Form zu übermitteln.

### **§ 64e**

#### **Sanktionsmechanismus**

(1) Beabsichtigt ein Sozialversicherungsträger, das Land Wien oder der Rechtsträger einer Fondsrankenanstalt 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 – ZPO, zu entscheiden hat.

(3) Eine meldepflichtige und daher allenfalls einen Anspruch auf finanzielle Entschädigung begründende Einschränkung des Leistungsangebotes liegt nicht vor, wenn jemand 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 Rechnung der leistungseinschränkenden Sozialversicherungsträger im Wege des Wiener Gesundheitsfonds abzugelten. Als Höchstbetrag des Abgeltungsbetrages ist die Summe der von der Sozialversicherung im Hinblick auf den vertragslosen Zustand nicht honorierten Arztabrechnungen zuzusprechen.

#### **§ 64f**

##### **Nicht-Fondskrankenanstalten**

(1) Die Beziehungen der Versicherungsträger nach § 64b Abs. 8 zu den Nicht-Fondskrankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben nähere Bestimmungen über die Einweisung und die im Zweifelsfall vorzunehmende Überprüfung der Identität der Patientin oder des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card zu enthalten.

(2) Die Versicherungsträger sind hinsichtlich der Patientinnen und Patienten, für deren Anstaltpflege sie aufzukommen haben, berechtigt, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt, wie Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, Einsicht zu nehmen und durch eine beauftragte Fachärztin oder einen beauftragten Facharzt die Patientin oder den Patienten in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen. Krankenanstalten, die in einer Vertragsbeziehung zu Sozialversicherungsträgern stehen, sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden.

#### **§ 64g**

##### **Zusätzliche Bestimmungen für alle Krankenanstalten**

Im Falle der Einweisung von Personen durch einen Sozialversicherungsträger zur Befundung oder Begutachtung im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen sind die zu entrichtenden Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten in voller Höhe zu entrichten. Diese Pflegegebühren sind sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 5% pro Jahr zu entrichten.

#### **§ 64h**

##### **Anstaltpflege nach dem Heeresversorgungsgesetz - HVG**

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

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

#### **§ 64i**

*entfällt; LGBI Nr. 37/2004 vom 13.9.2004*

## V. ABSCHNITT

### STRAF-, ÜBERGANGS- UND SCHLUSSBESTIMMUNGEN

#### § 65

Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte, die auf Grund der einschlägigen Bestimmungen dieses Gesetzes erteilt bzw. verfügt werden, sind dem Landeshauptmann unverzüglich bekanntzugeben. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Bundesgesundheitsagentur bekannt zu geben.

#### § 66

Hinsichtlich der sanitären Aufsicht über Krankenanstalten gelten die Vorschriften §§ 60 bis 62 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG).

#### § 67

Übertretungen der Bestimmungen dieses Gesetzes und der auf Grund desselben erlassenen Verordnungen und sonstigen behördlichen Anordnungen werden, sofern die Handlung oder Unterlassung nicht gerichtlich oder nach einer anderen Vorschrift mit strengerer Strafe bedroht ist, vom Magistrat mit einer Geldstrafe bis zu 2 100 Euro oder mit Arrest bis zu einem Monat bestraft. Liegen besonders erschwerende Umstände vor, so können Geld- und Arreststrafen nebeneinander verhängt werden.

#### § 68

(1) Rechte zur Führung öffentlicher Krankenanstalten sowie Bewilligungen und Genehmigungen, die den Rechtsträgern von Krankenanstalten auf Grund bisher geltender Vorschriften verliehen oder erteilt worden sind, werden durch die Bestimmungen dieses Gesetzes nicht berührt. Doch finden auch auf solche Berechtigungen die Bestimmungen dieses Gesetzes Anwendung.

(2) Sind private Krankenanstalten bisher auf Grund ihrer Satzung gemeinnützig betrieben worden und erfüllen sie die Voraussetzungen des § 26 Abs. 1 lit. a bis f, so sind sie auch weiterhin als gemeinnützige Krankenanstalten im Sinne des § 26 zu betrachten.

