

164 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VIII. GP.

Bericht und Antrag

des Ausschusses für soziale Verwaltung

betreffend den Entwurf eines Bundesgesetzes über Krankenanstalten (Krankenanstaltengesetz — KAG.).

Dem Ausschuss für soziale Verwaltung wurde der Antrag der Abgeordneten Singer, Doktor Hofeneder und Genossen (28/A) zugewiesen, der eine EntschlieÙung zum Gegenstand hatte, die Bundesregierung möge dem Nationalrat den Entwurf eines Krankenanstaltengesetzes vorlegen. Bei der Verhandlung über diesen Antrag in der Ausschusssitzung vom 14. Dezember 1956 wurde auf Grund einer gemeinsamen Initiative der Antragsteller beschlossen, dem Nationalrat gemäß § 17 der Geschäftsordnung den Entwurf eines Krankenanstaltengesetzes zur Beschlußfassung vorzulegen. Damit ist eine weitere Behandlung des Antrages 28/A selbst gegenstandslos geworden.

Der Gesetzentwurf, der nunmehr dem Hause vorgelegt wird, wurde nach längeren Verhandlungen und Vorberatungen erstellt und hat eine umfassende Regelung des österreichischen Krankenanstaltenwesens zum Gegenstande.

In diesem Zusammenhange wird auf die nachfolgenden Allgemeinen und Besonderen Bemerkungen hingewiesen.

I. Allgemeine Bemerkungen.

(1) Fast gleichzeitig mit Erlassung grundlegender Maßnahmen zur Einrichtung einer staatlichen Gesundheitsverwaltung in Österreich nach den Reformplänen Gerhard van Swietens im 18. Jahrhundert, wurde mit der Errichtung des Wiener Krankenanstaltenfonds auf Grund des von Kaiser Joseph II. am 28. Juni 1784 unterzeichneten Hofdekretes auch eine erste Regelung auf dem Gebiete des Krankenanstaltenwesens getroffen. Wenn in diesen Vorschriften in erster Linie die so notwendigen finanziellen Fragen einer eingehenden Regelung zugeführt wurden, so finden sich in den gleichzeitig erlassenen Direktivregeln, nach welchen diese Spitäler eingerichtet und die Kran-

ken verpflegt werden sollten, eine für die damalige Zeit erstaunlich hohe Anzahl sanitärer Vorschriften, deren Beobachtung beim Betriebe dieser Anstalten einzuhalten war. Wiewohl im 19. Jahrhundert eine allgemeine Regelung des Krankenanstaltenwesens nicht getroffen wurde, so sind doch bestimmte Teilgebiete einer Regelung zugeführt worden. Hiezu gehören die Gesetze vom 17. Februar 1864, RGBl. Nr. 22, betreffend die Verpflegsgebühren der öffentlichen Gebärd- und Irrenanstalten, und vom 1. Mai 1869, RGBl. Nr. 58, eine die in allgemeinen Krankenanstalten auflaufenden Verpflegsgebühren betreffende Regelung. Eine wesentliche gesetzliche Regelung ist jedoch mit Statuierung des § 2 lit. b des Reichssanitätsgesetzes vom 30. April 1870, RGBl. Nr. 68, getroffen worden. Auf Grund dieser Bestimmung wird der Staatsverwaltung die Bewilligung zur Errichtung privater Kranken-, Irren- und Gebärdanstalten übertragen. Diese Bestimmung bot dem damaligen Ministerium des Innern den Anlaß, durch die Verordnungen vom 14. Mai 1874, RGBl. Nr. 71, und vom 14. Juli 1878, RGBl. Nr. 87, das Irrenwesen im Einvernehmen mit dem Justizministerium einer eingehenden Regelung zuzuführen. Die beiden vorerwähnten Verordnungen erfuhren jedoch durch die Bestimmungen der vom Justizministerium am 28. Juni 1916 erlassenen Entmündigungsordnung, RGBl. Nr. 207, eine zusätzliche Regelung. Im III. Abschnitt der Entmündigungsordnung wird das gerichtliche Verfahren bei Aufnahme in geschlossene Krankenanstalten (Krankenanstalten für Geisteskrankheiten) entsprechend behandelt. In allen übrigen Belangen wurde das Krankenanstaltenwesen nur durch Ministerialerlässe geregelt, als deren wichtigster wohl der Erlaß des Ministers des Innern vom 2. März 1892, Z. 14.498 ex 1891, bezeichnet werden kann, weil damit die damals offene Frage, in welcher Weise bei der Errichtung von privaten Krankenanstalten vorzugehen ist, einer verhältnismäßig zufriedenstellenden Lösung zugeführt worden ist.

2

(2) Bei der oben geschilderten Rechtslage mußte es daher einen gewaltigen Fortschritt bedeuten, daß die Nationalversammlung am 15. Juli 1920 ein Krankenanstaltengesetz beschlossen hatte, durch das die Angelegenheiten der öffentlichen Krankenanstalten, allerdings mit Ausnahme der öffentlichen Irrenanstalten und mit Ausnahme aller nicht öffentlichen Krankenanstalten, erstmalig einer zusammenfassenden Regelung zugeführt wurden. Mit der allgemeinen Regelung des Krankenanstaltenwesens, soweit es sich um öffentliche Krankenanstalten handelte, wurde in den §§ 48 und 49 des Krankenanstaltengesetzes die Verpflichtung des Staates — damals gab es noch keinen österreichischen Bundesstaat — statuiert, den öffentlichen Krankenanstalten finanzielle Unterstützungen in einer Höhe zu gewähren, die drei Achtel des Errichtungsaufwandes und des Betriebsabganges, der sich am Abschluß eines Kalenderjahres bei einer in Betracht kommenden Krankenanstalt ergibt, entsprechen. Die übrigen fünf Achtel des Errichtungsaufwandes und des Betriebsabganges sollten vom Beitragsbezirk beziehungsweise vom Krankenanstaltensprengel getragen werden, doch war damit in der Folge das betreffende Bundesland, in dem die Krankenanstalt betrieben wurde, belastet. Wenn die im Jahre 1923 beschlossene Novellierung des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 72/1923, nur eine nicht wesentliche Belange berührende Abänderung und Ergänzung des ursprünglichen Gesetzes brachte, so muß festgestellt werden, daß das am 18. Juli 1924 beschlossene Bundesgesetz, BGBl. Nr. 255/1924, betreffend die Verwaltung der Wiener öffentlichen Fondskrankenanstalten (Fondskrankenanstaltengesetz), eine wesentliche Durchbrechung des Systems des ursprünglichen Gesetzes darstellte, weil damit Sonderbestimmungen für die Anstalten des Wiener öffentlichen Krankenanstaltensfonds geschaffen wurden. Diese Anstalten wurden ursprünglich von der niederösterreichischen Statthalterei, nach Auflösung der Statthaltereien durch eine eigene Zentraldirektion und schließlich vom Bundesministerium für soziale Verwaltung verwaltet. Meinungsverschiedenheiten mit der Wiener Landesregierung führten schließlich dazu, daß durch das vorerwähnte Fondskrankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 255/1924, einerseits das Bundesland Wien von der Beitragspflicht für die Wiener Fondskrankenanstalten und andererseits auch der Bund von der Beitragspflicht hinsichtlich der von der Bundeshauptstadt Wien verwalteten öffentlichen Krankenanstalten entlastet wurde. Diese Regelung verlor jedoch ihre Bedeutung, als nach der deutschen Besetzung Österreichs der von Kaiser Joseph II. gegründete Krankenanstaltenfonds auf Antrag des Stillhaltekommissärs für Vereine, Organisationen und Verbände durch Bescheid des Ministeriums für innere und kulturelle Ange-

legenheiten vom 25. März 1939, Z. II/4-123.758/1939, nebst allen dazugehörigen Anstalten, Liegenschaften usw. in das Eigentum der Stadt Wien eingewiesen wurde. Das Fondskrankenanstaltengesetz hat seit dieser Zeit, weil nunmehr alle Wiener Krankenanstalten von der Stadt Wien selbst verwaltet werden, nur mehr insofern eine weitere Bedeutung beibehalten, als dessen § 8 einige Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes aufgehoben hat, die in der Folge nicht mehr in Kraft gesetzt worden sind.

(3) Da sich das Krankenanstaltengesetz entgegen den Zuständigkeitsbestimmungen des Art. 10 Abs. 1 Z. 12 und Art. 12 Abs. 1 Z. 2 des später erlassenen Bundes-Verfassungsgesetzes, StGBL. Nr. 450/1920, nicht auf die Regelung der sanitären Aufsicht und die Gesetzgebung über die Grundsätze des Krankenanstaltenwesens beschränkte und insbesondere verschiedene Maßnahmen, die eine Erhöhung der staatlichen Beitragsleistungen mit sich bringen könnten, an die Bewilligung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung knüpfte, mußte seine Wirksamkeit nach § 3 Abs. 2 des Übergangsgesetzes (BGBl. Nr. 368/1925) erlöschen. Um dieser Rechtslage Rechnung zu tragen, hat die Bundesregierung im Nationalrat die Vorlage eines diesen Anforderungen entsprechenden Krankenanstaltengesetzes eingebracht (204 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates — III. GP.), doch ist es zur parlamentarischen Erledigung dieses Entwurfes nicht gekommen. Inzwischen hatten die Bundesländer gleichlautende Landesgesetze des Inhaltes erlassen, daß jene Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes und des Gesetzes, RGBl. Nr. 22/1864, die gemäß § 3 Abs. 2 des oben erwähnten Übergangsgesetzes mit 30. September 1928 außer Kraft zu treten hatten, mit den durch § 6 Abs. 1 des Übergangsgesetzes bedingten Änderungen und einigen sonstigen Abänderungen und Ergänzungen als Landesgesetze weiter gelten. Damit war allerdings der verfassungsrechtlichen Lage Genüge getan, den praktischen Bedürfnissen aber wegen zahlreicher dadurch entstandener Unklarheiten wenig gedient. Eine weitere einschneidende Veränderung der Rechtslage ergab sich in der Folge durch die Verordnung über die Einführung fürsorge-rechtlicher Vorschriften im Lande Österreich vom 3. September 1938, Deutsches RGBl. I S. 1125 (GBl. f. d. L. Ö. Nr. 397/1938), womit insbesondere das Verpflegskostenersatzwesen im Verhältnis der Bundesländer untereinander auf neue Grundlagen gestellt wurde. An die Stelle der zahlungspflichtigen Landesfonds traten nunmehr die Fürsorgeverbände; doch blieben nach Art. VII der Fürsorgeüberleitungsverordnung (GBl. f. d. L. Ö. Nr. 599/1938) die Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes mit Ausnahme des § 47 unberührt. § 47 des Krankenanstaltengesetzes und

das Gesetz, R.GBl. Nr. 22/1864, womit die Zuständigkeit für die Tragung uneinbringlicher Verpflegskosten bis zu diesem Zeitpunkt einer Regelung zugeführt worden war, wurden im Hinblick auf die durch die Einführung reichsfürsorgerechtllicher Vorschriften geschaffene Rechtslage aufgehoben. Ferner wurden durch Abschnitt C der Ersten Ausführungsverordnung zur XVII. Verordnung zur Einführung steuergesetzlicher Vorschriften in Österreich, RMBl. V. Nr. 34/1939, S. 1727, die Aufwendungen für die Errichtung, Umgestaltung, Erweiterung und Unterhaltung der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten ab 1. April 1939 in vollem Umfang auf die Reichsgaue als Selbstverwaltungskörper überwältzt, so daß auf Grund der derzeitigen Rechtslage der Bund von der Beitragspflicht hinsichtlich des Errichtungsaufwandes und des Betriebsabganges öffentlicher Krankenanstalten befreit ist. Diese Änderung steht übrigens mit dem verfassungsrechtlichen Zustand besser im Einklang, weil dem Bund aus dem gesamten Komplex des Krankenanstaltenwesens gemäß Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B.-VG. sowohl in Gesetzgebung wie in Vollziehung nur die sanitäre Aufsicht über Heil- und Pflegeanstalten und gemäß Art. 12 Abs. 1 Z. 3 B.-VG. nur die Gesetzgebung über die Grundsätze, den Ländern aber mit Ausnahme der sanitären Aufsicht (siehe Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B.-VG.) gemäß Art. 12 Abs. 1 Z. 2 B.-VG. die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung auf dem Gebiete des Krankenanstaltenwesens zustehen. Auf Grund dieser Sach- und Rechtslage war es daher Sache des Bundeslandes, die erforderliche finanzielle Vorsorge für den Betrieb der Krankenanstalten zu treffen. In der Folge wurde aber durch einen nicht kundgemachten Schnellbrief der Reichsminister des Innern und der Finanzen vom 15. März 1941 diese Regelung wieder geändert und verfügt, daß ab 1. April 1941 die Träger der öffentlichen Krankenanstalten die Betriebslast in voller Höhe selbst zu tragen haben. In diesem Schnellbrief wurde jedoch angeordnet, daß in Fällen, in denen eine Krankenanstalt Bedeutung über den Bereich der betreffenden Gebietskörperschaft hinaus besitzt, nötigenfalls zur Anpassung der entstehenden Lasten an die Leistungsfähigkeit des Trägers der Übergang auf den Land- oder Stadtkreis oder den Reichsgau anzustreben sei. Ein solcher Zustand ist übrigens in einzelnen Bundesländern verwirklicht, zum Beispiel in Steiermark (Betrieb aller öffentlichen Krankenanstalten durch das Land), Tirol und Burgenland (Betrieb der Krankenanstalten größtenteils durch das Land oder Fürsorgeverbände), Kärnten (Deckung des ganzen Betriebsabganges durch das Land). Unter diesen Umständen konnten sich auch schwerwiegende finanzielle Schwierigkeiten für diese Krankenanstalten kaum ergeben. In anderen Ländern

wurde nur die Regelung, daß das Land zum Betriebsabgang nicht mehr beizutragen habe, eingehalten, die damit zusammenhängende weitere Vorkehrung, daß der Betrieb der Krankenanstalten auf leistungsfähigere Gebietskörperschaften übertragen werden soll, aber nicht in Erwägung gezogen. Wo aber spitalerhaltende Gemeinden sich selbst überlassen wurden und von den Ländern auch die im § 51 KAG., StGBL. Nr. 327/1920, vorgeschriebenen Vorkehrungen hinsichtlich Festsetzung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengel unterlassen wurden, mußten diese Krankenanstalten in finanzielle Schwierigkeiten geraten.

(4) Abgesehen davon, daß die einschlägigen Vorschriften einer zusammenfassenden systematischen Regelung durchwegs entbehren, drängen die eingetretenen finanziellen Schwierigkeiten zur alsbaldigen Erlassung eines Krankenanstaltengesetzes, womit tragfähige finanzielle Grundlagen für den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten geschaffen, ferner Grundsätze für die Ausführungsgesetzgebung der Länder festgesetzt und die sanitäre Aufsicht durch die Bundesgesetzgebung geregelt werden. Außerdem besteht auch das Bedürfnis nach einer modernen gesetzlichen Regelung hinsichtlich der nicht öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, für die bisher nur in einer ganz unzulänglichen Weise im Erlaß des k. k. Ministeriums des Innern vom 2. März 1892, Z. 14.498 ex 1891, einige Vorkehrungen getroffen worden sind. Hierbei mußte versucht werden, eine Anzahl schwieriger Probleme einer befriedigenden Lösung zuzuführen.

(5) Eines dieser Probleme bestand insbesondere darin, die richtige Art dafür zu finden, wie die vom Bund zu erstellenden Grundsätze normiert werden sollen. Eine in diesem Zusammenhang zu weit, das heißt zu sehr ins Detail gehende Regelung hätte die Gefahr in sich geborgen, daß der für die Ausführungsgesetzgebung der Länder durch die Grundsätze vorgezeichnete Rahmen zu eng geworden wäre und die Länder sich auch bei der Ausführungsgesetzgebung mehr oder weniger auf eine Wiederholung des im grundsatzgesetzlichen Teil Normierten hätten beschränken müssen. Diese Schwierigkeit ist dahingehend gelöst worden, daß im grundsatzgesetzlichen Teil überall dort die Landesgesetzgebung die Ausführungsregelung vorgezeichnet hat, wo im Hinblick auf die gesetzlichen Möglichkeiten und im Interesse der Volksgesundheit eine einheitliche Regelung in allen Bundesländern nicht entbehrt werden konnte. Hiezu gehören insbesondere die Bewilligung zur Errichtung und zum Betrieb von Krankenanstalten, ferner die Bedingungen, unter denen sowohl öffentliche wie auch nicht öffentliche Krankenanstalten betrieben werden können, sowie die Festlegung all der wichtigen sanitären Vorschriften, die nun einmal bei Führung einer Krankenanstalt be-

obachtet werden müssen. Dabei wurde im weitesten Maße von Verweisungen an die Landesgesetzgebung Gebrauch gemacht und somit den Landtagen der Bundesländer die Möglichkeit gegeben, bei den Ausführungsgesetzen noch zusätzliche, der Eigenart der Krankenanstalten in den Bundesländern Rechnung tragende Regelungen zu treffen.

(6) Das weitere Problem bestand in der Regelung der die Krankenanstalten für Geisteskrankheiten betreffenden Angelegenheiten, die ja bisher — wie eingangs bereits erwähnt — nur durch die Verordnungen vom 14. Mai 1874, RGBl. Nr. 71, und vom 4. Juli 1878, RGBl. Nr. 87, einer teilweisen Normierung zugeführt waren. Diese veralteten und zum Teil auch schon inhaltlich derogierten Vorschriften, die im wesentlichen die Aufnahme, Anhaltung und Entlassung von Kranken in Irrenanstalten regelten, wurden auf die Initiative des Obersten Sanitätsrates einer, soweit die verfassungsrechtliche Lage es zuließ, mehr zeitgemäßen Regelung zugeführt und dabei im wesentlichen auf die Bestimmungen des III. Teiles der Entmündigungsordnung, RGBl. Nr. 207/1916, Bedacht genommen.

(7) Eines der schwierigsten Probleme war im Zusammenhang mit der Statuierung von Bestimmungen zu lösen, die die Beitragsleistung des Bundes an die Krankenanstalten beinhalten. Wie eingangs bereits ausgeführt, waren durch die deutsche Gesetzgebung die §§ 48 und 49 des Krankenanstaltengesetzes 1920 außer Kraft gesetzt, die Rechtsträger der Krankenanstalten praktisch ohne jede Unterstützung seitens der öffentlichen Hand geblieben, so daß spitals-erhaltende Gemeinden und auch religiöse Orden gezwungen sind, durch den Erlös aus dem Verkauf von Liegenschaften und durch sonstige wirtschaftliche Maßnahmen, die durch nichts gedeckten Betriebsabgänge der von ihnen betriebenen Krankenanstalten decken zu können. Wenngleich einerseits die Regelung der wirtschaftlichen Angelegenheiten des Krankenanstaltenwesens mit Ausnahme der Grundsatzgesetzgebung dem Lande vorbehalten ist, das Land also in erster Linie für die finanzielle Sicherung der Krankenanstalten vorzusorgen hat, so kann andererseits der Bund, der gemäß Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B.-VG. im wesentlichen für das Gesundheitswesen zuständig ist und damit für die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung die Verantwortung trägt, nicht untätig zusehen, wie die ursprünglich bestens geführten österreichischen Krankenanstalten durch die durch Bedienung des Zweiten Weltkrieges geschaffene finanzielle Lage immer mehr einem unverdienten Rückgang entgegengehen. Dabei ist zu bedenken, daß die öffentlichen Krankenanstalten, aber auch viele auf gemeinnütziger Grundlage geführte, nicht öffentliche Krankenanstalten als

Ausbildungsstätten für die jungen in Ausbildung stehenden Ärzte dienen und durch ihren gesicherten Betrieb nicht nur die Heranbildung tüchtiger Ärzte gewährleisten, sondern auch die erforderlichen Möglichkeiten für die medizinische Forschung bieten. Die seit dem Kriegsende latente Frage, ob, in welchem Umfang und von wem für einen Betriebsabgang von Krankenanstalten aufgekommen werden soll, wurde nach langwierigen Verhandlungen dahingehend gelöst, daß für den gesamten Betriebsabgang öffentlicher Krankenanstalten jeweils durch Beiträge eines durch Landesgesetzgebung näher zu bestimmenden Beitragsbezirkes und eines Krankenanstaltensprengels, ferner durch Zweckzuschüsse des Bundes und schließlich durch Beiträge des betreffenden Bundeslandes vorgesorgt wird. Was die Festsetzung der Zweckzuschüsse des Bundes anlangt, darf auf die Bestimmungen der §§ 33 und 34 sowie die §§ 57 bis 59 und die hiezu ausgeführten Erläuterungen verwiesen werden.

