

769 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates XIII. GP

25. 5. 1973

Regierungsvorlage

Bundesgesetz vom XXXXXXXXX, mit dem das Krankenanstaltengesetz neuerlich geändert wird (2. Novelle zum Krankenanstaltengesetz)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Das Krankenanstaltengesetz BGBl. Nr. 1/1957 in der Fassung der 1. Novelle BGBl. Nr. 27/1958 wird wie folgt geändert:

1. § 1 hat zu lauten:

„§ 1. (1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die

- a) zur Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
- b) zur Vornahme operativer Eingriffe,
- c) zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung oder
- d) zur Entbindung

bestimmt sind.

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

2. § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 haben zu lauten:

„1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1);

2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten (z. B. Krankenanstalten für Lungenkrankheiten, für Infektionskrankheiten, für Geisteskrankheiten, für Nervenkrankheiten, Entwöhnungsanstalten) oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke (z. B. Inquisitenspitäler);“

3. § 2 Abs. 1 Z. 4 hat zu lauten:

„4. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;“

4. § 2 Abs. 1 Z. 7 hat zu lauten:

„7. selbständige Ambulatorien (Röntgeninstitute, Zahnambulatorien und ähnliche Einrichtungen), das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung, allenfalls auch der hierfür erforderlichen kurzfristigen Unterbringung, von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen.“

5. § 2 Abs. 2 lit. b hat zu lauten:

„b) Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, sowie betriebsärztliche Dienste gemäß § 22 des Arbeitnehmerschutzgesetzes, BGBl. Nr. 234/1972;“

6. § 2 Abs. 2 lit. c hat zu entfallen; die bisherige lit. d ist als lit. c zu bezeichnen.

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

„§ 2 a. (1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Chirurgie,
2. Frauenheilkunde und Geburtshilfe und
3. Innere Medizin;

falls eine Kinderabteilung nicht eingerichtet ist, muß ein Facharzt für Kinderheilkunde als ständiger Konsiliararzt für die Betreuung von Neugeborenen und für die Behandlung von Kinderkrankheiten verpflichtet werden; andere fachärztliche Behandlung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert sein; ferner müssen Einrichtungen für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein;

b) Schwerpunktkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Augenheilkunde,
2. Chirurgie,

3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatologie,
4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
5. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
6. Innere Medizin,
7. Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie,
8. Nerven- und Geisteskrankheiten,
9. Orthopädie,
10. Unfallchirurgie und
11. Urologie;

andere fachärztliche Behandlung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als ständige Konsiliarärzte gesichert sein; ferner müssen Einrichtungen für Anaesthesie, für Haemodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, für Intensivpflege und für Zahnheilkunde vorhanden sein; schließlich müssen eine Anstaltsapothek, ein Pathologisches Institut und Einrichtungen für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden;

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

(2) Universitätskliniken einschließlich der medizinischen Universitätsinstitute gelten jedenfalls als Zentralkrankenanstalten im Sinne des Abs. 1 lit. c.

(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, daß die Voraussetzungen des Abs. 1 auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen funktionell-organisatorisch verbunden sind. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. a und b vorgesehener Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, für den die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.“

8. § 6 Abs. 1 lit. a und b haben zu lauten:

„a) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen für Akutranke und, neben diesen Abteilungen, auch in zusätzliche Abteilungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;

- b) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebs-

form anstaltsbedürftige Personen nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen werden.“

9. § 6 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes in der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten.“

Der bisherige Abs. 2 ist als Abs. 3 zu bezeichnen.

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

„§ 6 a. Die Landesgesetzgebung kann Vorschriften über eine kollegiale Führung der Krankenanstalt unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der betrieblichen Mitbestimmung erlassen.“

11. § 7 Abs. 1 hat zu lauten:

„§ 7. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein 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) und für Pflegeanstalten für chronisch Kranke (§ 2 Abs. 1 Z. 4) 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).“

12. Vor § 10 hat die Überschrift zu lauten:

„Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen“

13. Im § 10 Abs. 1 Z. 2 ist das Wort „Krankheitsgeschichten“ durch das Wort „Krankengeschichten“ zu ersetzen.

14. § 10 Abs. 1 Z. 3 und 4 haben zu lauten:

„3. die Krankengeschichten mindestens 30 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren;

4. 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 sowie den einweisenden oder behandelnden Ärzten kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspfleglingen zu übermitteln;“

Die bisherige Z. 4 ist als Z. 5 zu bezeichnen.