(3) Durch die Bestimmungen dieses Gesetzes werden die sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften, soweit in diesen das Krankenanstaltenwesen regelnde Vorschriften enthalten sind, nicht berührt.

#### § 69

Die §§ 48 und 49 Abs. 4 bis 6 treten gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1996, außer Kraft.

#### § 70

(1) Die Bestimmungen des § 19 lit. b Z 1 sind für die Dauer der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 oder der an deren Stelle tretenden Vereinbarungen für die von der Vereinbarung erfaßten Krankenanstalten nicht anzuwenden.

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

(3) Während der Dauer dieser Vereinbarung (Abs. 1) sind die Bestimmungen der Abs. 1 und 2 bei der Erstellung des Rechnungsabschlusses nach § 20 Abs. 1 und bei der Berechnung des Betriebsabganges nach § 56 Abs. 2 sinngemäß anzuwenden.

(4) Für die am 28. Jänner 1987 noch nicht abgeschlossenen Verfahren auf Abdeckung des Betriebsabganges findet § 19 lit. b Z 2 Anwendung; die Bestimmungen der Abs. 1 bis 3 sind sinngemäß anzuwenden.

## § 71

### **Verweisungen**

Soweit in diesem Gesetz auf bundesrechtliche Vorschriften verwiesen wird, sind diese in folgender Fassung anzuwenden:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBI. Nr. 189/1955, in der Fassung BGBI. I Nr. 67/2013;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBI. Nr. 51/1991 in der Fassung BGBI. I Nr. 33/2013;
3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBI. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBI. I Nr. 71/2013;
4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBI. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBI. I Nr. 98/2012;
5. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBI. I Nr. 100, in der Fassung BGBI. I Nr. 68/2013;
6. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBI. I Nr. 169, in der Fassung BGBI. I Nr. 80/2012;
7. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBI. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBI. I Nr. 179/2004;
8. Bundesgesetz über die Regelung des medizinischtechnischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBI. Nr. 102/1961, in der Fassung BGBI. I Nr. 89/2012;
9. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBI. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBI. I Nr. 108/2012;
10. Bundes-Seniorenengesetz, BGBI. I Nr. 84/1998, in der Fassung BGBI. I Nr. 94/2012;
11. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBI. Nr. 1/1930, in der Fassung BGBI. I Nr. 59/2013;
12. Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000, BGBI. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBI. I Nr. 57/2013;
13. Einkommensteuergesetz 1988 – EStG 1988, BGBI. Nr. 400, in der Fassung BGBI. I Nr. 53/2013;
14. Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBI. Nr. 376, in der Fassung BGBI. I Nr. 60/2013;
15. Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBI. I Nr. 179/2004;
16. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBI. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBI. I Nr. 48/2013;
17. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBI. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBI. I Nr. 89/2012;
18. Gewebesicherheitsgesetz – GSG, BGBI. I Nr. 49/2008, in der Fassung BGBI. I Nr. 108/2012;
19. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBI. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBI. I Nr. 57/2008;
20. MTD-Gesetz, BGBI. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBI. I Nr. 89/2012;
21. Organtransplantationsgesetz – OTPG, BGBI. I Nr. 108/2012;
22. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBI. I Nr. 55/2006;
23. Strafgesetzbuch – StGB, BGBI. Nr. 60/1974, in der Fassung BGBI. I Nr. 25/2013;
24. Strafprozeßordnung 1975 (StPO), BGBI. Nr. 631, in der Fassung BGBI. I Nr. 27/2013;
25. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBI. Nr. 144/1969, in der Fassung BGBI. I Nr. 2/2013;
26. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBI. Nr. 227/1969, in der Fassung BGBI. I Nr. 35/2012;
27. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBI. Nr. 159, in der Fassung BGBI. I Nr. 39/2013;
28. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBI. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBI. I Nr. 18/2010;
29. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBI. Nr. 787/1996, in der Fassung BGBI. II Nr. 118/2007;
30. Zahnräztegesetz – ZÄG, BGBI. I Nr. 126/2005, in der Fassung BGBI. I Nr. 38/2012;
31. Zivilprozeßordnung – ZPO, RGBI. 113/1895, in der Fassung BGBI. I Nr. 26/2013.