(8) Einer besonderen Erwähnung bedarf ferner die Lösung des besonders schwierigen Problems der Wahrnehmung der „Sanitären Aufsicht“ des Bundes im Zusammenhange mit dem Krankenanstaltenwesen, wie sie im vorliegenden Gesetzentwurf nunmehr vorgesehen ist (siehe §§ 60 bis einschließlich 62, sowie die §§ 3 Abs. 3 und 42 und die hiezu ausgeführten Bemerkungen). Vorweggenommen muß werden, daß bei der Ausarbeitung die nunmehr formulierten Bestimmungen, insbesondere auch die Auswirkungen des Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes vom 30. Juni 1950, K II-2/50-13, Slg. 1990, berücksichtigt wurden.

(9) Am 30. Dezember 1954 wurde dem Nationalrat als Regierungsvorlage ein Entwurf (431 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VII. GP.) zur gesetzmäßigen Behandlung zugeleitet. In der VII. Gesetzgebungsperiode des Nationalrates war es nicht mehr möglich, eine Angleichung über die Lösung einiger bedeutsamer, mit der Regelung des Krankenanstaltenwesens zusammenhängender Probleme zu erreichen. In der weiteren Folge wurde ein neuerlicher Entwurf eines Krankenanstaltengesetzes, der alle auf parlamentarischer Ebene erzielten Fortschritte enthält, einer neuerlichen Aussendung im Begutachtungsverfahren zugeführt. Die zahlreichen daraufhin eingelangten Stellungnahmen hätten eine weitgehende Umarbeitung des Entwurfes nötig gemacht. Um möglichst bald zu einem abschließenden Gesetzeswerk zu gelangen und die auf diesem Gebiete bestehenden öffentlichen Interessen wahrzunehmen, haben sich die Antragsteller entschlossen, einen allen bisher geführten Parteienvereinbarungen entsprechenden Initiativantrag auszuarbeiten und diesen nunmehr dem Hohen Haus zur Beschlußfassung vorzulegen.

(10) Der vorliegende Entwurf ist in drei Teile gegliedert. Der Erste Teil enthält eine Regelung all der Angelegenheiten, die zufolge ihrer Bedeutung über den Rahmen einer örtlichen landesgesetzlichen Regelung hinausgehen und eine für alle Bundesländer gleichartige grundsätzliche Regelung erheischen. Im Zweiten Teil werden die sich aus dem Zusammenhange mit dem Krankenanstaltenwesen notwendigerweise ergebenden Angelegenheiten der Universitätskliniken, Universitätsinstitute und Bundes-Hebammenlehranstalten, Ersätze und Zweckzuschüsse des Bundes, die Aufnahme, Anhaltung und Entlassung von Geisteskranken, Pflegekostenforderungen sowie die sanitäre Aufsicht des Bundes als unmittelbar anwendbares Bundesrecht einer Regelung unterworfen. Der Dritte Teil enthält die Schluß- und Übergangsbestimmungen.

II. Besondere Bemerkungen.

Zu den einzelnen Bestimmungen ist zu bemerken:

Zu § 1:

(11) Die bisher geltenden Vorschriften erman gelten einer allgemeinen Begriffsbestimmung dessen, was unter einer Heil- und Pflegenstalt beziehungsweise einer Krankenanstalt zu verstehen ist. Bei Festlegung der Definition mußte auf die möglichen Arten von Krankenanstalten Bedacht genommen werden, so vor allem nicht nur auf die Anstalten, die bisher gemeinlich als Krankenanstalten angesprochen wurden, sondern zum Beispiel auch auf Spitalsabteilungen in Versorgungshäusern, auf Ambulatorien und auch Krankenanstalten für Geisteskrankheiten.

Zu § 2:

(12) Zusätzlich zu der im § 1 angeführten Definition wird in dieser Bestimmung die Einteilung der Krankenanstalten nach den in Österreich möglichen Betriebsformen sowie im Abs. 1 überall dort, wo es notwendig ist, eine besondere Definition für die betreffende Betriebsform, wie zum Beispiel für allgemeine Krankenanstalten (Z. 1), Sonderheilanstalten (Z. 2), Sanatorien (Z. 6) und Ambulatorien (siehe Z. 7) gegeben. Zahnärztliche Universitätsinstitute und andere Universitätsinstitute mit ambulatoriumsähnlichen Einrichtungen, die nicht im Verbands einer Krankenanstalt geführt werden, sind im Hinblick auf den Lehrzweck, dem diese Institute dienen, nicht als selbständige Ambulatorien anzusehen. Um eine mißverständliche Interpretation in der Zukunft auszuschließen, wird im Abs. 2 ausdrücklich festgelegt, welche spitalsähnliche Einrichtungen nicht als Krankenanstalten im Sinne dieses Bundesgesetzes zu betrachten sind. Der Abs. 3 wurde auf Grund eines Vorschlages des Verfassungsdienstes formuliert. Der Hinweis auf die Ordinationsstätten von Ärzten soll zum Ausdruck bringen, daß diese ausschließlich der

Ausübung der freiberuflichen Praxis als Grundlage dienen und keine Krankenanstalten darstellen. Es liegt jedoch keine Ordinationsstätte eines Arztes vor, wenn eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen möglich ist und eine Organisation besteht, die einer Anstalt entspricht. Solche Einrichtungen unterliegen den Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes.

Im Sinne der Vorschriften der §§ 5, 7 Abs. 2 und § 12 des Arztegesetzes besteht für die freiberuflich tätigen Ärzte die Verpflichtung, ihren Beruf persönlich und unmittelbar, also ohne Unterstützung durch einen oder mehrere angestellte Ärzte, auszuüben. Für die Ordinationsstätte eines solchen Arztes ist daher gemäß § 5 des Arztegesetzes auch nur das Anmeldesystem vorgesehen, während für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten gemäß § 3 der gegenständlichen Gesetzesvorlage die Erteilung einer Bewilligung (Konzessionssystem) vorgesehen ist. Die Feststellung, ob im Hinblick auf die Mithilfe eines oder mehrerer im Anstellungsverhältnis befindlicher Ärzte zu einem praktischen Arzt oder einem Facharzt sowie nach Art und Umfang der medizinisch-technischen Einrichtungen nicht eine Ordinationsstätte, sondern bereits eine Anstalt im Sinne des § 1 der gegenständlichen Gesetzesvorlage vorliegt, haben jedenfalls die Sanitätsbehörden auf Grund der einschlägigen Bestimmungen des Reichssanitätsgesetzes, RGBl. Nr. 68/1870, bzw. nach den einschlägigen Bestimmungen des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens und der hiezu erlassenen drei Durchführungsverordnungen zu treffen. Daß in dieser Hinsicht die erforderlichen Vorkehrungen bereits bisher schon getroffen wurden, zeigt, daß in ganz Österreich ärztliche Inhaber von Einrichtungen, die einen entsprechenden personellen und sachlichen Aufwand im Zusammenhang mit der Ausübung ihres ärztlichen Berufes aufweisen, jeweils schon bisher auf Grund der einschlägigen Bestimmungen der Landesgesetze über Krankenanstalten eine Genehmigung der Landesregierung zur Errichtung und zum Betrieb privater Krankenanstalten erhalten haben. In solchen Krankenanstalten (Institute) werden Hydro- und Elektrotherapie, Massage, Gymnastik, Inhalationen, Jontophorese, Hautbehandlungen und ähnliches durchgeführt oder Darmbäder, Paraffin- oder Schlamm packungen usw. verabreicht. In Wien allein bestehen 36 solche Institute.

Zu § 3:

(13) Aus Gründen der Sicherung einer Planung auf dem Gebiete des Krankenanstaltenwesens wird nicht nur ein Bewilligungsverfahren für den Betrieb, sondern vorher noch ein solches für die in Aussicht genommene Errichtung einer

Krankenanstalt vorgesehen. Gerade auf dem Gebiete des Krankenanstaltenwesens ist es erforderlich, überflüssige oder unzuweckmäßige Krankenhausbauten zu verhindern und nur der Errichtung solcher Krankenanstalten die Zustimmung zu erteilen, die im Rahmen einer von einem Land oder mehreren Ländern in Aussicht zu nehmenden Planung den sanitären, technischen und auch wirtschaftlichen Grundsätzen entsprechen. Die in der gegenständlichen Bestimmung enthaltenen Grundsätze stellen das Minimum dessen dar, was im gegebenen Zusammenhange zu fordern ist. Jedenfalls haben aber auch die zur Erteilung der Bewilligung zuständigen Landesbehörden ein Gutachten des Landeshauptmannes als Organ der mittelbaren Bundesverwaltung mit einer Stellungnahme zur geplanten Errichtung vom Standpunkt der sanitären Aufsicht aus einzuholen. Im gegebenen Zusammenhange muß festgehalten werden, daß es sich um die Statuierung einer Verpflichtung des Landes und nicht um einen Akt der Vollziehung des Bundes handelt. Im übrigen sind zu den im § 3 Abs. 1 bis 4 vorgesehenen Vorschriften noch im Abs. 6 eine Anzahl von Verweisungen von Angelegenheiten an die Landesgesetzgebung enthalten, so daß wohl noch genug Raum für die der Eigenart des betreffenden Landes entsprechenden Regelungen bleibt. Der Inhalt des Abs. 5 trägt den Vorschriften des § 23 Abs. 6 ASVG. vollinhaltlich Rechnung. Damit soll im Krankenanstaltengesetz *expressis verbis* ausgesprochen werden, daß die Träger der Sozialversicherung berechtigt sind, ohne eine Bewilligung zur Errichtung (§ 3 Abs. 4 lit. a) Krankenanstalten betreiben zu können, wenn die sanitätspolizeilichen, organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen des § 3 Abs. 4 lit. b bis c erfüllt sind. Nur für die Neuerrichtung von Ambulatorien ist auch die Bedarfsprüfung im Zusammenhang mit der Bewilligung zur Errichtung vorgesehen.

Zu § 4:

(14) Diese Bestimmung hat den Zweck, nur solche Erweiterungen einer bestehenden Krankenanstalt zu ermöglichen, die tatsächlich erforderlich sind und die dem letzten Stand sowohl der medizinischen als auch technischen Entwicklung Rechnung tragen. Dasselbe gilt naturgemäß für die Verlegung einer Krankenanstalt an einen anderen Ort.

Zu § 6:

(15) Die Regelung des inneren Betriebes einer Krankenanstalt besteht in der Hauptsache in einer engen Umschreibung der Aufgaben, deren Erfüllung sich die Rechtsträger bei der Errichtung der Krankenanstalt zum Ziele gesetzt haben. Es müssen daher schon in der Begründung des Antrages um Bewilligung zur Errich-

tung einer Krankenanstalt diese Aufgaben besonders angeführt sein. Die Vorlage des Entwurfes einer brauchbaren detaillierten Regelung des inneren Betriebes bildet jedenfalls eine der besonderen Voraussetzungen für die Erteilung der Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt durch die Landesregierung (siehe § 3 Abs. 4 lit. c). Regelungen des inneren Betriebes erstrecken sich überdies noch auf die Organisation, die Verwaltung der Krankenanstalt sowie auf die Dienstesobliegenheiten der beruflich in der Krankenanstalt tätigen Personen, ferner auf deren und auf das Verhalten der Pfleglinge und Besucher in der Anstalt.

Zu § 7:

(16) Die Organisation des ärztlichen Dienstes in Krankenanstalten bedarf einer eingehenden Neuregelung, da insbesondere auf die Bestimmungen des Arztegesetzes, BGBl. Nr. 92/1949, Bedacht zu nehmen ist. Durch die Aufnahme der Bestimmung, daß sowohl die Leitung der Krankenanstalt wie auch die Leitung jeder Sonderabteilung (für Chirurgie, interne Medizin usw.), aber auch der Ambulatorien und Prosekturen nur in die Hände eines fachlich geeigneten Arztes gelegt werden dürfen, ist nach menschlichem Ermessen eine einwandfreie ärztliche Betreuung der Pfleglinge in allen öffentlichen und nicht öffentlichen Krankenanstalten gesichert.

Zu § 8:

(17) Durch diese Bestimmung soll die Einrichtung eines ärztlichen Wechseldienstes gesichert werden. In den großen Krankenanstalten ist an und für sich von jeher dafür gesorgt, daß zu jeder Tages- und Nachtzeit Ärzte zur Verfügung stehen, wenn es der Zustand der Kranken erfordert. Anders in den kleinen Anstalten, in denen oft nur tagsüber Ärzte für die Betreuung der Patienten zur Verfügung stehen. Auch in Sanatorien, wo es an und für sich üblich ist, daß die Pfleglinge oder deren Angehörige den behandelnden Arzt selbst bestimmen und mitbringen, ist auf Grund der Vorschrift des Abs. 1 nunmehr ein anstaltsärztlicher Dienst einzurichten, der eine sofortige ärztliche Hilfe zu jeder Tages- und Nachtzeit gewährleistet.

(18) Aus der Vorschrift des § 1 des Arztegesetzes ist eindeutig zu ersehen, daß der Arzt nur auf Grund medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse die Behandlung von Krankheiten und die Vorbeugung von solchen durchführen darf. Daraus ergibt sich, daß auch jede Behandlung der Pfleglinge in Krankenanstalten durch die dort tätigen Ärzte nur nach medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführt werden kann. Die Beantwortung der Frage, was unter den gegebenen Umständen als anerkannte Methode der

medizinischen Wissenschaft anzusehen ist, ist im wesentlichen der Verantwortung des behandelnden Arzt überlassen. Der zur Behandlung eines konkreten Krankheitsfalles berufene Arzt wird jedoch, wenn er vor die Wahl gestellt ist, eine Behandlungsmethode anzuwenden, naturgemäß nur auf solche Behandlungsverfahren zurückgreifen können, die sowohl in der Fachwissenschaft des Inlandes oder Auslandes als klinisch erprobte und erfolgversprechende Behandlungsmethoden anerkannt sind.

Zu § 9:

(19) Die in Krankenanstalten tätigen Ärzte sind schon auch nach Maßgabe der Bestimmungen des § 10 des Arztegesetzes und Krankenpflegepersonen gemäß § 14 des Krankenpflegegesetzes, BGBl. Nr. 93/1949, zur Verschwiegenheit über alle ihnen zufolge ihrer beruflichen Tätigkeit offenbar gewordenen Geheimnisse der Pflinglinge verpflichtet, Zuwiderhandlungen gegen diese Bestimmungen der vorzitierten Gesetze werden schon gemäß § 62 des Arztegesetzes und gemäß § 15 des Krankenpflegegesetzes, sofern eine solche Handlung nicht gerichtlich strafbar ist, von den Bezirksverwaltungsbehörden bestraft. Überdies steht die Pflicht der Ärzte und Anstaltshebammen zur Geheimhaltung der ihnen offenbar gewordenen Geheimnisse der Pflinglinge unter der Sanktion des § 498 StG. Abgesehen von den vorerwähnten Personen sind durch die gegenständliche Vorschrift alle in Krankenanstalten haupt- oder nebenberuflich tätigen Personen, somit auch das Verwaltungspersonal, die Krankenträger, Hausarbeiter, Bedienerinnen usw. zur Verschwiegenheit über alle persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Pflinglinge verpflichtet. Eine solche Verpflichtung könnte jedenfalls im Zusammenhange mit den auf Grund des § 6 näher zu regelnden Dienstesobliegenheiten in den Anstaltsordnungen besonders geregelt werden, wenn nicht schon auf Grund anderer Vorschriften eine disziplinäre Verfolgung möglich ist. So wäre es also ohne weiteres möglich, daß zum Beispiel ein Arzt nach den einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzes und des Arztegesetzes wegen Zuwiderhandlungen gegen die Verschwiegenheitspflicht bestraft, aber auch überdies noch disziplinar zur Verantwortung gezogen wird.

(20) Außer für die Ärzte und Krankenpflegepersonen kann unter Umständen ein Abgehen von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit auch für übrige in Krankenanstalten tätige Personen, wie Verwaltungs- und Betriebspersonal, notwendig werden. Dies ist jedoch nur im öffentlichen Interesse, insbesondere im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege möglich. In der Praxis wird jedoch zumeist der mit der Leitung der ärztlichen Agenden der Krankenanstalt betraute Arzt jeweils vor die Entscheidung gestellt werden, ob die Offen-

barung des Geheimnisses im konkreten Falle durch ein solches öffentliches Interesse gerechtfertigt ist.

Zu § 10:

(21) Die Verpflichtung zur Führung von Krankheitsgeschichten und sonstiger Vormerkungen über die Ergebnisse der Untersuchung und Beobachtung des Kranken sowie über die ärztliche Behandlung stellt eine der bedeutendsten sanitären Vorschriften des Krankenanstaltengesetzes dar. Schon die Verpflichtung, sich mit dem einzelnen Krankheitsfall so eingehend befassen zu müssen, ist für den behandelnden Arzt mit einer genauen Überlegung der sich im Einzelfalle ergebenden ärztlichen Maßnahmen im Interesse des Kranken verbunden. Daraus ergibt sich auch für den Arzt selbst eine wesentliche Erweiterung seiner Kenntnisse, da er aus dem Vergleich der Behandlung gleichartiger Fälle und der Ergebnisse wertvolle Erfahrungen ziehen kann. Im § 26 des Krankenanstaltengesetzes vom 15. Juli 1920 war diese Materie in einer ähnlichen Weise, doch mit dem Unterschiede geregelt, daß die Übermittlung der Krankheitsgeschichten an die dort angeführten Stellen mehr von dem Standpunkt behandelt wurde, ob solche Krankheitsgeschichten entgeltlich oder unentgeltlich übermittelt werden sollen. Im vorliegenden Entwurfe soll jedenfalls nur die Verpflichtung der Krankenanstalten festgelegt werden, daß solche Krankheitsgeschichten oder Auszüge aus denselben den Gerichten und Verwaltungsbehörden auf Verlangen zuzusenden sind. Die Verpflichtung der Übermittlung von Krankheitsgeschichten an die Träger der Sozialversicherung ergibt sich in all den Fällen, in denen die Patienten unter Berufung auf ihre Zugehörigkeit zu einem solchen Sozialversicherungsträger in einer Krankenanstalt gepflegt werden. Die im gegenständlichen Paragraphen festgelegten Grundsätze sind in Übereinstimmung mit § 10 des Arztegesetzes über die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses abgefaßt, weil sich die ärztliche Verschwiegenheitspflicht beziehungsweise die in diesem Zusammenhang gesetzlich normierten Ausnahmen auch auf die Krankenanstalten erstreckt [siehe Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes vom 27. Mai 1931, A 1052/30, Slg. Nr. 16.685 (A.)].

Zu § 11:

(22) Diese Vorschriften enthalten Regelungen über die tatsächliche Führung der administrativen, wirtschaftlichen und technischen Angelegenheiten (Abs. 1) sowie Bestimmungen über die Kontrolle der Wirtschaftsführung einer Krankenanstalt im allgemeinen (Abs. 2).

(23) Wenn bisher die Person des administrativen Spitalsverwalters mehr oder weniger anonym geblieben ist, trotzdem ihn im wesentlichen die

ganze Last der Verwaltungsarbeit getroffen hat, so soll durch eine Hervorhebung dieser meist kaufmännisch geschulten Verwalter im Gesetz der letzten Entwicklung in den modernen großen Krankenanstalten auf administrativem Gebiete Rechnung getragen werden. In ärztlichen Belangen wird immer nur der verantwortliche leitende Arzt die letzte Entscheidung zu treffen haben, hingegen kann diesem in großen Anstalten wohl kaum mehr die Sorge für den Einkauf von Lebensmitteln und die Beschaffung der für den Krankenhausbetrieb notwendigen Gegenstände und Betriebsmittel zugemutet werden, da er hiedurch allzusehr von seinen eigentlichen ärztlichen Aufgaben abgelenkt wird. Andererseits ist aber der Einsatz kaufmännisch geschulter Kräfte für die erwähnten Zwecke in großen Anstalten von großen wirtschaftlichen Vorteilen begleitet, die, wie die Erfahrungen in der Schweiz und in Deutschland, aber auch in Großbritannien und den Vereinigten Staaten von Nordamerika zeigen, dort seit langem erkannt und durch Bestellung administrativer Leiter entsprechend ausgewertet werden.