## § 72

### **Umsetzung von Gemeinschaftsrecht**

§ 15e dient der Umsetzung der Richtlinie 2002/98/EG zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen und zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, ABl. Nr. L 33 vom 8. Februar 2003, S. 30 und der Richtlinie 2004/33/EG zur Durchführung der Richtlinie 2002/98/EG hinsichtlich bestimmter technischer Anforderungen für Blut und Blutbestandteile, ABl. Nr. L 91 vom 30. März 2004, S. 25.

## § 73

### **Notifizierung**

§ 15e Abs. 3 und 4 wurde unter Einhaltung der Richtlinie 98/34/EG über ein Informationsverfahren auf dem Gebiet der Normen und technischen Vorschriften und der Vorschriften für die Dienste der Informationsgesellschaft, ABl. Nr. L 204 vom 21. Juli 1998, S. 37, in der Fassung der Richtlinie 98/48/EG, ABl. Nr. L 217 vom 5. August 1998, S. 18, der Europäischen Kommission notifiziert (Notifikationsnummer 2006/357/A).

## § 74

### **In-Kraft-Treten der Novelle LGBI. für Wien Nr. 21/2008**

Die Änderungen der §§ 26 lit. f, 45 und 62 lit. f sowie die Bestimmungen der §§ 17 Abs. 1 lit. h, 45a, 45b sowie § 71 treten mit 1. April 2008 in Kraft.

## § 75

### **In-Kraft-Treten und zeitlicher Geltungsbereich der Novelle LGBI. für Wien Nr. 13/2009**

(1) Die §§ 14 Abs. 4a und 22 Abs. 2 sowie die Änderungen der §§ 3 Abs. 3, 10 Abs. 1, 13 Abs. 3, 14 Abs. 4, 17 Abs. 1 lit. e, 33 Abs. 1 und 2, 60a Abs. 1 treten mit 27. Jänner 2007 in Kraft.

(2) Die Änderungen der §§ 5a Abs. 1, 10 Abs. 3, 33a Abs. 5 und 7 sowie 40 Abs. 1 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.

(3) Die Änderung des § 17 Abs. 1 lit. d tritt mit 20. September 2008 in Kraft.

(4) Die §§ 7 Abs. 3a und 3b, 23 Abs. 5 bis 9, 46a Abs. 2a, 46a Abs. 2b sowie die Änderungen der §§ 5a Abs. 3, 7 Abs. 3, 12 Abs. 3, 12 Abs. 5, 13a Abs. 6, 15a Abs. 4 Z 7, 15d, 17 Abs. 3, 18 Abs. 1, 23 (Überschrift), 46a Abs. 1, 46a Abs. 1a, 46a Abs. 2, 50 Abs. 1 lit. d, 64d und 71 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(5) § 23 in der Fassung dieses Landesgesetzes ist auf zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Bestimmung bereits bestehende Errichtungsbewilligungen nicht anzuwenden, sofern in Bezug auf die betreffenden Krankenanstalten oder einzelnen Abteilungen oder anderen Organisationseinheiten Betriebsbewilligungsverfahren anhängig sind. Hinsichtlich dieser Errichtungsbewilligungen ist § 23 in der bisher geltenden Fassung bis zum Abschluss des Betriebsbewilligungsverfahrens anzuwenden. Hinsichtlich der übrigen zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des § 23 bereits erteilten Errichtungsbewilligungen ist § 23 in der Fassung dieses Landesgesetzes ab 1. Jänner 2010 anzuwenden.