(24) Was die Wirtschaftskontrolle beziehungsweise die wirtschaftliche Aufsicht der Krankenanstalten anlangt, steht diese im Gegensatz zu der sanitären Aufsicht, die dem Bund zusteht, der Landesregierung zu. Die Überprüfung der Wirtschaftsführung der in Betracht kommenden Krankenanstalten durch die Landesregierung wird sich unter anderem auch in der Richtung bewegen müssen, inwieweit durch eine nicht geeignete Wirtschaftsführung der Betrieb einer Krankenanstalt ungünstig beeinflusst wird und hiedurch auf die Dauer auch den sanitären Belangen Abbruch geschehen muß. Da sich die Wirtschaftsaufsicht der Landesregierung auf die gesamte Wirtschaftsführung der Krankenanstalt erstrecken soll, ist es verständlich, daß auch das Inkrafttreten der gemäß § 148 ASVG. zwischen den Rechtsträgern der Krankenanstalt und den Sozialversicherungsträgern abgeschlossenen Verträge von der Genehmigung der zuständigen Landesregierung abhängig gemacht wird. Außerdem unterliegen Krankenanstalten aber auch auf Grund der einschlägigen Bestimmungen der §§ 1 Abs. 4, 14 Abs. 3, 15 Abs. 4 und 18 Abs. 4 des Rechnungshofgesetzes, BGBl. Nr. 114/1948, der Kontrolle des Rechnungshofes, wenn ihnen Beiträge oder Subventionen aus öffentlichen Mitteln gewährt wurden, hinsichtlich der richtigen Verwendung der Beiträge, beziehungsweise Subventionsbeträge.

Zu § 12:

(25) Auch im § 56 des Krankenanstaltengesetzes vom 15. Juli 1920 war die Aberkennung des verliehenen Öffentlichkeitsrechtes und Auflösung öffentlicher Heil- und Pflegeanstalten vorgesehen.

Dies galt jedoch nur für die öffentlichen Krankenanstalten. Für die nicht öffentlichen Anstalten war eine ähnliche Maßnahme auch im Erlaß des k. k. Ministeriums des Inneren vom 2. März 1892, Z. 14.498, ex 1891, nicht vorgesehen. Mit Aufnahme des § 12 in die Grundsatzbestimmungen soll nun bewirkt werden, daß die Landesregierung unter den angeführten Voraussetzungen die für öffentliche und nicht öffentliche Krankenanstalten bereits erteilte Betriebsbewilligung zurücknehmen kann. Im wesentlichen können also Gründe für die Zurücknahme der Betriebsbewilligung durch die Landesregierung sowohl formeller, wirtschaftlicher wie auch disziplinärer Natur sein. Wenn sich jedoch in einer Krankenanstalt schwerwiegende sanitäre Mißstände ergeben, ist nur der Landeshauptmann als Organ der mittelbaren Bundesverwaltung gemäß § 60 berechtigt, aber auch verpflichtet, aus dem Titel der dem Bund zustehenden sanitären Aufsicht die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen (siehe § 60).

Zu § 13:

(26) Wenn gemäß § 9 des Ärztegesetzes jede Werbung und Anpreisung verboten wird, so erscheint es wohl selbstverständlich, daß ein gleichartiges Verbot auch für Krankenanstalten statuiert wird, weil diese eine wesentlich weitere und auch besonders geeignete Grundlage für die Ausübung des ärztlichen Berufes darstellen. Besonders bei nicht öffentlichen, auf die Erzielung eines Gewinnes abgestellten Krankenanstalten konnte festgestellt werden, daß durch Werbung, insbesondere durch Aussendung von Druckschriften und Ankündigungen auf besonders wirksame Behandlungsmethoden und Anwendung von Heilmitteln in ihren Anstalten hingewiesen und damit versucht wurde, Patienten in die betreffenden Krankenanstalten zu ziehen. Mit solchen Werbungen und Anpreisungen ist beabsichtigt, künstlich eine besondere Vertrauensatmosphäre zu schaffen, die zusammen mit der ärztlichen Kunst und der aufopferungsvollen Pflege durch Krankenpflegepersonen die Voraussetzung schafft, Kranke zu heilen beziehungsweise deren Krankheiten zu bessern. Gerade auf dem Gebiet des Krankenanstaltenwesens soll aber alles vermieden werden, was einer massiven Beeinflussung kranker Menschen gleichkommt, wie sie die Werbung im oben geschilderten Sinne darstellt. Mit der gegenständlichen Bestimmung soll jedoch keineswegs die Werbung für die besondere Ausstattung und Bequemlichkeit, allenfalls für die ruhige Lage und gute Verköstigung einer auf Erzielung eines Gewinnes gerichteten privaten Krankenanstalt, zum Beispiel eines Sanatoriums, ausgeschlossen werden.

Zu § 14:

(27) Noch im Krankenanstaltengesetz vom 15. Juli 1920 wurde im Zusammenhange mit den

öffentlichen Krankenanstalten zwischen Krankenanstalten unterschieden, die unmittelbar als öffentliche Krankenanstalten errichtet wurden, und solchen, die ursprünglich auf gemeinnütziger Grundlage geführt und nachträglich das Öffentlichkeitsrecht erhielten. Eine solche Unterscheidung heute noch zu treffen, erscheint insofern überflüssig, weil auch schon unter der Herrschaft des Krankenanstaltengesetzes 1920 die Errichtung einer öffentlichen Krankenanstalt inhaltlich der Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes an eine neu gebaute Krankenanstalt, die als öffentliche geführt werden sollte, gleichzuhalten war.

Zu § 15:

(28) Diese Bestimmung enthält die Bedingungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes, denen insbesondere in den Regelungen des inneren Betriebes der betreffenden Krankenanstalt (siehe § 6 Anstaltsordnung) entsprochen sein muß. Besonders hervorgehoben zu werden verdient, daß als Rechtsträger einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt nur eine juristische, nicht aber eine physische Person in Betracht kommen kann. Jedenfalls könnten alle von einer öffentlich-rechtlichen Gebietskörperschaft (Bund, Länder, Gemeinden), einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft (Kammern, Träger der Sozialversicherung) oder von einer juristischen Person (Vereinen, religiösen Orden, evangelischen Diakonissen-Schwwesterschaft) bereits betriebene Krankenanstalten das Öffentlichkeitsrecht verliehen erhalten, wenn die übrigen Voraussetzungen hiefür erfüllt werden. Keinesfalls aber ist es beispielsweise einem Arzt, der persönlich Eigentümer einer Privatklinik ist, auch bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen möglich, um die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes anzuschauen.

Zu § 16:

(29) Die taxativ aufgezählten Voraussetzungen für die Gemeinnützigkeit einer Krankenanstalt gelten nur für die Neuverleihung eines Öffentlichkeitsrechtes. Ob einer nicht öffentlichen Krankenanstalt der Charakter einer auf gemeinnütziger Grundlage geführten Krankenanstalt zukommt, hat die Landesregierung nicht nur im Zusammenhange mit der Erteilung des Öffentlichkeitsrechtes, sondern auch dann ausdrücklich festzustellen, wenn der Rechtsträger einer solchen Anstalt die Gewährung eines Bundesbeitrages im Sinne des § 58 dieses Bundesgesetzes beantragt. Abs. 2 stellt fest, daß das Erfordernis der Gemeinnützigkeit für private Krankenanstalten, nämlich das Bestehen je einer Abteilung für die Behandlung oder Heilung internistischer und chirurgischer Fälle auch dann als gegeben anzusehen ist, wenn diese beiden Abteilungen vom selben Rechtsträger der Krankenanstalt örtlich getrennt untergebracht sind.

Zu § 17:

(30) Durch den Inhalt dieser Bestimmung wird eine Änderung der bisherigen Rechts- und Gesetzeslage nicht herbeigeführt.

Zu § 18:

(31) Diese Vorschriften dienen vor allem dem Zwecke, die Länder zu verpflichten, für die Landesgebiete, in denen Spitalspflege in öffentlichen Krankenanstalten nicht gesichert ist, die notwendige Vorsorge zu treffen. Als Vorsorge ist jedenfalls die Errichtung einer öffentlichen Krankenanstalt in einem solchen Gebiete zu betrachten. Darüber hinaus aber könnte die Landesregierung mit dem Rechtsträger einer nicht öffentlichen Krankenanstalt eine Vereinbarung in der Richtung treffen, daß im Falle der Unabweisbarkeit eines Pflegefalles (siehe § 22 Abs. 4) auch die nicht öffentliche Krankenanstalt den Kranken in Pflege nimmt.

Zu § 19:

(32) Die Möglichkeit der Angliederung (Affilierung) einer nicht öffentlichen an eine öffentliche Krankenanstalt ist eine typische österreichische Einrichtung, die auch schon im Krankenanstaltengesetz vom 15. Juli 1920 geregelt war. Die Angliederung ist in all den Fällen zweckmäßig, wo die Nähe der anzugliedernden Anstalt und ihre Einrichtungen den Zwecken und Aufgaben der öffentlichen Krankenanstalt, an die angegliedert werden soll, entsprechen.

Zu § 20:

(33) In fast jeder größeren und in allen großen öffentlichen Krankenanstalten werden Anstaltsapotheken betrieben, in denen die für den Gebrauch der Krankenanstalten erforderlichen Arzneimittel vorrätig gehalten (Arzneispezialitäten) beziehungsweise magistraliter zubereitet werden. Die Errichtung und die Führung solcher Anstaltsapotheken gründen sich auf die §§ 35 ff. des Apothekengesetzes, RGBl. Nr. 5/1907, sowie auf die übrigen einschlägigen gesetzlichen Vorschriften der Apothekenbetriebsordnung. Die Aufnahme der gegenständlichen Vorschriften verfolgt den Zweck, auch all den öffentlichen Krankenanstalten, die über eine Anstaltsapotheke nicht verfügen, die Vorrathaltung von Arzneimitteln in einem beschränkten Ausmaße zu ermöglichen. Dadurch jedoch, daß die Verabreichung von Arzneimitteln unter die Kontrolle des verantwortlichen Arztes gestellt wird, ferner, daß die Überprüfung des Arzneimittelvorrates durch den Amtsarzt beziehungsweise unter dessen Führung von Fachbeamten hinsichtlich vorschriftsmäßiger Aufbewahrung und Beschaffenheit der Arzneimittel statuiert wird, sind wohl alle Sicherungen getroffen, um Gesundheitsschädigungen der Kranken vorzubeugen.

(34) Hinsichtlich des Bezuges von Arzneimitteln für den Arzneimittelvorrat durch die in Betracht kommenden Krankenanstalten wird auf den § 31 Abs. 3 des Apothekengesetzes — gleichartig wie dies in § 13 des Arztegesetzes bestimmt ist — hingewiesen. Hiezu ist festzustellen, daß schon nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes (siehe insbesondere Erkenntnis vom 6. April 1915, Z. 1920) eindeutig ausgesprochen wurde, daß die Abgabe von Arzneimitteln an Krankenanstalten, welche keine eigenen Anstaltsapotheken besitzen, nicht als Großhandel im Sinne der Vorschrift des § 5 der Ministerialverordnung vom 17. September 1883, RGBl. Nr. 152, in der Fassung der Ministerialverordnung vom 17. Juni 1886, RGBl. Nr. 97, auch dann nicht anzusehen ist, wenn der Bezug in größeren Quantitäten erfolgt. Da man im gegebenen Zusammenhange nicht von Großhandel sprechen kann, fällt der Bezug beziehungsweise die Abgabe von Arzneimitteln von Krankenanstalten beziehungsweise an Krankenanstalten unter den Apothekenvorbehalt der §§ 2 und 3 der vorzitierten Verordnung. Danach sind die in Betracht kommenden Krankenanstalten verpflichtet, ihren Arzneimittelvorrat aus öffentlichen Apotheken zu beziehen beziehungsweise zu ergänzen.

Zu § 21:

(35) Diese Bestimmung ist im wesentlichen dem Inhalt des § 19 Abs. 3 des Krankenanstaltengesetzes vom 15. Juli 1920, StGBI. Nr. 327, nachgebildet, jedoch insofern erweitert worden, als nun auch der Posten des Leiters einer Anstaltsapothek ohne vorhergegangene öffentliche Stellenausschreibung nicht besetzt werden darf. Jedenfalls soll die Leitung einer öffentlichen Krankenanstalt, der in solchen bestehenden Sonderabteilungen, Ambulatorien, Prosekturen und Anstaltsapotheken nur in die Hände der besten zur Verfügung stehenden Ärzte beziehungsweise Apotheker gelegt werden. Die Auswahl der für solche Posten in Betracht kommenden Persönlichkeiten soll einer anderen als nur der Beurteilung vom rein fachlichen Standpunkt aus entzogen werden. Diesem Bestreben wird sicherlich damit Rechnung getragen werden können, daß solche frei werdende oder frei gewordene Posten öffentlich ausgeschrieben und die Sichtung und Reihung der Bewerbungsgesuche einem fachlichen Gutachterausschuß (Landessanitätsrat) vorbehalten werden.

Zu §§ 22 und 23:

(36) Diese Bestimmungen stellen wesentliche Verpflichtungen öffentlicher Krankenanstalten dar, zu deren Beobachtung die nicht öffentlichen Krankenanstalten nicht gehalten sind. Für öffentliche Krankenanstalten besteht die Verpflichtung zur Aufnahme Kranker unter den im § 22 an-

gegebenen Voraussetzungen. Von Bedeutung sind die im § 22 Abs. 2 und 3 enthaltenen Definitionen über „Anstaltsbedürftigkeit“ und „Unabweisbarkeit“. Wesentlich erscheint vor allem, daß über die Aufnahme von Pfleglingen ausschließlich Ärzte zu entscheiden haben und damit die Verantwortlichkeit für die Notwendigkeit der Aufnahme diese Personen trifft.

(37) Im Zusammenhange mit der Bestimmung des § 23 Abs. 1 wird auf das in Erläuterung des § 8 Abs. 1 über den ärztlichen Dienst Gesagte verwiesen.

Zu § 24:

(38) Für die Aufnahme eines Kranken, die Dauer seiner Verpflegung und die Entlassung aus der Anstalt sind ausschließlich medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse und nicht etwa Zweckmäßigkeitsgründe im Sinne einer ökonomischen Fürsorge maßgebend. Die Verpflegung eines Kranken kann sich also nur auf die Dauer beschränken, die für die Behandlung des Falles, seine Heilung oder Besserung erforderlich ist.

Zu § 25:

(39) Die Entwicklung der modernen Medizin war nur dadurch möglich, daß in den Krankenanstalten an den in diesen Anstalten Verstorbene Leichenöffnungen vorgenommen wurden. Die sogenannte II. Wiener medizinische Schule unter Führung Rokitanskys war daher in der Lage, die morphologischen Grundlagen vieler Erkrankungen eindeutig klarzustellen. Durch die Vornahme der Obduktion konnten nicht nur zahllose wissenschaftliche Erkenntnisse auf pathologisch-anatomischem Gebiete, sondern auch auf allen Gebieten der medizinischen Wissenschaft gewonnen und darüber hinaus vielfach die sich aus den anatomischen Gegebenheiten für die Therapie in gleichartig gelagerten Krankheitsfällen ergebenden Maßnahmen erschlossen werden. Der praktische Wert der Leichenöffnung (Obduktion) ergibt sich also schon daraus, daß zunächst für den behandelnden Arzt die Möglichkeit zur Überprüfung der von ihm gestellten Diagnose und der von ihm angewandten Therapie gegeben ist, aber auch die Ursachen des allfälligen Versagens ermittelt werden können. Abgesehen davon, daß ferner auch die Gesundheitsbehörden aus einer regelmäßigen Vornahme der Leichenöffnungen in einwandfreier Weise sichere Unterlagen über Vorkommen und Häufigkeit einzelner Krankheiten und Todesursachen erhalten und somit allgemeine Maßnahmen zu ihrer Verhütung und Bekämpfung treffen können, kann sich das Ergebnis einer Obduktion für die Angehörigen des Verstorbenen als äußerst wertvoll erweisen, da sich durch die Aufdeckung oft geringfügiger Nebenfunde wesentliche Hinweise auf besondere konstitutionelle Eigenheiten

von Familienmitgliedern erschließen lassen, die die Entwicklung bestimmter Leiden erfahrungsgemäß begünstigen. Sind solche Eigenheiten bekannt, kann frühzeitig ungünstigen Entwicklungen des Gesundheitszustandes vorgebeugt werden.

(40) Die Vornahme von Leichenöffnungen hat bisher eine gesetzliche Regelung gefunden durch:

- a) die Ministerialverordnung des Inneren und der Justiz vom 28. Jänner 1855, RGBl. Nr. 26, womit die Vorschrift für die Vornahme der gerichtlichen Leichenbeschau erlassen wird, in der Fassung der Ministerialverordnung vom 8. April 1857, RGBl. Nr. 73, sowie durch die hiezu ergangenen Erlässe des k. k. Ministeriums des Inneren vom 17. Oktober 1868, Z. 20.476, und vom 14. Februar 1887, Z. 13.630 ex 1886;
- b) § 127 StPO. in der Fassung der Strafprozessnovelle 1931;
- c) das Epidemiegesetz vom 14. April 1913 in der Fassung des „Epidemiegesetzes 1950“, BGBl. Nr. 186/1950 (§§ 5, 12, 13 und 17), und die darauf abgestützte Ministerialverordnung vom 29. September 1913, RGBl. Nr. 263, betreffend Leichen von mit anzeigepflichtigen Krankheiten behafteten Personen;
- d) die Verordnung der nö. Statthalterei vom 2. März 1887, LGBl. Nr. 10, und den hiezu ergangenen Statthalterei-Erlaß vom 3. Mai 1897, Z. 14.459 (Jahrb. Norm.-Slg. 1897-VI-32);
- e) die Verordnung der nö. Statthalterei vom 26. Oktober 1891, LGBl. Nr. 51, und die hiezu erlassene Kundmachung der nö. Landesregierung vom 18. Juni 1894, LGBl. Nr. 41;
- f) den Erlaß des k. k. Ministeriums des Inneren vom 21. Mai 1894, Z. 12.752;
- g) den nö. Statthalterei-Erlaß vom 15. März 1890, Z. 9889 (J. N.-Slg. I., III. 1892-163);
- h) den § 31 des Krankenanstaltengesetzes vom 15. Juli 1920, StGBI. Nr. 327, das auf Grund der gemäß § 6 Abs. 1 des Übergangsgesetzes vom 1. Oktober 1920 in der Fassung des BGBl. Nr. 368/1925 in allen Bundesländern erlassenen Landesgesetze mit geringen Veränderungen weiter in Geltung steht. An der Fassung des § 31 des Krankenanstaltengesetzes vom 15. Juli 1920 wurde in keinem Bundeslande eine Änderung vorgenommen.

(41) Aus der Darstellung der Materie ist jedenfalls zu entnehmen, daß die Obduktion — abgesehen von der gerichtlich und sanitätspolizeilich angeordneten Obduktion — bisher immer im Zusammenhange mit dem Krankenanstalten-

wesen geregelt wurde. Der Begriff „Heil- und Pflegeanstalten“ im Sinne des Art. 10 Abs. 1 Z. 12 und des Art. 12 Abs. 1 Z. 2. B.-VG. umfaßt grundsätzlich alle damit zusammenhängenden Angelegenheiten und somit auch die Angelegenheit „Obduktion“. Da im Sinne der ständigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes (vgl. zum Beispiel Erkenntnis Slg. 1477 und 2005) der Begriff „Heil- und Pflegeanstalten“ alle diejenigen Aufgaben umfaßt, die im Zeitpunkt der Schaffung des Bundesverfassungsgesetzes nach den damals bestandenen, diesen Zweig regelnden Verwaltungsvorschriften darunter verstanden worden sind, gehört daher zu diesen Aufgaben auch die Regelung der Obduktion.

(42) Anlässlich der Beratung des Krankenanstaltengesetzesentwurfes durch den Obersten Sanitätsrat wurde der Wunsch ausgesprochen, die im ersten Entwurf anders geartete Formulierung durch die im § 31 des Krankenanstaltengesetzes enthaltene Fassung zu ersetzen, weil damit eine durchaus klare und eindeutige Regelung getroffen wurde. Diesem Wunsche wurde vorerst mit Ausnahme des Abs. 1, der eine bessere Formulierung erhielt und das Wort „in der Regel“ nicht aufweist, das zu Mißverständnissen Anlaß gibt, Rechnung getragen. Im Zuge der parlamentarischen Behandlung erhielt dieser Paragraph dann die Formulierung, die dem Petit des Obersten Sanitätsrates Rechnung trägt, aber andererseits auch auf die verfassungsgesetzlich gewährleisteten Grund- und Freiheitsrechte Rücksicht nimmt.

Zu § 26:

(43) Eine nähere Umschreibung dessen, was unter Anstaltsambulatorium bisher gemeiniglich verstanden wurde, ist aus der Bestimmung des § 18 der II. Durchführungsverordnung zum Krankenanstaltengesetz vom 15. Juli 1920, BGBl. Nr. 506/1923, zu entnehmen. Danach sind Ambulatorien in den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten im wesentlichen Einrichtungen für die ärztliche Behandlung von nicht bettlägerigen Kranken ohne deren gleichzeitige Unterbringung und Verpflegung in der Anstalt. In diesem Sinne ist die gegenständliche Bestimmung als Grundsatz für die Errichtung von Anstaltsambulatorien abgefaßt. Detail- oder Verfahrensbestimmungen im gegebenen Zusammenhange sind der Landesgesetzgebung überlassen. Anstaltsambulatorien sind nicht mit den im § 2 Abs. 1 Z. 7 angeführten selbständigen Ambulatorien zu verwechseln. Erstere sind unselbständige Einrichtungen im Verbands einer Krankenanstalt, letztere sind unabhängige und selbständige Einrichtungen und gelten im Sinne der Definition des § 1 als Krankenanstalten, die einer Errichtungs- und Betriebsbewilligung gemäß § 3 dieses Bundesgesetzes bedürfen.

Zu § 27:

(44) Im Gegensatz zu § 36 des Krankenanstaltengesetzes vom 15. Juli 1920 stellen die Pflegegebühren (früher Verpflegungsgebühren) das tägliche Entgelt für die Unterbringung, ärztliche Untersuchung und Behandlung des Pflégelings sowie für die Beistellung von Arzneimitteln, Pflege und Verköstigung dar. Von besonderer Bedeutung sind die Bestimmungen des Abs. 3, die feststellen, welche Auslagen der Berechnung der Pflegegebühren nicht zugrunde gelegt werden dürfen. Es wird hiebei von der Voraussetzung ausgegangen, daß für die Ermittlung der Pflegegebühren lediglich die Kosten des Betriebes der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden dürfen. Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, also Investitionen, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen für ehemalige Bedienstete der Krankenanstalten dürfen für die Berechnung der Pflegegebühren ebensowenig in Anschlag gebracht werden wie die Kosten des klinischen Mehraufwandes.

Zu § 28:

(45) Der Entwurf sieht vor, daß die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Zwecke der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse grundsätzlich kostendeckend zu ermitteln sind. Für diese Unterlagen ist also die kostendeckende Ermittlung der Verpflegungskosten vorzunehmen, um dem Rechtsträger der Krankenanstalt selbst ein klares Bild über die Gebarung der Krankenanstalt zu geben. Diese kostendeckende Ermittlung der Pflegegebühren (Sondergebühren) für die bezeichneten Zwecke will jedoch keineswegs besagen, daß dieser Gesichtspunkt auch bei der Festsetzung der Pflegegebühren (Sondergebühren) maßgebend ist.

(46) Die Landesregierung hat vielmehr die Festsetzung unter Bedachtnahme auf die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung vorzunehmen.

(47) Der Entwurf trifft eine ausdrückliche Vorschrift in der Richtung, daß die nicht von einer Gebietskörperschaft verwalteten Krankenanstalten nicht niedrigere Pflegegebühren (Sondergebühren) haben dürfen als die nächstgelegene von einer Gebietskörperschaft betriebene öffentliche Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen. Die Feststellung der Gemeinnützigkeit, der Gleichartigkeit oder der annähernden Gleichwertigkeit der Einrichtung einer privaten Krankenanstalt obliegt der Landesregierung.

(48) Eine Verbesserung für die nicht von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalten nimmt der Entwurf auch in der Richtung vor, daß die mit den Sozialversicherungsträgern zu vereinbarenden Pflege-

gebühren (Sondergebühren) nicht niedriger sein dürfen als die Gebühren, die vom gleichen Versicherungsträger an die nächstgelegene öffentliche, von einer Gebietskörperschaft betriebene Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen geleistet werden. Durch diese Bestimmung wird zum Ausdruck gebracht, daß die Krankenanstalten ohne Unterschied des Trägers gleichberechtigt und gleichverpflichtet sind, sofern es sich um öffentliche oder gemeinnützige Krankenanstalten handelt.

(49) Was das Ausmaß der von den Sozialversicherungsträgern zu entrichtenden Pflegegebühren (Sondergebühren) anlangt, so soll die Regelung ausschließlich privatrechtlichen Verträgen überlassen werden. Dieser Bestimmung kommt besondere Bedeutung zu. Es ist mit dem vom Gesetzgeber aufgestellten Grundsatz, daß die Beziehungen zwischen den Krankenanstalten und den Trägern der Sozialversicherung durch privatrechtliche Verträge zu regeln sind, unvereinbar, daß die Landesregierung, als zur Genehmigung der Verträge mit den Sozialversicherungsträgern gemäß § 11 Abs. 4 berufen, im Wege der Ausführungsgesetzgebung den Inhalt der Verträge durch ein Ausführungsgesetz bestimmt. Die Höhe der Verpflegungsgebühren und die Dauer, für welche sie an die Krankenanstalt zu zahlen sind, richtet sich ausschließlich nach dem Inhalt der Verträge. Diese Verträge bedürfen der Schriftform, sie haben auch Bestimmungen über die Entscheidung von Streitigkeiten zu enthalten, die einem Schiedsgericht zu überantworten sind, dessen Vorsitzender durch den Präsidenten des Rechnungshofes aus dem Kreise der rechtskundigen Beamten des Rechnungshofes bestellt wird. Dieses Schiedsgericht ist auf Grund privatrechtlicher Verträge zu errichten. Aus dieser Formulierung ergibt sich überdies eindeutig, daß es ausschließlich Sache der Grundsatzgesetzgebung ist, Auflagen für den Inhalt der privatrechtlichen Verträge zwischen Krankenanstalt und Sozialversicherungsträgern vorzusehen. Soweit nicht die Grundsatzgesetzgebung solche Auflagen enthält, besteht für den Bereich der Ausführungsgesetzgebung kein regelungsfreier Raum. Das vertraglich vorgesehene Schiedsgericht ist unter Ausschluß der ordentlichen Gerichtsbarkeit dazu berufen, während des aufrechten Bestandes der Verträge alle Streitigkeiten zu entscheiden, die zwischen den Vertragspartnern entstehen. Zum Unterschied des im Abs. 4 vorgesehenen vertraglich zu berufenden Schiedsgerichtes sieht Abs. 5 das schiedsrichterliche Verfahren kraft Gesetzes für den Fall vor, als Verträge zwischen Krankenanstalten und Sozialversicherungsträgern nicht bestehen.

(50) Das Gesetz trifft für den Fall Vorsorge, daß ein Vertrag zwischen Krankenanstalt und Hauptverband der österreichischen Sozialversiche-

Träger nicht zustandekommt. Das Schiedsgericht entscheidet über die dem Vertragsentwurf entgegenstehenden Streitfälle endgültig und für alle Beteiligten verbindlich. Der Vorsitzende des Schiedsgerichtes ist vom Präsidenten des Rechnungshofes zu bestellen. Bedeutungsvoll ist, daß der Antrag auf Entscheidung auch die zuständige Landesregierung stellen kann, für welche allerdings auch der Spruch des Schiedsgerichtes verbindlich sein soll. Die Bestellung des Vorsitzenden des Schiedsgerichtes durch den Präsidenten des Rechnungshofes wurde deshalb vorgesehen, weil der Rechnungshof zur Gebarungskontrolle sowohl der Krankenanstalten, soweit sie Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln erhalten, als auch der Sozialversicherungsträger berufen ist. Der Rechnungshof verfügt über die geeigneten Kräfte, die aus eigener Sachkenntnis heraus die Verhältnisse beider Vertragspartner zu beurteilen in der Lage sind.

Zu § 29:

(51) Gemäß Abs. 2 dieses Paragraphen wird die Regelung der Pflegekostenübernahme für unbemittelte fremde Staatsangehörige der Landesgesetzgebung zugewiesen. Nach den derzeit als Landesgesetze in allen Bundesländern weitergeltenden sogenannten „Reichsfürsorgerechtlichen Vorschriften“, insbesondere nach der Fürsorgepflichtverordnung, werden uneinbringliche Pflegekosten im wesentlichen unter der Voraussetzung von dem Fürsorgeverband beziehungsweise Landesfürsorgeverband getragen, daß die in Betracht kommenden Personen in dessen Bereich ihren „gewöhnlichen Aufenthalt“ haben. Diese Vorschriften gelten sowohl für österreichische Staatsbürger als auch für Ausländer. Da es jedoch in den letzten Jahren häufig vorgekommen ist, daß mittellose Ausländer (Flüchtlinge) unmittelbar nach ihrem Eintreffen in Österreich in Spitalpflege genommen werden mußten, ist die Frage aktuell geworden, welche Stellen im Inland zur Tragung uneinbringlicher Pflegekosten zuständig sind. Da nach den Vorschriften des § 12 der Fürsorgepflichtverordnung in all den Fällen, in denen ein „gewöhnlicher Aufenthalt“ im Inlande nicht ermittelt werden kann, der Landesfürsorgeverband zahlungspflichtig wird, in dessen Bereich sich der Flüchtling bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit befindet, ist wohl auf Grund der derzeit geltenden landesgesetzlichen Vorschriften in genügender Weise vorgesorgt. Sollten darüber hinaus im gegebenen Zusammenhange noch weitere Fragen einer gesetzlichen Regelung zugeführt werden müssen, werden die Länder im Sinne der im Art. 16 B.-VG. enthaltenen Verpflichtungen Maßnahmen zu treffen haben, die zur Durchführung der am 28. Juli 1951 zu Genf abgeschlossenen Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge (Flüchtlingskonvention, BGBl. Nr. 55/1955) erforderlich sind. Entsprechende Maßnah-

men müßten dann insbesondere im Zusammenhang mit den Bestimmungen der Art. 23 und 31 der Flüchtlingskonvention getroffen werden. Diese Bestimmungen beziehen sich auf die Verpflichtung der Vertragsstaaten dieser Konvention, dafür Sorge zu tragen, daß Flüchtlingen, die mit oder ohne Erlaubnis der Behörden des Gastlandes eingereist sind, die erforderliche Unterstützung und Fürsorge zuteil wird.

Zu §§ 30 bis einschließlich 32:

(52) Im wesentlichen wird die Lösung aller Fragen, die mit der Einbringung der Pflegekosten zusammenhängen, der Landesgesetzgebung überlassen und nur die Richtung angedeutet, in der eine Regelung auf diesem Teilgebiet erfolgen soll. Der im § 30 Abs. 3 des Entwurfes enthaltene Grundsatz über die Vollstreckbarkeit von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für Pflegegebühren und Sondergebühren war bereits im § 45 Abs. 3 des Krankenanstaltengesetzes vom 15. Juli 1920 enthalten.

Zu § 33:

(53) Gegen die Errichtung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln bestehen vom verfassungsrechtlichen Standpunkt aus wohl keine Bedenken, weil im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundes-Verfassungsgesetzes am 1. Oktober 1925 solche Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel auf Grund der Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes vom 15. Juli 1920 bereits errichtet waren und weiter bestanden.

(54) Wie schon aus der Bezeichnung ersehen werden kann, sollen mit der Einrichtung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln der vorgesehenen Regelung die Voraussetzungen für die finanzielle Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstalten geschaffen werden. Die Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln ist durch das Grundsatzgesetz obligatorisch vorgeschrieben. In den Beitragsbezirk sind die von Gebietskörperschaften betriebenen öffentlichen Krankenanstalten sowie die privaten Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht einbezogen. Das Gesetz definiert den Begriff des Beitragsbezirkes und des Krankenanstaltensprengels. Es sieht außerdem vor, daß das Landesgebiet als Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel für alle öffentlichen Krankenanstalten durch die Landesgesetzgebung bestimmt werden kann. Dadurch ist die finanzielle Sicherstellung für den Betrieb aller öffentlichen Krankenanstalten, gleichgültig, ob sie von Gebietskörperschaften oder anderen im § 15 aufgezählten Körperschaften betrieben werden, gegeben. Die Landesgesetzgebung hat bei der Errichtung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln für die Art und Weise der Errichtung, für die

Festsetzung der Beitragspflicht und für die Höhe der Beiträge vorzusorgen. Es erscheint nicht erforderlich, im Krankenanstaltengesetz selbst besondere Organe für die Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel zu bestimmen, weil ja durch die Landesgesetzgebung im Rahmen der im § 34 aufgestellten Grundsätze die erforderlichen Regelungen getroffen werden können.

(55) Die Krankenanstaltensprengel sollen jedenfalls zwei oder mehrere Beitragsbezirke umfassen. Sie stellen diesen Beitragsbezirken übergeordnete Organisationsformen dar.

Zu § 34:

(56) Mit der Aufnahme dieser Bestimmung soll die finanzielle Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstalten erreicht werden. Wenn auch noch nach den Vorschriften der §§ 48 und 49 des Krankenanstaltengesetzes vom 15. Juli 1920 die erforderlichen Regelungen hinsichtlich der Übernahme der Kosten der Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung (Errichtungsaufwand) und der Tragung des Betriebsabganges durch den Beitragsbezirk das Bundesland beziehungsweise die Krankenanstaltensprengel und der Staat im Verhältnis von zwei Achtel zu drei Achtel getroffen waren, sind jedoch durch Abschnitt C der Ersten Ausführungsanordnung zur XVII. Verordnung zur Einführung steuergesetzlicher Vorschriften in Österreich, RMBliV. Nr. 34/1939, S. 1727, diese Bestimmungen wieder aufgehoben worden. Es war Vorsorge zu treffen, auf welche Weise künftig eine Verpflichtung zur Tragung des Betriebsabganges gesetzlich geregelt werden sollte. Maßgebend war, daß eine finanzielle Sicherstellung öffentlicher Krankenanstalten in dieser Beziehung erreicht werden muß, da für die öffentlichen Krankenanstalten im Interesse der Erhaltung der Volksgesundheit, also sicherlich im öffentlichen Interesse, insbesondere auch die Betriebspflicht statuiert ist. An und für sich kann sich der Bundesgesetzgeber im gegebenen Zusammenhang nur auf die Aufstellung der Grundsätze beschränken und die Regelung der Landesgesetzgebung vorbehalten. Es wurde einerseits versucht, einen möglichst weiten Rahmen für die Landesgesetzgebung zu schaffen, andererseits aber zu dem Ziele zu gelangen, die tatsächliche Deckung des Betriebsabganges der öffentlichen Krankenanstalten zu ermöglichen. Nach der Absicht des Gesetzgebers sind Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel zu schaffen und der Betriebsabgang ist nach einem vom Grundsatzgesetzgeber festzustellenden Verhältnis zu decken.

(57) Der Schlußsatz des § 34 sieht vor, daß bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden kann, daß an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.

Zu § 35:

(58) Diese Bestimmung normiert ausdrücklich die Betriebspflicht der öffentlichen Krankenanstalten.

Zu § 36:

(59) Die gegenständliche Vorschrift über die Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes beinhaltet eine formalrechtliche und nicht etwa eine Maßnahme der sanitären Aufsicht. Die Entziehung der Betriebsbewilligung einer Krankenanstalt — bei öffentlichen Krankenanstalten ist damit die Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes verbunden — kann aus Gründen der sanitären Aufsicht nicht von der Landesregierung, sondern nur vom Landeshauptmann als Organ der mittelbaren Bundesverwaltung verfügt werden (siehe § 61).

Zu §§ 37 und 38:

(60) Im § 37 ist die nähere Zweckbestimmung öffentlicher Krankenanstalten für Geisteskrankheiten, enthalten. Solche Krankenanstalten sind Sonderheilanstalten im Sinne des § 2 Abs. 1 Z. 2 des Entwurfes, in dem jedenfalls erstmalig auch die nach allgemeinem Sprachgebrauche als „Irrenanstalt“ bezeichneten Anstalten gemeinsam mit den allgemeinen öffentlichen und nicht öffentlichen Krankenanstalten aller Arten eine gesetzliche Regelung finden. Solche Anstalten sind nach der Zweckbestimmung nicht mehr nur Anhaltanstalten für „Irre“, sondern Heilanstalten für „Geisteskranke“.

Zu §§ 39 und 40:

(61) Mit diesen Bestimmungen werden die privaten, also nicht öffentlichen Krankenanstalten einer ausführlichen gesetzlichen Regelung unterworfen. Im wesentlichen müssen sowohl in öffentlichen wie auch privaten Krankenanstalten die sanitären Voraussetzungen erfüllt sein. Auf die Errichtung und den Betrieb privater (nicht öffentlicher) Krankenanstalten finden daher die Vorschriften der Hauptstücke A und B zur Gänze und vom Hauptstück C die im § 40 Abs. 1 lit. a bis d angeführten Bestimmungen Anwendung.

Zu § 41:

(62) Für die Führung privater Krankenanstalten für Geisteskrankheiten haben zusätzlich auch die Vorschriften über die Aufnahme, Anhaltung und Festhaltung von Personen in öffentlichen Krankenanstalten für Geisteskrankheiten, wie sie in den §§ 49 bis 54 dieses Bundesgesetzes enthalten sind, zu gelten.

Zu § 42:

(63) Die allen Hauptstücken des grundsatzgesetzlichen Teiles gemeinsamen Bestimmungen stellen eine erforderliche Grundlage für die

Wahrnehmung der dem Bund gemäß Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B.-VG. auch hinsichtlich der Vollziehung vorbehaltenen sanitären Aufsicht dar. Ohne die Statuierung der Verpflichtung zur Übermittlung der im Zusammenhange mit der Errichtung und der Führung einer Krankenanstalt ergangenen Bescheide an den Landeshauptmann als Organ der mittelbaren Bundesverwaltung wäre es unmöglich, eine Stellungnahme vom Standpunkt der sanitären Aufsicht zu beziehen und allfällige Maßnahmen im Sinne der §§ 60 bis 62 zu treffen.

Zu §§ 43 bis einschließlich 46:

(64) In Wien, Graz und Innsbruck sind an von den betreffenden Bundesländern betriebenen öffentlichen Krankenanstalten, Universitätskliniken und in Wien, Graz, Innsbruck, Linz, Salzburg und Klagenfurt gleichfalls an von den betreffenden Bundesländern betriebenen Krankenanstalten Bundes-Hebammenlehranstalten zu Unterrichtszwecken eingerichtet. Sowohl in den einschlägigen Bestimmungen der medizinischen Rigorosenordnung, RGBl. Nr. 102/1903, in der Fassung des BGBl. Nr. 412/1937, als auch in den einschlägigen Vorschriften des Hebammengesetzes, BGBl. Nr. 214/1925, und der Unterrichtsordnung für Hebammen, BGBl. Nr. 20/1929, ist eine praktische Ausbildung der Medizinstudenten und der Hebammenschülerinnen in Universitätskliniken vorgesehen. Abgesehen von den früher geltenden Vorschriften wurden im Krankenanstaltengesetz vom 15. Juli 1920 (§§ 32 bis 34) die damals erforderlich scheinenden Regelungen in einem fast gleichartigen Sinne getroffen, wie sie nunmehr in einer den Erfordernissen der heutigen Zeit angepaßten Art in den §§ 43 bis 46 enthalten sind. Im wesentlichen ist neu, daß das Verfahren für die finanzielle Auseinandersetzung zwischen dem Bund (Bundesministerium für Unterricht und Bundesministerium für soziale Verwaltung) und den Rechtsträgern der Krankenanstalten durch Übereinkommen zu regeln sein wird (siehe § 56). Hinsichtlich der Feststellung der Abfindung, die von den Klinikvorständen an die Rechtsträger der Krankenanstalten wegen Inanspruchnahme für die Anstaltseinrichtungen und Personal zu zahlen ist, sind die erforderlichen Detailregelungen durch Verordnung zu treffen (siehe § 46 Abs. 3).

Zu §§ 47 und 48:

(65) Im Hauptstück B sind Vorschriften enthalten, die als Ergänzungen des Zivilrechtes anzusehen sind und daher unmittelbar anwendbares Bundesrecht darstellen. Wenngleich im § 45 Abs. 4 und 5 des Krankenanstaltengesetzes 1920 Bestimmungen gleichartigen Inhaltes statuiert waren, müssen sie in einem neuen Krankenanstaltengesetz neu normiert werden, weil das Kran-

kenanstaltengesetz 1920 und auch die Landesausführungsgesetze der Aufhebung verfallen.