## § 76

### **In-Kraft-Treten und zeitlicher Geltungsbereich der Novelle LGBI. für Wien Nr. 18/2011**

(1) Die Bestimmungen treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(2) Alle zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes, LGBI. für Wien Nr. 18/2011, anhängigen Bewilligungsverfahren sind nach den Bestimmungen dieses Gesetzes fortzusetzen.

(3) Träger von Krankenanstalten, für die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes, LGBI. für Wien Nr. 18/2011, bereits eine rechtskräftige Betriebsbewilligung vorliegt und die nach § 6c zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Verpflichtung bis zum 19. August 2011 nachzukommen und dies der Landesregierung umgehend nachzuweisen.

## Anhang

### Artikel II des LGBI. Nr. 38/2002 vom 10.9.2002

*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.*

*Art. II tritt mit 1. Jänner 2009 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 2009 unterzeichnet ist.*

*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 Kassenärztliche Kassen, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnmobillitäten 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 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;“

*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 verstößen.

(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 Geburungskontrolle 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 Geburungsjahr 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 29a 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 29a 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 hiefür gesetzten Frist als Grundlage für die monatliche Gebärung 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 Geburungsjahres 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.

**§ 29a.** 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 Betriebsabgangs (§ 56 Abs. 2) nicht zu Grunde gelegt werden.“

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

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

17. § 46a lautet:

„**§ 46a.** (1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltpflege Pflegegebührenersätze zur Gänze (kein Selbstbehalt) durch einen Sozialversicherungsträger 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 eingehoben werden.

(2) Ausgenommen von der Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages sind Patienten, die zu einer Organspende stationär aufgenommen wurden, sowie solche Patientinnen, die Anstaltpflege 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 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 zweitvorangegangenen Jahres verändert hat. Die Höhe des Kostenbeitrages ist im Landesgesetzblatt 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 Anstaltpflege 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 Anstaltpflege 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 Anstaltpflege von Patienten, denen nach den Bestimmungen des Heeresversorgungsgesetzes – HVG Anstaltpflege 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 § 46a 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 unterhaltpflichtigen 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 Anstaltpflege. Nach Ablauf dieser Pflegedauer hat der Versicherte für den weiteren Anstaltaufenthalt die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren zu tragen.
- e) Die Versicherungsträger sind hinsichtlich der Patienten, für deren Anstaltpflege 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 Pflegegebührenersätze für die Angehörigen der Versicherten dieser Versicherungsträger nicht anzuwenden ist.

(3) Zur Feststellung und Überprüfung eines allfälligen Anspruches auf Bezahlung des vereinbarten Pflegegebührenersatzes 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 Pflegegebührenersätze 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 Pflegegebührenersätze – unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe – und allfälligen Sondergebühren (§ 45 Abs. 1) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebührenersätze zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des § 49 Abs. 1, wird durch privatrechtliche Verträge geregelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung. Pflegegebührenersätze und Sondergebühren sind binnen sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 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 Streitteile 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 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 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 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 Schlussatz 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 Amtszeit 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, BGBI. Nr. 51, in der Fassung BGBI. 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 Amtszeit 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 unterhaltpflichtigen Angehörigen, der Versicherte (§ 47 Abs. 1 lit. b) oder die Begleitperson (§ 37 Abs. 2) zur Zahlung verpflichtet sind, dürfen die Pflegegebühren, die Sondergebühren sowie die Kostenbeiträge für die voraussichtliche Pflegedauer, höchstens jedoch für jeweils 28 Tage, vom Zahlungspflichtigen im Vorhinein eingehoben werden.“

*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 Geburungsergebnis enthaltene Personal- und Sachaufwendungen für vom Rechtsträger gewährte freiwillige (zB freiwillige Sozialleistungen) oder nicht krankenhauspezifische 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 betriebsabgangmindernd 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 fort dauernden 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.“

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 Pflegegebührensätze dürfen nicht niedriger sein als die Pflegegebührensätze, 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.