(66) Im Zusammenhang mit der Bestimmung des § 47 ist zu bemerken, daß vor dem Inkrafttreten des Krankenanstaltengesetzes 1920 gemäß einem Plenissimarbeschuß des Obersten Gerichtshofes vom 29. April 1919, Präs. 127/19, Slg. Jahrg. 1919, Bd. I, Nr. 98, Spitalsverpflegskosten bezüglich des Teiles, der auf die im § 51 Z. 4 KO. bezeichneten Forderungen entfällt, nach diesen gesetzlichen Bestimmungen, im übrigen, insoweit sie den Charakter öffentlicher Abgaben tragen, nach § 52 KO. als bevorrechtete Forderungen im Sinne des § 73 Außerstreitgesetz zu behandeln waren. Im Hinblick auf diesen Beschuß ist sowohl im Krankenanstaltengesetz 1920 wie auch nunmehr in der gegenständlichen Bestimmung die erforderliche Feststellung hinsichtlich des Vorranges der Pflegekostenforderung aufgenommen worden, um der durch den Beschuß des Obersten Gerichtshofes geschaffenen Rechtslage weiterhin Rechnung tragen zu können. Durch § 47 ist nunmehr die Rangordnung rückständiger Pflegegebühren sowohl der öffentlichen als auch der nichtöffentlichen gemeinnützigen Krankenanstalten im Konkursverfahren geregelt.

(67) Durch die Bestimmung des § 48 soll ferner der Übergang von Schadenersatzansprüchen eines Pfleglings, der durch Verschulden einer dritten Person Anstaltsbehandlung in Anspruch nehmen mußte, einer eindeutigen Regelung zugeführt werden. Bisher war dies nur dadurch möglich, daß die Krankenanstalt sich die Forderung des Pfleglings an den schuldtragenden Dritten, insbesondere zum Beispiel an eine Versicherungsgesellschaft, bis zum Betrage ihrer eigenen Verpflegskostenforderung gemäß §§ 1392 ff. ABGB. zedieren ließ. Da die von der Krankenanstalt in einem solchen Zusammenhange zu treffenden Maßnahmen wiederholt auch auf Schwierigkeiten beim Pflegling selbst gestoßen sind, war es notwendig, die gegenständliche Regelung zu treffen. Ähnliche Regelungen hinsichtlich einer gesetzlichen Zession sind für Hypothekarforderungen gemäß § 322 Abs. 1 und § 324 Abs. 1 EO., nach den Bestimmungen des Patentgesetzes aber auch nach anderen Gesetzen vorgesehen.

Zu §§ 49 bis 54:

(68) Die gegenständlichen Vorschriften bezwecken, das Verfahren, das zur zwangsweisen Aufnahme Geisteskranker in Krankenanstalten für Geisteskrankheiten führt, zu regeln (§§ 50 und 51), ferner Maßnahmen zu treffen, die im Zusammenhang mit der Anhaltung und Heilbehandlung der wegen Geisteskrankheit angehaltenen Personen in diesen Anstalten angewendet werden dürfen (§ 51), und schließlich auch hinsichtlich der Entlassung von Personen aus solchen Anstalten einige Regelungen zu treffen.

(69) In der Vergangenheit sind ähnliche Vorschriften durch die Ministerialverordnung vom 14. Mai 1874, RGBl. Nr. 71, in der Fassung des RGBl. Nr. 87, erlassen worden, die jedoch gemäß § 3 Abs. 2 des Verfassungsübergangsgesetzes, BGBl. Nr. 368/1925, mangels einer bundesgesetzlichen Regelung mindestens am 1. Oktober 1928 außer Kraft getreten sind. Diese vorerwähnten Vorschriften sollen jedoch auch noch expressis verbis aufgehoben werden (siehe § 66 Z. 4), um jeden Zweifel über die geltende Gesetzeslage für die Zukunft auszuschließen. Derzeit gelten daher für die Aufnahme von Personen in geschlossene Anstalten nur die Vorschriften des III. Abschnittes der Entmündigungsordnung, RGBl. Nr. 207/1916, die inhaltlich jedoch nur das gerichtliche Verfahren bei Aufnahme in geschlossene Anstalten enthalten. Es fehlen daher Vorschriften über das Verfahren, das vor der Aufnahme und bei der Aufnahme solcher Personen durchzuführen ist, die nicht auf eigenes Verlangen aufgenommen werden sollen. Um diesem tatsächlichen Mangel Rechnung tragen zu können, mußten daher in ähnlicher Weise, wie dies in der Verordnung vom Jahre 1874 geschehen ist, die erforderlichen Vorschriften über die Zuständigkeit von in Betracht kommenden Stellen für die Ausstellung von ärztlichen Bescheinigungen hinsichtlich der Notwendigkeit der zwangsweisen Einweisung und Anhaltung in einer Krankenanstalt für Geisteskrankheiten ausgearbeitet und dabei auch alle Sicherungen vorgesehen werden, die Fehlerquellen in solchen Zusammenhängen ausschließen. Diese Forderungen sind wohl in den §§ 49 bis 54 weitestgehend berücksichtigt worden. Nur der Amtsarzt beziehungsweise der Polizeiarzt und selbstverständlich auch das Gericht sind berechtigt, die zwangsweise Einweisung anzuordnen. Ob und inwieweit es tatsächlich bei der Anhaltung zu bleiben hat, bestimmt das Gericht im Sinne der Vorschriften des III. Abschnittes der Entmündigungsordnung. Verfügt das Gericht die Anhaltung, finden die Bestimmungen des § 51 neben den übrigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Anwendung. Außerdem sind erstmalig auch Vorschriften für die Entlassung von Personen, die zwangsweise in einer Krankenanstalt für Geisteskrankheiten angehalten werden, vorgesehen (siehe § 52). Durch die Bestimmung des § 54 soll zum Ausdruck gebracht werden, daß durch die Regelung der §§ 49 bis 53 die Vorschriften des III. Abschnittes der Entmündigungsordnung nicht derogiert werden.

(70) Im Zusammenhang mit der Ausarbeitung der §§ 49 bis 54 wurde auch erwogen, ob die von den Psychiatern und Nervenärzten aufgestellten Forderungen nach einer zwangsweisen Behandlung von Trunk- und Rauschgiftsüchtigen, die noch nicht kriminell sind, aber als potentielle Übeltäter anzusehen sind und aus diesem Grunde für sich und für die Allgemeinheit eine Gefahr

darstellen, einer zusätzlichen Regelung zugeführt werde sollen. Soweit es sich um verbrecherische Süchtige handelt, ist die Anhaltung solcher Personen systematisch als strafgerichtliche Maßnahme im Rahmen der Sicherungsmittel zu werten. Die im Zuge befindliche große Strafrechtsreform wird sicherlich in dieser Richtung die entsprechenden Schritte unternehmen und mehr Sicherungsmittel als bisher in das österreichische Strafrecht einbauen. Für die Personen jedoch, die als Trunk- oder Rauschgiftsüchtige, also als potentielle Übeltäter zu betrachten sind, ergibt sich folgende Rechtslage:

(71) Nach § 2 Entmündigungsordnung können Volljährige beschränkt entmündigt werden, wenn sie wegen gewohnheitsmäßigen Mißbrauchs von Alkohol (Trunksucht) und Nervengiften (Suchtgiftsucht)

1. sich oder
2. ihre Familie der Gefahr des Notstandes preisgeben oder
3. die Sicherheit anderer gefährden oder
4. eines Beistandes zur gehörigen Besorgung ihrer Angelegenheiten bedürfen.

(72) Der beschränkt Entmündigte steht nach § 4 Entmündigungsordnung einem mündigen Minderjährigen gleich. Tatsächlich können also nur Volljährige beschränkt entmündigt werden. Aus diesen Ausführungen ergibt sich, daß die Absicht des Gesetzgebers der Entmündigungsordnung nicht nur auf den Schutz des Privatinteresses, sondern auch auf den Schutz der Allgemeinheit abgestellt war, wenn er verfügt, daß eine Entmündigung wegen Trunksucht und Mißbrauchs von Nervengiften auch dann ausgesprochen werden kann, wenn die Sicherheit anderer Personen gefährdet ist.

(73) Die §§ 16 bis 24 Entmündigungsordnung regeln das gerichtliche Verfahren bei der Aufnahme von Geisteskranken in geschlossene öffentliche und private Irrenanstalten. Eine ähnliche Einrichtung für Trunk- oder Suchtgiftsüchtige kennt die Entmündigungsordnung nicht, sofern die Trunk- oder die Suchtgiftsucht nicht zugleich den Grad einer Geisteskrankheit erreicht hat. Aber auch hinsichtlich der Geisteskranken entscheidet das Gericht nur darüber, ob die Anhaltung zulässig ist, dagegen kommt ihm ein Entscheidungsrecht über die rein medizinische und verwaltungsrechtliche Frage, ob der Angehaltene trotz festgestellter Geisteskrankheit nicht anstaltsbedürftig ist, nicht zu. In diesem Sinne hat auch das Anhaltungsgericht keinen Einfluß darauf, daß ein Geisteskranker, dessen Anhaltung für zulässig erklärt wurde, nicht wieder aus der Anstalt entlassen wird. Wohl nimmt die Entmündigungsordnung im § 36 auf eine allerdings nur freiwillige Aufnahme in eine Entwöhnungsanstalt wegen Trunksucht oder Mißbrauch von Nervengiften einen gewissen Einfluß. Sind näm-

lich die Voraussetzungen für eine Entmündigung wegen solcher Tatbestände gegeben und ist nach den Ergebnissen der Verhandlung zu erwarten, daß sich der zu Entmündigende bessern wird, so kann das Gericht die Beschlußfassung unter Setzung einer Bewährungsfrist aussetzen. Diese Aufschiebung kann davon abhängig gemacht werden, daß sich der zu Entmündigende für eine vom Gericht bestimmte Zeit von wenigstens sechs und höchstens zwölf Monaten in einer vom Gericht bestimmten Entwöhnungsanstalt einer Heilbehandlung unterwirft. Insoweit kann also das Entmündigungsgericht einen mittelbaren Zwang ausüben. Grundsätzlich steht jedoch fest, daß die Vorschriften über das Anhalteverfahren nach §§ 16 bis einschließlich 24 Entmündigungsordnung auf Trunk- oder Suchtgiftsüchtige nicht anzuwenden sind, wenngleich es denkbar wäre, daß schon heute auf Grund der Vorschriften der §§ 188, 216 ABGB. im Zusammenhalt mit § 139 ABGB. sowie gemäß §§ 282 und 233 ABGB. in Verbindung mit § 23 Abs. 1, 3 und 4 Entmündigungsordnung ein Entmündigter oder eine Person, gegen die ein Entmündigungsverfahren eingeleitet wurde, zur Durchführung einer Entwöhnungskur zwangsweise angehalten werden kann. Diese Ansicht wird auch in der einschlägigen Literatur im wesentlichen bestätigt. Jedenfalls geht der Zug der Zeit dahin, den Staaten die Mittel in die Hand zu geben, Trunk- oder Suchtgiftsüchtige, die für sich selbst oder für andere eine Gefahr bedeuten, zwangsweise in geschlossenen Anstalten anhalten zu können. Die Durchführung von Entwöhnungskuren in solchen Anstalten wäre die notwendige Folge der Anhaltung. Soweit es sich um Personen handelt, die trotz ihres Zustandes noch nicht kriminell geworden sind, wäre die gesetzliche Regelung im Zusammenhange mit einer Neufassung der derzeit geltenden Vorschriften, wie sie im III. Abschnitt der Entmündigungsordnung enthalten sind, ohne weiteres denkbar. Eine solche Neuregelung des Anhalteverfahrens wäre jedoch systematisch nicht als eine Ergänzung der Entmündigungsordnung, sondern als Ergänzung des Krankenanstaltenwesens aufzufassen. Obgleich die Lösung dieser von den medizinischen Wissenschaftern aufgeworfenen Probleme dringlich erscheint, muß doch festgestellt werden, daß sie im Zusammenhange mit dem gegenständlichen Gesetzentwurf deshalb noch nicht möglich ist, weil die damit zusammenhängenden Fragen medizinisch-wissenschaftlicher und verfassungsrechtlicher Natur einer eingehenden Prüfung und Behandlung bedürfen und die so dringlich gewordene Regelung des Krankenanstaltengesetzes, wie sie im gegenständlichen Gesetzentwurf enthalten ist, keine Verzögerung mehr erfahren kann. Jedenfalls wird in absehbarer Zeit das Anhalteverfahren einer modernen gesetzlichen Neuregelung zugeführt werden müssen.

Zu §§ 55 und 56:

(74) Die §§ 55 und 56 behandeln die Kostenersatz für den klinischen Mehraufwand und deren Ermittlung. Öffentliche Krankenanstalten, die zugleich dem Unterricht an medizinischen Fakultäten oder an Bundes-Hebammenlehranstalten dienen, haben für ihren Betrieb eine Reihe von Mehrkosten aufzuweisen, die andere Krankenanstalten nicht haben. Diesen Mehraufwand, der den öffentlichen Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes erwächst, ersetzt der Bund, weil es offenkundig ist, daß dieser Mehraufwand nicht durch die eigentlichen Aufgaben der öffentlichen Krankenanstalten entsteht, wie sie im § 1 umschrieben werden. Die Bedürfnisse des Unterrichtes umfassen die akademische Lehre im gesamten, die vor allem der Ausbildung der Mediziner sowie der Hebammen dient. Dieser Unterricht stützt sich auf die wissenschaftliche Tätigkeit der klinischen Lehrer, welche den Studierenden im Rahmen des Unterrichtes die letzten Kenntnisse von Praxis und Wissenschaft vermitteln. Da die Bestimmungen des § 55 zur Gänze darauf abgestellt sind, den Rechtsträgern öffentlicher Krankenanstalten, die dem Unterricht an medizinischen Fakultäten oder an Bundes-Hebammenlehranstalten dienen, alle Mehrkosten zu ersetzen, die über die eigentlichen Aufgaben der Krankenanstalten hinaus durch diese Lehr- und Unterrichtstätigkeit entstehen, ist sichergestellt, daß dem Rechtsträger einer solchen öffentlichen Krankenanstalt aus diesen besonderen Bedürfnissen des Unterrichtes keine zusätzlichen Belastungen erwachsen. Die Mehrkosten, die sich danach ergeben, zerfallen in drei Gruppen:

1. in Mehrkosten, die sich aus der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung solcher öffentlicher Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben,
2. in Mehrkosten, die sich beim Betrieb dieser Krankenanstalt aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben, und
3. in Pflegegebühren, der niedrigsten Gebührenklasse für Personen, die nicht anstaltsbedürftig oder sonst für die Aufnahme in die Krankenanstalt nicht geeignet sind und die für die Zwecke des Unterrichtes und der medizinischen Forschung aufgenommen und länger verpflegt werden, als es nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zulässig ist (§ 43).

Es ist hiebei eine Selbstverständlichkeit, daß, wenn eine anstaltsbedürftige Person zu Unterrichtszwecken oder zu Zwecken der medizinischen Forschung in einer öffentlichen Krankenanstalt im Sinne des § 55 aufgenommen wird, die Verpflegskosten für die normale Dauer der Anstaltsbehandlung dieser Person natürlich von den zur Tragung der Pflegegebühren Verpflichteten zu bezahlen sind. In solchen Fällen werden erst dann die Pflegegebühren als klinischer Mehr-

aufwand zu bezeichnen sein, wenn solche Patienten über die Dauer ihrer Anstaltsbedürftigkeit und der Notwendigkeit einer Spitalsbehandlung für die angegebenen Zwecke in der Krankenanstalt verbleiben. Gerade der Hinweis in § 55 Z. 3 auf § 43 läßt die gesetzliche Interpretation des Begriffes „Bedürfnisse des Unterrichtes“ erkennen.

(75) Die Höhe der Kostenersätze des Bundes für den klinischen Mehraufwand wird im Verordnungswege bestimmt, wobei diese Verordnung die zuständigen Ressortministerien, die für die Universitätskliniken beziehungsweise die Bundes-Hebammenlehranstalten zuständig sind, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen erlassen. Vor Erlassung der Verordnung sind die in Betracht kommenden Landesregierungen zu hören. Gegen diese Bestimmung wurde seitens der in Betracht kommenden Landesregierungen Einspruch erhoben, die darauf verwiesen, daß hier der Bund, der der Ersatzpflichtige ist, selbst die Höhe des Ersatzes bestimmt und für die Landesregierungen keine andere Form der Mitwirkung besteht, als angehört zu werden. Sie strebten an, daß diese Verordnung im Einvernehmen erlassen wird, was jedoch abgelehnt wurde, weil es Sache des Bundes zu sein hat, festzustellen, in welcher Höhe die Kostenersätze bestimmt werden. Im übrigen wurde auf die Textierung des § 33 des Krankenanstaltengesetzes 1920 verwiesen, die gleichfalls lediglich eine Anhörung der Landesregierungen vorsah. Wengleich diese Bestimmung durch die nachfolgenden Gesetze bedeutungslos geworden ist, so kann aus dieser Formulierung der gleiche Standpunkt festgestellt werden, wie ihn jetzt der Bund einnimmt. Es ist anzunehmen, daß diese Verordnung möglichst bald erlassen wird und hiebei den berechtigten Interessen aller Beteiligten Rechnung getragen wird.

Zu §§ 57 bis 59:

(76) Wiewohl auf Grund der derzeitigen Rechts- und Gesetzeslage eine Verpflichtung des Bundes zur Beitragsleistung für den Betriebsabgang der Krankenanstalten nicht mehr gegeben ist, gemäß Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B.-VG. dem Bunde hinsichtlich Gesetzgebung und Vollziehung nur die „sanitäre Aufsicht“ über die Krankenanstalten und gemäß Art. 12 Abs. 1 Z. 2 B.-VG. dem Bunde nur die Gesetzgebung über die Grundsätze, den Bundesländern aber die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung auf dem Gebiete des Krankenanstaltenwesens zusteht, betrachtet es das Bundesministerium für soziale Verwaltung als seine Aufgabe, dahin zu wirken, daß der Bund finanzielle Mittel für die Krankenanstalten bereitstellt, weil zufolge der Auswirkungen der beiden Weltkriege die

materiellen Grundlagen öffentlicher und auch nicht öffentlicher Krankenanstalten, die noch bis zum Ende des ersten Weltkrieges den Betriebsabgang aus den Einkünften von Stiftungen und sonstigen Zweckvermögen decken konnten, sich vollständig geändert hatten. Aus diesem Grunde wurden ja die Bestimmungen der §§ 48 und 49 in das Krankenanstaltengesetz vom 15. Juli 1920 aufgenommen und damit für die öffentlichen Krankenanstalten eine Lage geschaffen, die eine ungehinderte und zufriedenstellende Führung dieser Krankenanstalten gewährleistete. Abgesehen von den verschiedensten Gründen, die für eine Beitragsleistung des Bundes für die Krankenanstalten noch ins Treffen geführt werden können, ist jedoch festzustellen, daß es im eminenten Interesse des Bundes vom Standpunkt der Erhaltung und Förderung der Volksgesundheit liegen muß, daß die finanzielle Sicherstellung insbesondere der öffentlichen Krankenanstalten und der auf gemeinnütziger Grundlage geführten nicht öffentlichen Krankenanstalten gewährleistet ist. Wenn sich der Bund daher auf Grund eingehender Erhebungen über die finanzielle Lage der öffentlichen und nicht öffentlichen Krankenanstalten entschließt, Beiträge zu dem Betriebsabgang der öffentlichen und auf gemeinnütziger Grundlage geführten Krankenanstalten zu leisten, so muß er sich auf der anderen Seite dagegen sichern, daß trotz seiner Beitragsleistung mangels einer entsprechenden Bestimmung über die Deckung des gesamten Betriebsabganges die finanzielle Sicherstellung dieser Krankenanstalten nicht gewährleistet wäre. Als Sicherung in diesem Sinne sind jedenfalls die Vorschriften des § 34 des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes anzusehen, wonach der Betriebsabgang öffentlicher Krankenanstalten durch Beiträge des Rechtsträgers der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist, soweit ein Betriebsabgang nach Zahlung von Zweckzuschüssen des Bundes vorhanden ist. Die angestellten Erhebungen, die sich auf die finanzielle Gebarung in den einzelnen Zweigen der Spitalswirtschaft im Jahre 1953 bezogen, haben ergeben, daß dem Gesamtaufwand aller öffentlichen Krankenanstalten im Jahre 1953 in der Höhe von 802,9 Millionen Schilling nur 606,9 Millionen Schilling an Einnahmen gegenüberstanden und somit ein Betriebsabgang von rund 195 Millionen Schilling festgestellt werden mußte. Gegenüber dem Jahre 1953 hat sich im Jahre 1954 bereits eine Erhöhung von 10% und im Jahre 1955 gegenüber 1953 bereits eine Erhöhung um 20% der Gesamtbetriebskosten ergeben. Da die Bundesminister für Finanzen und für soziale Verwaltung bereits im Jahre 1954 zu einem Einvernehmen gelangten, für das Jahr 1955 als ersten Schritt einen Betrag von 50 Millionen Schilling für eine Bei-

tragsleistung des Bundes für die öffentlichen, aber auch für die auf gemeinnütziger Grundlage geführten nicht öffentlichen Krankenanstalten zur Verfügung zu stellen, darf wohl angenommen werden, daß entsprechend den in der Zwischenzeit erfolgten Erhöhungen der Löhne und Preise auch eine entsprechende Erhöhung des ursprünglich mit 50 Millionen Schilling für die Ausschüttung von Zweckzuschüssen des Bundes festgesetzten Betrages vorgesehen werden wird. Dieser Betrag soll auf Grund eines Schlüssels auf die einzelnen Krankenanstalten aufgeteilt werden. Bei Feststellung eines Verteilungsschlüssels war vor allem maßgebend, daß in erster Linie auf die tatsächliche Leistung der in Betracht kommenden Anstalten Rücksicht genommen werden müsse. In diesem Zusammenhang ergeben sich folgende Komponenten:

1. Die pro Tag festgesetzte Pflegegebühr, die vom Landeshauptmann amtlich festgesetzt wird und im wesentlichen zur Deckung der Kosten dient;

2. die Gesamtzahl der im Laufe eines Rechnungsjahres in einer Krankenanstalt abgeleiteten Pflorgetage, die ja nur nach Maßgabe des Umfanges der Anstalt, des Bettenstandes und der sonstigen Einrichtungen in einer mehr oder minder hohen Anzahl geleistet werden können und somit eine wesentliche Komponente für die tatsächliche Leistung der in Frage kommenden Krankenanstalt darstellen;

3. Beschränkung durch 18,75% des Gesamtbetriebsabganges öffentlicher Krankenanstalten.

(77) Im wesentlichen konnte daher errechnet werden, daß auf Grund einer Anwendung des im § 57 des Entwurfes festgelegten Schlüssels einerseits und einer sinngemäßen Anwendung dieses Schlüssels auf die auf gemeinnütziger Grundlage geführten nicht öffentlichen Krankenanstalten, zu denen in der Hauptsache von religiösen Orden geführte Krankenanstalten gehören, allerdings unter den im Jahre 1954 gegebenen wirtschaftlichen Voraussetzungen der vom Bund zur Verfügung gestellte Betrag von 50 Millionen Schilling ausgeschöpft wird. Dabei müssen allerdings noch insofern unbekannte Größen berücksichtigt werden, die sich aus der Unbestimmbarkeit der Auswirkung der tatsächlichen Erhöhungen der Betriebskosten in den Jahren 1954 bis 1956 auf eine Ausweitung des Betriebsabganges der öffentlichen Krankenanstalten sowie aus dem geringen Einblick in die finanzielle Gebarung der nicht öffentlichen, auf gemeinnütziger Grundlage geführten Krankenanstalten ergeben.

(78) Hinsichtlich des für die Gewährung von Zweckzuschüssen des Bundes einzuhaltenden Verfahrens sind im § 58 die erforderlichen Vorschriften vorgesehen, die es in einer einfachen und keineswegs komplizierten Weise ermöglichen, dem Rechtsträger der in Betracht kommenden

Krankenanstalten die Zweckzuschüsse in der erforderlichen Höhe überweisen zu können. Es ist anzunehmen, daß jährlich ungefähr 190 solche Anträge beim Bundesministerium für soziale Verwaltung einlaufen und behandelt werden müssen.

(79) Abschließend muß bemerkt werden, daß das Prinzip des im § 57 festgelegten Verteilungsschlüssels neu ist, damit aber im wesentlichen den tatsächlichen Leistungen der Krankenanstalt entsprechend Rechnung getragen wird. Jedenfalls aber wird es notwendig sein, Erfahrungen zu sammeln, um die finanzielle Auswirkung dieses Prinzips kennenlernen zu können.

Zu §§ 60 bis 62:

(80) Die in Betracht kommenden Bestimmungen sehen eine gesetzliche Regelung der sanitären Aufsicht des Bundes über die Krankenanstalten im Sinne des Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B.-VG. vor. Bei Klärung der Frage, worin der Inhalt des Kompetenztatbestandes „sanitäre Aufsicht“ liegt, muß von dem Umstand ausgegangen werden, daß das Bundes-Verfassungsgesetz die Angelegenheiten der sanitären Aufsicht als begrifflich dem Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ zugehörig auffaßt, sie jedoch in kompetenzlicher Hinsicht gesondert behandelt. Aus diesem Umstand sowie aus den Art. 12 Abs. 1 und 101 Abs. 1 des B.-VG. ergibt sich, daß der Kompetenztatbestand „sanitäre Aufsicht“ eine behördliche Tätigkeit zum Gegenstand hat, deren Zweck es ist, die Beobachtung jener sanitären Vorschriften in den Krankenanstalten durch die darin tätigen Personen zu gewährleisten, die vom Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ erfaßt werden. Zur sanitären Aufsicht gehört daher insbesondere nicht eine Aufsicht über die Behörden der Länder bei der Vollziehung der Ausführungsgesetze auf dem Gebiete der Heil- und Pflegeanstalten, die Erlassung sanitärer Vorschriften für die Krankenanstalten sowie die Erlassung und Vollziehung von Rechtsvorschriften, die bestimmte Fakten, die sich auf Krankenanstalten beziehen, einer behördlichen Bewilligung beziehungsweise Genehmigung unterwerfen.

(81) Wie diese Erwägungen zeigen, hat der Bund bei der sanitären Aufsicht die Beobachtung von Vorschriften zu überwachen, die durch die Ausführungsgesetze der Länder geschaffen werden. Insofern hat der Bund also bei der sanitären Aufsicht Landesrecht zu vollziehen. Dies ist eine notwendige Folge des Begriffes der Aufsicht, wie ihn der Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis Slg. 1990 festgelegt hat. Die Mittel der Aufsicht aber sind von der Bundesgesetzgebung zu regeln.

(82) Zum Kompetenztatbestand „sanitäre Aufsicht“ ist also zusammenfassend festzustellen:

1. er hat nur eine Aufsicht gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten, nicht aber gegenüber den Landesbehörden zum Gegenstand;

2. auf Grund dieses Kompetenztatbestandes kann der Bund nur die Mittel der sanitären Aufsicht sowie die Frage regeln, welche Behörden zur Ausübung dieser Aufsicht zuständig sind;

3. Gegenstand der Aufsicht im Sinne dieses Kompetenztatbestandes ist die Beobachtung der für die Krankenanstalten geltenden sanitären Vorschriften.

(83) Im Sinne dieser Ausführungen ist daher die in Rede stehende Materie derart zu regeln, daß bei der Entscheidung über Anträge auf Erteilung von Genehmigungen und Bewilligungen nach dem Ersten Teil dieses Bundesgesetzes die sanitären Belange, soweit sie unter den Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ fallen, von den Landesbehörden wahrzunehmen sind, das Verhalten aber, das von den Rechtsträgern der Krankenanstalten beziehungsweise von ihren Organen außerhalb der Genehmigungs- und Bewilligungsverfahren gesetzt wird, der Aufsicht des Bundes im Hinblick auf die in den Ausführungsgesetzen der Länder enthaltenen sanitären Vorschriften sowie im Hinblick auf die von den Landesbehörden auf Grund der Ausführungsgesetze erlassenen Bescheide unterliegt. Demgemäß wird im grundsatzgesetzlichen Teil deutlich zum Ausdruck gebracht, in welcher Hinsicht die Ausführungsgesetze die sanitären Belange zu regeln haben und daß bei der Entscheidung über Anträge auf Erteilung einer Genehmigung beziehungsweise Bewilligung auf diese Regelungen Bedacht zu nehmen ist. Die Entziehung von Bewilligungen und der Widerruf von Genehmigungen werden daher im Abschnitt über die sanitäre Aufsicht geregelt, weil derartige Akte aus sanitären Gründen erforderlich werden können.

(84) Um im Sinne der obigen Ausführungen die in den §§ 60 bis 62 enthaltenen Bestimmungen über die Mittel der sanitären Aufsicht entsprechend anwenden zu können, wurde im § 3 Abs. 3 eine entsprechende Vorschrift aufgenommen, die eine Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt vom Inhalt eines Gutachtens des Landeshauptmannes abhängig macht. In den gemeinsamen Bestimmungen des grundsatzgesetzlichen Teiles (siehe § 42) wird außerdem statuiert, daß alle Bewilligungen und Genehmigungen sowie der Widerruf derselben, ferner die Bestellung leitender Ärzte sowie die Abberufung derselben von den Landesbehörden dem Landeshauptmann als Organ der mittelbaren Bundesverwaltung unverzüglich bekanntzugeben sind, damit dieser, wenn notwendig, die geeigneten Maßnahmen zur Wahrnehmung der sanitären Aufsicht treffen kann.

Zu § 63:

(85) Diese Bestimmung enthält die erforderlichen Übergangsbestimmungen, um wohlerworbene Rechte zu wahren. Im Interesse privater Krankenanstalten, die schon jetzt als gemein-

nützig anzusehen sind, mußte vorgesorgt werden, daß der Charakter ihrer Gemeinnützigkeit gewahrt bleibt, auch wenn die Erfordernisse dieses Bundesgesetzes (§ 16) nicht zur Gänze erfüllt sind. Allerdings gilt dies nur für solche private Krankenanstalten, die schon bisher auf Grund ihrer Satzung gemeinnützig betrieben worden sind. Im übrigen müssen sie den Bestimmungen des § 16 Abs. 1 entsprechen, mit Ausnahme jener Vorschriften, nach denen die Zahl der Pfleglinge, die nicht in der allgemeinen Gebührenklasse, sondern in Gebührenklassen mit höheren Pflegegebühren verpflegt werden, ein Fünftel der für die Anstaltspfleglinge bestimmten Bettenanzahl nicht übersteigen darf. Treffen die übrigen Voraussetzungen des § 16 Abs. 1 lit. a bis f zu, dann ist eine solche private Krankenanstalt, die am Tage des Inkrafttretens des Gesetzes als gemeinnützig betrieben wird, als gemeinnützig im Sinne des Gesetzes anzusehen.

(86) § 63 Abs. 3 stellt fest, daß jene Bestimmungen des allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG.) durch das Krankenanstaltengesetz nicht berührt werden, soweit das ASVG. Vorschriften enthält, die das Krankenanstaltswesen regeln. Damit ist der Fortbestand der einschlägigen Bestimmungen des ASVG., insbesondere auch der Grundsatzbestimmungen der §§ 148 und 149, gesichert.

Zu § 65:

(87) Diese Bestimmung bezieht sich nur auf den grundsatzgesetzlichen Teil und die binnen Jahresfrist zu erlassenden Ausführungsgesetze der Bundesländer, während die Bestimmungen des Zweiten Teiles dieses Bundesgesetzes, die unmittelbar anwendbares Bundesrecht enthalten, sofort nach Kundmachung wirksam werden.

Zu § 66:

(88) Grundsätzlich sollen mit Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes alle bisher von den Organen der Bundesgesetzgebung erlassenen Gesetze und solche Verordnungen, die noch aus der Zeit vor dem Jahre 1918 von den zuständigen Ministerien erlassen wurden und Gesetzescharakter tragen, sowie schließlich auch eine reichsdeutsche Ausführungsanordnung mit Gesetzescharakter ausdrücklich außer Kraft gesetzt werden, um eine klare Gesetzeslage herbeizuführen.

Zu § 67:

(89) Diese Vorschriften allein schon zeigen, wie vielfältig die gegenständliche Regelung in die Bereiche und Zuständigkeiten anderer Bundesministerien und insbesondere der Landesregierungen hinüberreichen. Allein fünf Bundesministerien, Bundesministerium für soziale Verwaltung, für Finanzen, für Justiz, für Inneres und für Unterricht, sind je nach den für sie in Betracht kommenden Bestimmungen und außerdem die Landesregierungen zur Vollziehung zuständig.

(90) Der Ausschuß für soziale Verwaltung stellt mit Befriedigung fest, daß es nach jahrelangen Verhandlungen endlich gelungen ist, diesen Gesetzentwurf der parlamentarischen Verabschiedung zuzuführen. Es konnten nicht alle zum Teil sehr berechtigten Wünsche der Interessenten, vor allem der Gemeinden und der Länder, erfüllt werden, weil dies einerseits im Hinblick auf die Finanzlage des Bundes nicht möglich war und es andererseits zweckmäßig erschien, zunächst einmal Erfahrungen auf Grund der neuen Regelungen zu sammeln. Nichtsdestoweniger glaubt der Ausschuß für soziale Verwaltung feststellen zu können, daß mit diesem Gesetz ein bedeutender sozialpolitischer Fortschritt erzielt wurde. Österreich ist damit auch auf dem Gebiete des Krankenanstaltenwesens zu einer modernen, fortschrittlichen Gesetzgebung übergegangen und gibt zweifellos jenen Ländern ein Beispiel, in denen die Regelung des Krankenanstaltenwesens noch nicht so weit gediehen ist.

Singer
Berichterstatter

Der Ausschuß für soziale Verwaltung hat den Gesetzentwurf in seiner Sitzung vom 14. Dezember 1956 in Anwesenheit des Bundesministers für soziale Verwaltung Proksch eingehend beraten. General- und Spezialdebatte wurden gemeinsam durchgeführt. In der Debatte ergriffen nach einem eingehenden Referat des Abgeordneten Singer, der zum Berichterstatter für den Ausschuß bestimmt worden war, die Abgeordneten Altenburger, Harwalik, Dr. Hofeneder, Kandutsch, Dr. Hetzenauer und Bundesminister für soziale Verwaltung Proksch das Wort.

Auf Grund seiner Beratungen stellt der Ausschuß für soziale Verwaltung somit den Antrag, der Nationalrat wolle dem angeschlossenen Gesetzentwurf die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen.

Wien, am 14. Dezember 1956

Hillegeist
Obmann

**Bundesgesetz vom
über Krankenanstalten (Kranken-
anstaltengesetz — KAG.).**

Der Nationalrat hat beschlossen:

ERSTER TEIL.

**Grundsätzliche Bestimmungen über Kran-
kenanstalten (Art. 12 Abs. 1 Z. 2 des Bun-
des-Verfassungsgesetzes).**

Hauptstück A.

Begriffsbestimmungen.

§ 1. Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die zur Feststellung einer Krankheit durch Untersuchung und zur Besserung und Heilung einer Krankheit durch Behandlung bestimmt sind, gleichgültig, ob sie nur der Untersuchung und Behandlung oder auch der Unterbringung und Pflege von Menschen dienen, sowie Einrichtungen, die zur besonderen Wartung von Menschen bestimmt sind, wenn eine solche wegen des körperlichen oder geistigen Zustandes erforderlich ist.

§ 2. (1) Krankenanstalten im Sinne des § 1 sind:

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Kranke ohne Unterschied der Krankheit und des Alters, einschließlich der Universitätskliniken;

2. Sonderheilanstalten, das sind Anstalten für die Behandlung bestimmter Krankheiten (z. B. Anstalten für Lungenkrankheiten, für Geisteskrankheiten, Nervenkrankheiten, Trinkerheilanstalten), für Kranke bestimmter Altersstufen (z. B. Kinderspitäler) oder für bestimmte Zwecke (z. B. Inquisitenspitäler);

3. Heime für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Wartung bedürfen;

4. Pflegeanstalten für Kranke, die an chronischen Krankheiten leiden und die ungeachtet ihrer Unheilbarkeit ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen;

5. Gebäranstalten und Entbindungsheime;

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

7. selbständige Ambulatorien (Röntgeninstitute, Zahnambulatorien und ähnliche Einrichtungen), das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der ärztlichen Untersuchung und Behandlung nicht bettlägeriger Kranker dienen.

(2) Als Krankenanstalten im Sinne des § 1 gelten nicht:

a) Anstalten, die nur für die Unterbringung geisteskranker, unzurechnungsfähiger, vermindert zurechnungsfähiger, trunksüchtiger oder suchtgiftsüchtiger Rechtsbrecher bestimmt sind;

b) Versorgungsanstalten, in denen unheilbare Kranke in Erfüllung fürsorgerechtl. Verpflichtungen untergebracht sind;

c) Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden;

d) Kuranstalten, das sind Anstalten, die nach den gesetzlichen Bestimmungen über das Heilquellen- und Kurortewesen eine Betriebsgenehmigung erlangt haben, sofern darin nur solche in den ärztlichen Aufgabenkreis fallende Behandlungsarten Anwendung finden, die sich aus dem ortsgebundenen Heilvorkommen selbst ergeben.

(3) Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und deren Organisation der einer Anstalt entspricht, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärzten anzusehen. Sie unterliegen den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes.

Hauptstück B.

Allgemeine Bestimmungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten.

§ 3. (1) Krankenanstalten bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betriebe einer Bewilligung der Landesregierung.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

- a) der Bedarf im Hinblick auf den angegebenen Anstaltszweck (§ 2 Abs. 1) 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 und
- d) gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

(3) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zu dem Antrage vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt. Außerdem ist im Bewilligungsverfahren bei Prüfung des Bedarfes nach Abs. 2 lit. a die gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten zu hören.

(4) Eine Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

- a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 erteilt worden ist;
- b) 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 sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
- c) gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 6) keine Bedenken bestehen;
- d) eine geeignete Persönlichkeit als verantwortlicher Arzt (§ 7 Abs. 1) und für die Leitung der einzelnen Spitalsabteilungen fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 7 Abs. 3).

(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf er lediglich bei Ambulatorien einer Bewilligung zur Errichtung; diese ist zu erteilen, wenn der Bedarf durch die Landesregierung festgestellt ist (§ 23 Abs. 6 ASVG.). Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betriebe der Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 4 lit. b, c und d gegeben sind.

(6) Durch die Landesgesetzgebung sind nähere Vorschriften über die Voraussetzungen zur Bewilligung der Errichtung und des Betriebes sowie die Sperre einer Krankenanstalt, die entgegen den Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 betrieben wird, zu erlassen.

§ 4. Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen bedürfen der Bewilligung der Landesregierung.

§ 5. Die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung bedarf gleichfalls der Bewilligung der Landesregierung (§ 3 Abs. 2 lit. d).

Anstaltsordnung.

§ 6. (1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt wird durch die Anstaltsordnung geregelt. Die Landesgesetzgebung hat nähere Vorschriften über den Inhalt der Anstaltsordnung zu erlassen, die insbesondere zu enthalten hat:

- a) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt;
- b) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihres Betriebes;
- c) die Dienstesobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen;
- d) das von Pfinglingen und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten.

(2) Die Anstaltsordnungen und jede Änderung derselben bedürfen der Genehmigung durch die Landesregierung.

Ärztlicher Dienst.

§ 7. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Pfleglinge zusammenhängenden Aufgaben zu bestellen. Für Genesungsheime (§ 2 Abs. 1 Z. 3) kann die Landesregierung von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand nehmen, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Anstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt (§ 11 Abs. 1).

(2) Bei Behinderung des ärztlichen Leiters muß dieser durch einen geeigneten Arzt vertreten werden.

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

(4) Mit der Führung von Abteilungen für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen von Krankenanstalten dürfen nur Fachärzte des ein-

schlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn aber ein Sonderfach nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte betraut werden.

(5) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur einer Krankenanstalt bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die in Betracht kommenden Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs. 1 bis 4 vorgesehenen Bedingungen entsprechen. Eine solche Genehmigung ist bei der Errichtung einer Krankenanstalt gleichzeitig mit der Bewilligung zum Betrieb und sonst vor Dienstantritt des Arztes zu erteilen.

(6) Von den Bestimmungen des Abs. 5 sind jene Stellen ausgenommen, die auf Grund der einschlägigen Hochschulvorschriften besetzt werden.

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

§ 8. (1) Der ärztliche Dienst muß so eingerichtet sein, daß ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist.

(2) Pfleglinge von Krankenanstalten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden.

(3) Besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriff dürfen an einem Pflegling nur mit dessen Zustimmung, wenn aber der Pflegling das 18. Lebensjahr noch nicht zurückgelegt hat oder er mangels geistiger Reife oder Gesundheit die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit der Behandlung nicht beurteilen kann, nur mit Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, daß der mit der Einholung der Zustimmung des Pfleglings oder seines gesetzlichen Vertreters oder mit der Bestellung eines gesetzlichen Vertreters verbundene Aufschub das Leben gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der ärztliche Leiter der Krankenanstalt oder der für die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung verantwortliche Arzt.

Verschwiegenheitspflicht.

§ 9. (1) Für die in Krankenanstalten beschäftigten Personen besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit erstreckt sich

auf alle die Krankheit betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Pfleglinge, die den Anstaltsangehörigen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind.

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht 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) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften über die Ahndung von Zuwiderhandlungen gegen die Verschwiegenheitspflicht zu erlassen.

Führung von Krankheitsgeschichten und sonstigen Vormerkungen.

§ 10. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Krankenanstalten zu verpflichten:

1. über die Aufnahme und die Entlassung der Pfleglinge Vormerke zu führen;

2. Krankheitsgeschichten anzulegen, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Pfleglings zur Zeit der Aufnahme (status praesens) und der Krankheitsverlauf (decurso morbi) darzustellen ist;

3. den Gerichten sowie den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern kostenlos Abschriften von Krankheitsgeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspfleglingen zu übermitteln;

4. den mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst betrauten Behörden alle Mitteilungen zu erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften erforderlich sind.

(2) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Bestimmungen des Abs. 1 nicht berührt.

Wirtschaftsführung und Wirtschaftsaufsicht.

§ 11. (1) Für jede Krankenanstalt ist eine geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen.

(2) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand (§ 34) oder Zweckzuschüssen des Bundes (§§ 57 und 59) erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebärungskontrolle durch den Rechnungshof.

(3) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften über die Verwaltungs- und Wirtschaftsführung von Krankenanstalten der im Abs. 2 er-

wählten Art zu erlassen; solche Krankenanstalten müssen jedenfalls alljährlich Voranschläge, Rechnungsabschlüsse und Dienstpostenpläne verfassen und der Landesregierung zur Genehmigung vorlegen.

(4) Der Abschluß von Verträgen nach § 148 Z. 7 ASVG. bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

Zurücknahme der Betriebsbewilligung.

§ 12. (1) Die Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt (§ 3 Abs. 4) ist zurückzunehmen, wenn

- a) eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betriebe vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt;
- b) der Betrieb der Krankenanstalt entgegen den Vorschriften des § 35 unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

(2) Die Bewilligung kann zurückgenommen werden, wenn sonstige schwerwiegende Mängel trotz Aufforderung innerhalb einer festgesetzten Frist nicht behoben werden.

(3) Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, daß in Fällen des Abs. 1 eine Behebungsfrist eingeräumt wird.

Werbeverbot.

§ 13. (1) Jede Art der Werbung für bestimmte medizinische Behandlungsmethoden sowie für die Anwendung bestimmter Arzneimittel oder bestimmter Heilbehelfe in Krankenanstalten ist verboten.

(2) Die näheren Bestimmungen über die bei Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften des Abs. 1 zu verhängenden Strafen sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

Hauptstück C.

Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten.

I. ABSCHNITT.

Allgemeines.

§ 14. Unter öffentlichen Krankenanstalten sind Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z. 1 bis 5 bezeichneten Arten zu verstehen, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen worden ist.

Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes.

§ 15. Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt verliehen werden, wenn sie ge-

meinnützig ist, die Erfüllung der ihr in diesem Bundesgesetz 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. Wenn der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft ist, so ist ferner nachzuweisen, daß ihr Rechtsträger über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt.

§ 16. (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn

- a) ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
- b) jeder Aufnahmsbedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird (§ 22 Abs. 2);
- c) die Pfleglinge 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 der Pfleglinge, ihre Pflege und Verköstigung ausschließlich der Gesundheitszustand maßgebend ist;
- e) das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt (Pflegegebühren) für alle Pfleglinge oder, wenn mehrere Gebührenklassen bestehen, für alle Pfleglinge derselben Gebührenklasse in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt ist;
- f) die Bediensteten der Krankenanstalt unbeschadet der §§ 27 Abs. 4 und 46 Abs. 1 von den Pfleglingen oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen und
- g) die Zahl jener Pfleglinge, die nicht in der allgemeinen Gebührenklasse, sondern in Gebührenklassen mit höheren Pflegegebühren verpflegt werden, ein Fünftel der für die Anstaltspfleglinge bestimmten Bettenanzahl nicht übersteigt.

(2) Allgemeine Krankenanstalten dürfen, soweit sie nicht von Gebietskörperschaften betrieben werden, unbeschadet der Vorschriften des Abs. 1 nur dann als gemeinnützig betrachtet werden, wenn mindestens je eine Abteilung für die Behandlung oder Heilung internistischer und chirurgischer Fälle besteht und im übrigen anderwärtige fachärztliche Behandlung durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sondergebiete als Konsiliarärzte gesichert ist. Diese Bestimmung gilt als erfüllt, wenn vom selben Rechtsträger der Krankenanstalt die beiden Abteilungen örtlich getrennt untergebracht sind.

(3) Durch die Landesgesetzgebung wird bestimmt, unter welchen Voraussetzungen neben der allgemeinen Gebührenklasse andere Gebührenklassen eingerichtet werden dürfen. Die Bedingungen, unter denen ein Pflingling in eine andere als in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen ist, können durch die Landesgesetzgebung geregelt werden.

Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes.

§ 17. (1) Das Öffentlichkeitsrecht wird von der Landesregierung verliehen. Die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes ist auf geeignete Weise zu verlautbaren.

(2) Bei Erweiterung einer öffentlichen Krankenanstalt durch Einrichtung einer neuen Abteilung oder eines neuen Ambulatoriums, bei ihrer Verlegung und bei sonstigen erheblichen Veränderungen in ihrem Betriebe sind die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht erneut zu überprüfen. Der Fortbestand oder das Erlöschen des Öffentlichkeitsrechtes ist im Sinne des Abs. 1 zu verlautbaren.

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege.

§ 18. (1) Jedes Bundesland ist verpflichtet, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige (§ 22 Abs. 3) unbemittelte Personen im eigenen Bundesland entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit nicht öffentlichen Krankenanstalten sicherzustellen.

(2) Als unbemittelt im Sinne des Abs. 1 gelten jene Personen, von denen auf Grund der gegebenen Einkommens- und Vermögensverhältnisse anzunehmen ist, daß für sie auflaufende Pflegegebühren weder von ihnen selbst noch von einer für sie unterhaltspflichtigen Person hergebracht werden können.

Angliederungsverträge.

§ 19. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die Unterbringung von Pflinglingen der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederten Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), zulässig sind. Die Rechtsgültigkeit solcher Verträge hängt von der Genehmigung der Landesregierung ab.

(2) Für jene Fälle, in denen die beteiligten Krankenanstalten in verschiedenen Bundesländern liegen, ist in den Ausführungsgesetzen zu be-

stimmen, daß ein Angliederungsvertrag nur dann rechtsgültig ist, wenn jede der örtlich zuständigen Landesregierungen nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften den Vertrag genehmigt hat.

(3) Im Falle eines Angliederungsvertrages gelten die von der Hauptanstalt in der angegliederten Anstalt untergebrachten Pflinglinge als Pflinglinge der Hauptanstalt.

Arzneimittelvorrat.

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

(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde, allen falls, soweit nicht die Gebietskörperschaften als Anstaltsträger über eigene Fachkräfte verfügen, unter Beiziehung eines Fachbeamten der Bundesanstalt für chemische und pharmazeutische Untersuchungen in Wien, mindestens einmal jährlich zu überprüfen.

(3) § 31 Abs. 3 des Apothekengesetzes, RGBl. Nr. 5/1907, ist anzuwenden.

Öffentliche Stellenausschreibung.

§ 21. (1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als ständige Konsiliarärzte bestellt werden sollen, sowie die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapotheke betraut werden sollen, sind öffentlich auszuschreiben. Für die Bewerbung ist eine angemessene Frist einzuräumen.

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

(3) Nähere Vorschriften über die Ausschreibung von zur Besetzung gelangenden Stellen, Begutachtung der Bewerber durch den Landessanitätsrat sowie über deren Reihung sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

Aufnahme der Pflinglinge.

§ 22. (1) Pflinglinge können nur durch die Anstaltsleitung auf Grund der Untersuchung durch den hiezu bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden.

(2) Die Aufnahme von Pflegelingen ist auf anstaltsbedürftige Personen beschränkt. Bei der Aufnahme ist auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen Bedacht zu nehmen. Unabweisbare Kranke müssen in Anstaltspflege genommen werden.

(3) Als anstaltsbedürftig im Sinne des Abs. 2 gelten Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter körperlicher oder geistiger Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert.

(4) Als unabweisbar im Sinne des Abs. 2 sind Personen zu betrachten, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert.

(5) Den unabweisbaren Kranken im Sinne des Abs. 4 sind Personen gleichzuhalten, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden.

§ 23. (1) Unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden.

(2) 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. Die Zulässigkeit der Aufnahme sonstiger nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen kann durch die Landesgesetzgebung geregelt werden.

Entlassung von Pflegelingen.

§ 24. (1) Pflegelinge, die auf Grund des durch anstaltsärztliche Untersuchung festgestellten Behandlungserfolges der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, sind aus der Anstaltspflege zu entlassen. Anstaltsbedürftige Pflegelinge sind zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig wird und sichergestellt ist. Die von der Anstaltsleitung bestimmten Anstaltsärzte haben vor jeder Entlassung durch Untersuchung festzustellen, ob der Pflegeling geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird.

(2) Kann der Pflegeling nicht sich selbst überlassen werden, so ist der Träger der öffentlichen Fürsorge vor der Entlassung rechtzeitig zu verständigen.

(3) Wünschen der Pflegeling, seine Angehörigen oder sein gesetzlicher Vertreter die vorzeitige Entlassung, so hat der behandelnde Arzt auf allfällige für die Gesundheit nachteilige Folgen aufmerksam zu machen und darüber eine Niederschrift aufzunehmen. Eine vorzeitige Entlassung ist nicht zulässig, wenn der Pflegeling auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde in Krankenanstaltspflege eingewiesen worden ist.

Leichenöffnung (Obduktion).

§ 25. (1) Die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbenen Pflegelinge sind zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder gerichtlich angeordnet worden, oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes, erforderlich ist.

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

(3) Über jede Obduktion ist eine Niederschrift aufzunehmen und entsprechend zu verwahren.

Anstaltsambulatorien.

§ 26. (1) In öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 angeführten Arten können für die Untersuchung und Behandlung von unbemittelten Kranken, die einer Anstaltsbehandlung nicht bedürfen, Anstaltsambulatorien betrieben werden.

(2) Durch die Landesgesetzgebung sind nähere Vorschriften darüber zu erlassen, unter welchen Voraussetzungen die Errichtung und der Betrieb von Anstaltsambulatorien sowie die ärztliche Untersuchung und Behandlung in denselben zulässig ist.

Pflege- und Sondergebühren.

§ 27. (1) Die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind das tägliche Entgelt für die Unterbringung, ärztliche Untersuchung und Behandlung der Pflegelinge sowie für die Beistellung von Arzneimitteln, Pflege und Verköstigung.

(2) Die Kosten der Beförderung des Pflegelings in die Krankenanstalt und aus derselben, die Kosten der Anschaffung therapeutischer und der Beistellung orthopädischer oder kieferchirurgischer Behelfe sowie der Beistellung von Blutersatz und eines Zahnersatzes, endlich die Kosten der Beerdigung sind in den Pflegegebühren nicht enthalten.

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55) dürfen der Berechnung der Pflegegebühren nicht zugrunde gelegt werden.

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

- a) ob und welche weiteren Entgelte in anderen Gebührenklassen als der allgemeinen Gebührenklasse neben den Pflegegebühren eingehoben werden können;
- b) ob und welches Entgelt für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Kranken-

anstalt angestellte Hebamme vorgeschrieben werden kann;

- c) ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind;
- d) in welchem Ausmaße und in welcher Weise die Kosten für die im Abs. 2 genannten Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten einer erweiterten Heilfürsorge und der Berdigung eingehoben werden können.

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4) darf von Pfinglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt.

§ 28. (1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren sind von der Landesregierung, bei anderen als vom Land selbst verwalteten öffentlichen Krankenanstalten auf Antrag des Rechtsträgers von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen.

(2) Bei mehreren im Sinne der Aufzählung des § 2 Abs. 1 gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereiche einer Gemeinde sind die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(3) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) von öffentlichen Krankenanstalten, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet werden, dürfen nicht niedriger sein als die Pflegegebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen. Die Feststellung der Gemeinnützigkeit, der Gleichartigkeit oder der annähernden Gleichwertigkeit der Einrichtungen einer privaten Krankenanstalt obliegt der Landesregierung.

(4) Das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, wird ausschließlich durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form der Abfassung. Die Verträge haben Bestimmungen über

die Entscheidung von Streitigkeiten zwischen dem Träger der Sozialversicherung (dem Hauptverband) und dem Rechtsträger der Krankenanstalt durch ein Schiedsgericht vorzusehen, dessen Vorsitzender durch den Präsidenten des Rechnungshofes aus dem Kreise der rechtskundigen Beamten des Rechnungshofes bestellt wird. Die mit öffentlichen Krankenanstalten, die nicht von einer Gebietskörperschaft betrieben werden, zu vereinbarenden Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) dürfen nicht niedriger sein als jene Gebühren, die vom gleichen Versicherungsträger an die nächstgelegene öffentliche, von einer Gebietskörperschaft betriebene Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen geleistet werden.

(5) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach dem Inkrafttreten des in dem betreffenden Bundesland erlassenen Ausführungsgesetzes oder nach Vertragsauflösung ein Vertrag zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht zustande kommt, entscheidet auf Antrag über die den Vertragsabschluß entgegenstehenden Streitfälle ein Schiedsgericht; dieses besteht aus einem vom Präsidenten des Rechnungshofes aus dem Kreise der rechtskundigen Beamten des Rechnungshofes zu bestellenden Vorsitzenden und aus zwei Beisitzern, von denen je einer von den Streitparteien zu berufen ist. Den Antrag auf Entscheidung durch das Schiedsgericht kann jeder der beiden Streitparteien oder auch die zuständige Landesregierung beim Präsidenten des Rechnungshofes stellen. Im übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 577 bis 599 der Zivilprozessordnung über das schiedsrichterliche Verfahren. Die Entscheidung des Schiedsgerichtes ist endgültig und für die Streitparteien, ebenso für die gemäß § 11 Abs. 4 zur Genehmigung berufene Landesregierung verbindlich.

§ 29. (1) Für Angehörige von Staaten, die österreichische Staatsbürger ungünstiger behandeln als ihre eigenen Staatsangehörigen, kann die Landesregierung höhere Pflege(Sonder)gebühren (§ 28 Abs. 1) festsetzen.

(2) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die sich nicht seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten haben und welche die voraussichtlichen Pflegegebühren (Sondergebühren) nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(3) Vor der Erlassung von Maßnahmen nach Abs. 1 oder 2 sind das Bundeskanzleramt und das Bundesministerium für soziale Verwaltung zu hören.

Einbringung der Pflegegebühren.

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von Pflegegebühren (Sondergebühren), insbeson-

dere über das Verfahren zur Einbringung rückständiger Pflegegebühren (Sondergebühren) gegenüber dem Pflegling selbst, über die Geltendmachung von Ansprüchen auf solche Gebühren gegenüber dritten Personen und Berechnung von Pflegegebühren (Sondergebühren) für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 23 Abs. 2 letzter Satz) sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfleglinge die Pflegegebühren (Sondergebühren) für jeweils 30 Tage im vorhinein zu entrichten sind.

(3) In den nach Abs. 1 von der Landesgesetzgebung zu erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, daß auf Grund von Rückstandsanzeigen öffentlicher Krankenanstalten für Pflege- und Sondergebühren gegen Pfleglinge die Vollstreckung im Verwaltungswege zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.

§ 31. Die Landesgesetzgebung hat zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und auf welche Art die Träger der öffentlichen Fürsorge jene Pflegefälle überwachen dürfen, für deren Kosten sie aufzukommen haben.

§ 32. Die Pflegegebühren (Sondergebühren) sind mit dem Tage der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.

Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel.

§ 33. (1) Für Zwecke der Beitragsleistung zum Betriebsabgang öffentlicher Krankenanstalten ist durch die Landesgesetzgebung anzuordnen, daß für solche Krankenanstalten jenes Gebiet, für dessen Bevölkerung sie zunächst bestimmt sind, als Beitragsbezirk und das darüber hinausreichende Einzugsgebiet als Krankenanstaltensprengel gebildet wird.

(2) Den Beitragsbezirk und den Krankenanstaltensprengel bilden die zu ihrem Gebiet gehörenden Gemeinden.

(3) Die Landesgesetzgebung kann auch bestimmen, daß das Landesgebiet Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel für alle öffentlichen Krankenanstalten ist.

Deckung des Betriebsabganges.

§ 34. Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, daß bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang, vermindert um die Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 57 und 58), in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt,

vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, daß sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken. Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, daß an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.

Betriebsunterbrechung und Auflassung.

§ 35. (1) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind verpflichtet, den Betrieb der Krankenanstalt ohne Unterbrechung aufrecht zu erhalten.

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 11 Abs. 2) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat in dem Falle, daß die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, das Bundesministerium für soziale Verwaltung von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

(3) Durch die Landesgesetzgebung kann vorgesehen werden, daß Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 11 Abs. 2) nicht unterliegen, eine freiwillige Betriebsunterbrechung oder ihre Auflassung eine bestimmte Zeit vorher der Landesregierung anzuzeigen haben.

Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes.

§ 36. (1) Das Öffentlichkeitsrecht ist zu entziehen, wenn eine für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes im § 15 vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

(2) Wird die einer öffentlichen Krankenanstalt erteilte Bewilligung zum Betriebe zurückgenommen (§ 12), so verliert sie gleichzeitig das Öffentlichkeitsrecht.

II. ABSCHNITT.

Besondere Vorschriften für öffentliche Krankenanstalten für Geisteskrankheiten.

§ 37. (1) Öffentliche Krankenanstalten für Geisteskrankheiten sind zur Aufnahme von Geisteskranken, Geistesschwachen und Suchtkranken bestimmt.

(2) Zweck der Aufnahme in eine öffentliche Krankenanstalt für Geisteskrankheiten ist:

- a) die Behandlung zur Heilung oder Besserung der Krankheit,
- b) die erforderliche Pflege, sofern eine solche außerhalb der Krankenanstalt nicht gewährleistet ist, oder
- c) die Beaufsichtigung und Absonderung, wenn der Kranke seine oder die Sicherheit anderer Personen gefährdet.

(3) In den Fällen des Abs. 2 lit. b und c können auch unheilbare Kranke in einer öffentlichen Krankenanstalt für Geisteskrankheiten untergebracht werden.

§ 38. Für den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten für Geisteskrankheiten gelten im übrigen die Vorschriften der §§ 14 bis einschließlich 23, der §§ 25 bis einschließlich 34 sowie der §§ 42 bis einschließlich 54.

Hauptstück D.

Bestimmungen für private Krankenanstalten.

I. ABSCHNITT.

Allgemeine Vorschriften.

§ 39. (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.

§ 40. (1) Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen der Hauptstücke A und B zur Gänze und die des Hauptstückes C wie folgt:

- a) In Bundesländerr, in denen öffentliche Krankenanstalten in einem ihrer Größe und der Zahl der Bevölkerung entsprechenden Ausmaße nicht bestehen, sind die von einer Gebietskörperschaft betriebenen Krankenanstalten zu verpflichten, unbemittelte und unabweisbare Kranke im Sinne des § 22 Abs. 2, 3 und 4 in Krankenanstaltspflege zu nehmen.
- b) Die Anlage eines Arzneimittelvorrates kann von der Landesregierung gestattet werden.
- c) Leichenöffnungen (§ 25) 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 aufzunehmen.
- d) Die §§ 16, 20, 23 Abs. 1, 26, 27, 32 und 35 Abs. 3; § 28 Abs. 3 findet nur für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) Anwendung.

(2) Durch die Landesgesetzgebung können nähere Vorschriften darüber erlassen werden, ob, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang bei den von physischen Personen betriebenen Krankenanstalten Fortbetriebsrechte zulässig sind.

II. ABSCHNITT.

Besondere Vorschriften für private Krankenanstalten für Geisteskrankheiten.

§ 41. Für die Führung privater Krankenanstalten für Geisteskrankheiten gelten die Bestimmungen der §§ 39 und 40, des § 49 Abs. 1, 2 und 4 sowie der §§ 50 bis 54; § 37 gilt sinngemäß.

Hauptstück E.

Gemeinsame Bestimmungen.

§ 42. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte, die die Landesbehörden auf Grund der einschlägigen Bestimmungen der Ausführungsgesetze der Länder zu diesem Teil dieses Bundesgesetzes erteilen beziehungsweise verfügen, sind dem Landeshauptmann unverzüglich bekanntzugeben.

ZWEITER TEIL.

Unmittelbar anwendbares Bundesrecht.

Hauptstück A.

Besondere Vorschriften für Universitätskliniken und für Bundes-Hebammenlehranstalten.

§ 43. (1) An Universitätskliniken, die Krankenabteilungen öffentlicher Krankenanstalten sind, dürfen ausnahmsweise auch Personen, die nicht anstaltsbedürftig oder sonst für die Aufnahme in die Krankenanstalt nicht geeignet sind, für Zwecke des Unterrichtes und der medizinischen Forschung aufgenommen und Pfleger länger gepflegt werden, als es nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zulässig ist.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 sind sinngemäß auch auf die für den Unterricht an Bundes-Hebammenlehranstalten bestimmten Krankenabteilungen öffentlicher Krankenanstalten anzuwenden.

§ 44. Personen, die an Universitätskliniken oder an Bundes-Hebammenlehranstalten behandelt werden, können nur, soweit es ihrem Gesundheitszustand nicht abträglich ist und sie nicht ausdrücklich Widerspruch erhoben haben, für Unterrichtszwecke herangezogen werden.

§ 45. Die Errichtung von Anstaltsambulatorien (§ 26) an Universitätskliniken durch den Rechts-träger der Krankenanstalt ist an die Zustimmung

des Bundesministeriums für Unterricht gebunden (§ 55).

§ 46. (1) Den Vorständen von Universitätskliniken ist es gestattet, von Pflinglingen der höchsten Pflegeklasse und von Personen, die auf eigene Kosten ambulatorisch behandelt werden, unbeschadet der Verpflichtung dieser Personen zur Entrichtung der Pflege- und Sondergebühren ein besonderes Honorar zu fordern, wenn diese Personen die persönliche Behandlung durch den Klinikvorstand wünschen.

(2) Die von den Klinikvorständen berechneten Honorare unterliegen nicht den Bestimmungen des § 27 Abs. 4 und des § 28.

(3) Wenn anlässlich der Erstattung eines wissenschaftlich begründeten Gutachtens von den Vorständen der Universitätskliniken Anstaltspersonal oder Anstaltseinrichtungen in Anspruch genommen werden, kann der Rechtsträger der Krankenanstalt eine Vergütung beanspruchen. Die Grundsätze für die Ermittlung dieser Vergütung sind vom Bundesministerium für Unterricht durch Verordnung festzulegen. Die Rechtsträger der in Betracht kommenden Krankenanstalten sind vor der Festsetzung dieser Grundsätze zu hören.

Hauptstück B.

Besondere Vorschriften für Pflegegebührenforderungen.

Behandlung rückständiger Pflegegebühren im Konkursverfahren.

§ 47. Rückständige Pflegegebühren öffentlicher sowie nicht öffentlicher gemeinnütziger Krankenanstalten gehören, soweit sie im letzten Jahre vor der Konkurseröffnung oder vor dem Ableben des Gemeinschuldners entstanden sind und sich auf die Person des Gemeinschuldners, auf seine Familienmitglieder oder auf die im Hause, im Gewerbe oder in der Wirtschaft verwendeten Dienstpersonen beziehen, in die erste Klasse der Konkursforderungen; sie genießen das in § 23 der Ausgleichsordnung (BGBl. II Nr. 221/1934) festgesetzte Vorrecht.

Übergang von Schadenersatzansprüchen an eine öffentliche Krankenanstalt.

§ 48. Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pflinglings geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschrift ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch unbeglichenen Pflegegebühren auf den Rechtsträger der betreffenden Krankenanstalt über.

Hauptstück C.

Aufnahme, Anhaltung und Entlassung von Geisteskranken.

§ 49. (1) In eine Krankenanstalt für Geisteskrankheiten dürfen zwangsweise nur solche Personen aufgenommen werden, für die eine Bescheinigung (Parere) beigebracht wird, wonach anzunehmen ist, daß die aufzunehmende Person infolge einer Geisteskrankheit ihre oder die Sicherheit anderer Personen gefährdet. Eine solche Bescheinigung muß vom Amtsarzt der für den Aufenthaltsort der aufzunehmenden Person zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde beziehungsweise Bundespolizeibehörde ausgestellt sein. Sie darf nicht älter als eine Woche sein.

(2) Einer Bescheinigung im Sinne des Abs. 1 bedarf es nicht, wenn Personen von einem Gericht eingewiesen oder von einer öffentlichen Krankenanstalt überstellt werden und in diesem Falle aus den Aufzeichnungen in der Krankheitsgeschichte hervorgeht, daß die Überstellung wegen Gefährdung der eigenen oder der Sicherheit anderer Personen notwendig ist.

(3) Die Vorschriften der Abs. 1 und 2 gelten auch für Fälle, in denen eine Person zur Beobachtung ihres Geisteszustandes zwangsweise in die Beobachtungsabteilung einer Universitätsklinik für Geisteskrankheiten oder einer anderen öffentlichen Krankenanstalt für Geisteskrankheiten aufgenommen werden soll.

(4) Erfordern der Krankheitszustand und die besonderen Umstände eine sofortige zwangsweise Aufnahme, ohne daß eine Bescheinigung im Sinne des Abs. 1 erbracht werden kann, so darf die Krankenanstalt die betreffende Person vorläufig aufnehmen, doch hat der ärztliche Leiter der Krankenanstalt hievon der für sie zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde beziehungsweise Bundespolizeibehörde binnen 24 Stunden die Anzeige zu erstatten. Der Amtsarzt der Behörde, der die Anzeige erstattet wurde, hat die vorläufig aufgenommene Person in der Krankenanstalt binnen 48 Stunden nach dem Einlangen der Anzeige zu untersuchen. Ergibt die Untersuchung, daß bei der vorläufig aufgenommenen Person eine Gefährdung der eigenen oder der Sicherheit anderer Personen anzunehmen ist, so hat der Amtsarzt darüber eine Bescheinigung auszustellen. Die zwangsweise Anhaltung des Untersuchten ist in diesem Falle zulässig. Andernfalls ist die vorläufig aufgenommene Person unverzüglich zu entlassen.

§ 50. Die Strafgerichte sind berechtigt, Personen, die sich in Untersuchungshaft befinden, zum Zwecke der Untersuchung und Beobachtung ihres Geisteszustandes in öffentliche Krankenanstalten für Geisteskrankheiten höchstens für

die Dauer der Untersuchungshaft, aber in keinem Falle für mehr als drei Monate einzuweisen. Die Rechtsträger dieser Krankenanstalten sind verpflichtet, die eingewiesenen Personen in die Krankenanstalt aufzunehmen, die erforderlichen Untersuchungen und Beobachtungen durchzuführen und dem Gerichte das Ergebnis unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die von Strafgerichten eingewiesenen Personen müssen in jedem Falle wieder zum Strafgericht überstellt werden.

§ 51. (1) Pfleglinge, die nach den bestehenden Vorschriften zwangsweise angehalten werden, können Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt unterworfen werden.

(2) Pfleglinge, die auf eigenes Verlangen aufgenommen werden, können Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt unterworfen werden, wenn sie ihre oder die Sicherheit anderer Personen gefährden. Der ärztliche Leiter der Krankenanstalt hat die Beschränkungen binnen 24 Stunden nach deren Beginn der für die Anstalt zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde beziehungsweise Bundespolizeibehörde anzuzeigen. Der Amtsarzt der Behörde, der die Anzeige erstattet wurde, hat die betroffene Person in der Krankenanstalt binnen 48 Stunden nach dem Einlangen der Anzeige zu untersuchen. Ergibt die Untersuchung, daß bei der betroffenen Person eine Gefährdung ihrer eigenen oder der Sicherheit anderer Personen anzunehmen ist, so hat der Amtsarzt hierüber eine Bescheinigung auszustellen. Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt sind in diesem Falle zulässig. Andernfalls sind die vorgenommenen Beschränkungen unverzüglich aufzuheben.

(3) Pfleglinge, die den Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt unterworfen sind, können auch zu einer entsprechenden Beschäftigung im Rahmen der Heilbehandlung herangezogen werden.

§ 52. (1) Pfleglinge, die zwangsweise angehalten werden, sind zu entlassen

1. im Falle ihrer Heilung;
2. wenn sie ihre oder die Sicherheit anderer Personen nicht mehr gefährden;
3. wenn sie in einer anderen gleichartigen Anstalt untergebracht werden oder
4. wenn der gesetzliche Vertreter oder in Ermangelung eines solchen der nächste Angehörige die Entlassung verlangt und die Person, die die Obsorge über den Pflegling außerhalb der Krankenanstalt übernimmt, der Krankenanstalt gegenüber die Erklärung abgibt, daß die erforderliche Obsorge gesichert ist, sie die Haftung für einen allenfalls entstehenden Schaden übernimmt und

die Bezirksverwaltungsbehörde (Bundespolizeibehörde) der Entlassung zustimmt.

(2) Ist ein Pflegling auf Grund der Anordnung eines Entmündigungs- oder Pflegschaftsgerichtes in die Krankenanstalt aufgenommen worden, so kann er nur mit Zustimmung des Gerichtes aus der Krankenanstalt entlassen werden.

§ 53. (1) Die Bestimmungen des § 52 sind auf vorübergehende Beurlaubungen solcher Pfleglinge aus einer Krankenanstalt für Geisteskrankheiten sinngemäß anzuwenden.

(2) In allen Fällen von Entlassungen ist das Gericht, das die Anhaltung des Pfleglings für zulässig erklärte, die Gemeinde seines Wohnsitzes, die für diese Gemeinde zuständige Bezirksverwaltungs- beziehungsweise Bundespolizeibehörde sowie bei voll oder beschränkt entmündigten Pfleglingen auch das Pflegschaftsgericht zu verständigen.

§ 54. Durch die Bestimmungen der §§ 49 bis einschließlich 53 werden die Vorschriften des III. Abschnittes der Entmündigungsordnung, RGBl. Nr. 207/1916, betreffend das gerichtliche Verfahren bei Aufnahme in geschlossenen Anstalten, nicht berührt.

Hauptstück D.

Ersätze und Zweckzuschüsse des Bundes.

Kostenersätze für den klinischen Mehraufwand.

§ 55. Der Bund ersetzt:

1. die Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der zugleich dem Unterricht an medizinischen Fakultäten oder an Bundes-Hebammenlehranstalten dienenden öffentlichen Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;
2. die Mehrkosten, die sich beim Betriebe der unter Z. 1 genannten Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;
3. die Pflegegebühren der niedrigsten Gebührenklasse für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.

§ 56. Die näheren Vorschriften über die im § 55 vorgesehenen Kostenersätze des Bundes werden bei Universitätskliniken vom Bundesministerium für Unterricht im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen nach Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierungen, bei Bundes-Hebammenlehranstalten vom Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit den Bundesministerien für Unterricht und für Finanzen nach Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierungen durch Verordnung bestimmt.

Zweckzuschüsse des Bundes.

(§§ 12 und 13 F.-VG. 1948, BGBl. Nr. 45.)

§ 57. Zu dem sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebenden Betriebsabgang öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z. 1 bezeichneten Art leistet der Bund einen Zweckzuschuß, dessen Höhe pro Verpflegstag 10 v. H. der für die betreffende Krankenanstalt amtlich festgesetzten Pflegegebühr der niedrigsten Gebührenklasse, höchstens jedoch 18'75 v. H. des gesamten Betriebsabganges beträgt.

§ 58. Anträge der Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten um Gewährung eines Zweckzuschusses gemäß § 57 sind zugleich mit den hierfür erforderlichen Nachweisen über die finanzielle Gebarung der Krankenanstalt, insbesondere über den Gesamtbettenstand, Bettenbelag, amtlich festgesetzte Pflegegebühren, Einnahmen, Ausgaben und Betriebsabgang vom Landeshauptmann zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und von diesem dem Bundesministerium für soziale Verwaltung bis 30. April eines jeden Kalenderjahres vorzulegen.

§ 59. (1) Auf Antrag des Rechtsträgers einer privaten Krankenanstalt der im § 2 Abs. 1 Z. 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 dieses Bundesgesetzes als gemeinnützig geführte Krankenanstalt zu betrachten ist, leistet das Bundesministerium für soziale Verwaltung einen Beitrag im Sinne des § 57, dessen Höhe pro Verpflegstag bis zu 5 v. H. der für die Krankenanstalt festgesetzten Pflegegebühr der niedrigsten Gebührenklasse, höchstens jedoch 10 v. H. des Betriebsabganges betragen darf.

(2) Auf die Behandlung der im Abs. 1 erwähnten Anträge finden die Bestimmungen des § 58 sinngemäß Anwendung. Einem solchen Antrag muß eine Erklärung der Landesregierung angeschlossen sein, daß die betreffende private Krankenanstalt als eine im Sinne der Bestimmungen des § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalt zu betrachten ist.

Hauptstück E.

Sanitäre Aufsicht.

§ 60. (1) Die Bezirksverwaltungsbehörden haben in den Krankenanstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Beobachtung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen werden, zu überwachen.

(2) Organen der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde, die einen schriftlichen Auftrag des Leiters dieser Behörde vorweisen, ist jederzeit zu allen Räumen, Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalten Zutritt zu ge-

währen. Auf ihr Verlangen ist diesen Organen in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die den Betrieb der Anstalt betreffen. Die Einsicht nehmenden Organe sind auch berechtigt, von den eingesehenen Unterlagen Abschriften und Kopien herzustellen.

(3) Erlangt eine Bezirksverwaltungsbehörde davon Kenntnis, daß in einer Krankenanstalt ihres örtlichen Wirkungsbereiches sanitäre Vorschriften im Sinne des Abs. 1 verletzt werden beziehungsweise verletzt wurden, so hat sie hievon unverzüglich den Landeshauptmann zu benachrichtigen.

§ 61. Werden in einer Krankenanstalt sanitäre Vorschriften im Sinne des § 60 Abs. 1 verletzt, so hat der Landeshauptmann dem Leiter der Anstalt die eheste Beseitigung der Mißstände mit Bescheid aufzutragen. Im Wiederholungsfalle sowie dann, wenn derartige anders nicht zu behebende gesundheitliche Mißstände vorliegen, daß die Krankenanstalt den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege nicht mehr entspricht, kann der Landeshauptmann die Weiterführung des Betriebes einer Krankenanstalt untersagen.

§ 62. Wer Amtshandlungen im Sinne des § 60 Abs. 2 zu verhindern oder zu beeinträchtigen sucht, begeht, sofern die Tat nicht nach einer anderen Vorschrift mit strengerer Strafe bedroht ist, eine Verwaltungsübertretung, die mit einer Geldstrafe bis zu 3000 S oder mit Arrest bis zu einem Monat zu ahnden ist. Liegen schwerwiegende Umstände vor, so kann sowohl eine Geldstrafe als auch eine Arreststrafe verhängt werden.

III. TEIL.

Schluß- und Übergangsbestimmungen.

§ 63. (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 Bundesgesetzes nicht berührt.

(2) Sind private Krankenanstalten bisher auf Grund ihrer Satzung gemeinnützig betrieben worden und erfüllen sie die Voraussetzungen des § 16 Abs. 1 lit. a bis f, sind sie auch weiterhin als gemeinnützige Krankenanstalten im Sinne des § 16 zu betrachten.

(3) Durch die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes werden die Vorschriften des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG.), insbesondere die §§ 23 bis einschließlich 25, 31, 144 bis einschließlich 149, 189, 301, 338, 339 und 534, soweit in diesen das Krankenanstaltenwesen regelnde Vorschriften enthalten sind, nicht berührt.

§ 64. Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Bundesgesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.

§ 65. (1) Dieses Bundesgesetz tritt gegenüber den Bundesländern für die Ausführungsgesetzgebung mit dem Tage der Kundmachung, im übrigen in jedem Bundesland gleichzeitig mit dem in dem betreffenden Bundesland erlassenen Ausführungsgesetz in Kraft.

(2) Die Ausführungsgesetze der Bundesländer zu den im Ersten Teil dieses Bundesgesetzes enthaltenen grundsatzgesetzlichen Bestimmungen sind binnen Jahresfrist, vom Tage der Kundmachung dieses Bundesgesetzes an gerechnet, zu erlassen (Art. 15 Abs. 6 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929).

(3) In den zur Ausführung dieses Bundesgesetzes zu erlassenden Landesgesetzen ist festzustellen, daß die sonstigen auf dem Gebiete des Krankenanstaltenwesens in Geltung stehenden Landesgesetze aufgehoben werden.

§ 66. Mit Geltungsbeginn dieses Bundesgesetzes treten die nachfolgenden Vorschriften, soweit sie noch in Geltung stehen, außer Kraft:

1. das Gesetz vom 17. Februar 1864, RGBl. Nr. 22, in Betreff der Verpflegungsgebühren in öffentlichen Gebär- und Irrenanstalten;

2. das Gesetz vom 1. Mai 1869, RGBl. Nr. 58, wodurch die Frist bestimmt wird, nach Ablauf welcher die Verpflegungskostenersatzansprüche der allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten an die Landesfonds erlöschen;

3. die Bestimmungen des § 2 lit. b des Gesetzes vom 30. April 1870, RGBl. Nr. 68, betreffend die Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes, soweit sie sich nicht auf Heilbäder und Gesundbrunnen beziehen, und die Bestimmungen des § 4 lit. e des genannten Gesetzes;

4. die Verordnung des k. k. Ministeriums des Innern im Einvernehmen mit dem k. k. Justizministerium vom 14. Mai 1874, RGBl. Nr. 71, mit welcher Bestimmungen in Betreff des Irrenwesens erlassen werden, in der Fassung der Ministerialverordnung vom 4. Juli 1878, RGBl. Nr. 87;

5. der Erlaß des k. k. Ministeriums des Innern vom 2. März 1892, Z. 14.498 ex 1891, betreffend die bei Bewilligungen zur Errichtung von privaten Humanitäts-, Heil- und Kuranstalten, Heil-

bädern und Gesundbrunnen aller Art festzuhaltenden Grundsätze;

6. das Gesetz vom 15. Juli 1920, StGBL. Nr. 327, über die Errichtung, die Erhaltung und den Betrieb öffentlicher Heil- und Pflegeanstalten (Krankenanstaltengesetz), in der Fassung des Bundesgesetzes vom 3. Februar 1923, BGBl. Nr. 72;

7. das Bundesgesetz vom 18. Juli 1924, BGBl. Nr. 255, betreffend die Verwaltung der Wiener Fondskrankenanstalten (Fondskrankenanstaltengesetz);

8. Abschnitt C der Ersten Ausführungsanordnung zur XVII. Verordnung zur Einführung steuergesetzlicher Vorschriften in Österreich, RMBliV. Nr. 34/1939, S. 1727.

§ 67. (1) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 hinsichtlich der im Ersten Teil dieses Bundesgesetzes enthaltenen Angelegenheiten ist das Bundesministerium für soziale Verwaltung betraut.

(2) Mit Vollziehung der Bestimmungen

a) der §§ 43 bis einschließlich 46, 55 und 56 ist, soweit durch sie Angelegenheiten der Universitätskliniken geregelt werden, das Bundesministerium für Unterricht im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen, und soweit hiedurch Angelegenheiten der Bundes-Hebammenlehranstalten geregelt werden, das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit den Bundesministerien für Unterricht und für Finanzen,

b) der §§ 57 bis einschließlich 59 das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen und der §§ 60 bis einschließlich 62 das Bundesministerium für soziale Verwaltung,

c) der §§ 49 bis einschließlich 54, soweit hiedurch Angelegenheiten der Justizpflege berührt werden, das Bundesministerium für Justiz und im übrigen das Bundesministerium für Inneres jeweils im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesministerien,

d) des § 64 das Bundesministerium für Finanzen

betraut.

(3) Mit der Vollziehung aller Angelegenheiten, die gemäß Art. 12 Abs. 1 Z. 2 des Bundes-Verfassungsgesetzes in die Kompetenz der Länder fallen, sind die Landesregierungen betraut.