15. § 11 Abs. 1 hat zu lauten:

„§ 11. (1) Für jede Krankenanstalt sind eine hiefür geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten und das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen. Für die Ausbildung und Weiterbildung der in der Krankenanstaltenverwaltung und -leitung tätigen Personen ist Vorsorge zu treffen.“

16. § 11 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Der Abschluß von Verträgen nach § 148 Z. 7 ASVG bedarf, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht das Land ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.“

17. Dem § 11 ist folgender Abs. 5 anzufügen:

„(5) Die Verträge sind innerhalb einer von der Landesgesetzgebung festzusetzenden Frist der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder der Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 4 gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht innerhalb einer durch die Landesgesetzgebung festzusetzenden Frist, die zwei Monate nicht übersteigen darf, die Genehmigung schriftlich versagt.“

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

„Pflegedienst

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

(2) Für die Fortbildung des Krankenpflegepersonals ist anstaltsmäßig Vorsorge zu treffen.“

19. § 16 Abs. 1 lit. e hat zu lauten:

„e) das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt (Pflegegebühren) für alle Pfleglinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt ist;“

20. § 16 Abs. 1 lit. g hat zu lauten:

„g) die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.“

21. § 16 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Durch die Landesgesetzgebung wird bestimmt, unter welchen Voraussetzungen neben der allgemeinen Gebührenklasse eine Sonderklasse eingerichtet werden darf und unter welchen Bedingungen ein Pflegling in die Sonderklasse aufzunehmen ist.“

22. Der bisherige Abs. 3 des § 16 hat zu entfallen.

23. § 18 hat zu lauten:

„§ 18. (1) Jedes Land ist verpflichtet, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 22 Abs. 3) im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Für Personen, die im Grenzgebiet zweier oder mehrerer Länder wohnen, kann die Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden, daß diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes eingewiesen werden.

(2) Je nach den örtlichen Verhältnissen ist für 50.000 bis 90.000 Bewohner eine Standardkrankenanstalt und für 250.000 bis 300.000 Bewohner eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten; in jedem Land, dessen Einwohnerzahl eine Million übersteigt, soll ferner eine Zentralkrankenanstalt eingerichtet werden. Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, daß bei Vorliegen besonderer topographischer oder verkehrsmäßiger Verhältnisse diese Zahlen sowohl unter- als auch überschritten werden dürfen, jedoch ist in jedem Land mindestens eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten.

(3) Durch die Landesgesetzgebung ist sicherzustellen, daß für anstaltsbedürftige Personen (§ 22 Abs. 3), insbesondere für unabweisbare Kranke (§ 22 Abs. 4), eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse vorhanden ist.“

24. § 20 Abs. 2 und 3 haben zu lauten:

„(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde, allenfalls, 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 in zwei Jahren zu überprüfen.

(3) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus inländischen

Apotheken (§§ 1 und 35 des Apothekengesetzes, RGBI. Nr. 5/1907) zu beziehen.“

25. Dem § 20 sind folgende Abs. 4 und 5 anzufügen:

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

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

26. § 22 Abs. 2 bis 5 haben zu lauten:

„(2) Die Aufnahme von Pfleglingen ist auf anstaltsbedürftige Personen und auf Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, 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 geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert, ferner Personen, die ein Sozialversicherungsträger zum Zweck einer Begutachtung in Zusammenhang mit einem Verfahren über die Gewährung von Leistungen in die Krankenanstalt einweist.

(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, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Ferner sind Personen, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden, als unabweisbar anzusehen.

(5) Ist die Aufnahme eines unabweisbaren Kranken (Abs. 4) in die allgemeine Gebührenklasse wegen Platzmangels nicht möglich, hat

ihn die Krankenanstalt ohne Verrechnung von Mehrkosten so lange in die Sonderklasse aufzunehmen, bis der Platzmangel in der allgemeinen Gebührenklasse behoben ist und der Zustand des Kranken die Verlegung zulässt.“

27. § 26 hat zu lauten:

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

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Befehlen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- e) im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden oder
- f) zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen

notwendig ist.

28. § 27 Abs. 1 und 2 haben zu lauten:

„(1) Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Kosten der Beförderung des Pfleglings in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes — sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt —, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) — soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen —, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den Pflegegebühren nicht inbegriffen.“

29. § 27 Abs. 4 lit. a hat zu lauten:

„a) ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den Pflegegebühren eingehoben werden können;“

30. § 27 Abs. 4 lit. d hat zu lauten:

„d) in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Aufteilung der weiteren Entgelte in der Sonderklasse und der Beiträge für die

ambulatorische Behandlung an die Abteilungsleiter (Instituts- oder Laboratoriumsvorstände) und an die anderen Ärzte des ärztlichen Dienstes sowie die Aufteilung zwischen dem Abteilungsleiter (Instituts- oder Laboratoriumsvorstand) und seinem Vertreter zu erfolgen hat;“

Die bisherige lit. d wird zu lit. e.

31. § 28 hat zu lauten:

„§ 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 Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

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

(4) Das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren — unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe — und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, wird, abgesehen von den Fällen des Abs. 6, 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 Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung.

(5) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits aus einem gemäß Abs. 4 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet die Schiedskommission (§ 28 a). Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitparteien gestellt werden.

(6) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht zustandekommt, entscheidet die Schiedskommission (§ 28 a) auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß Abs. 4 zu regelnden Angelegenheiten. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustandegekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gestellt werden.

(7) Wenn ein Antrag nach Abs. 6 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(8) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührensätze nach Abs. 6 ist insbesondere auf die durch den Betrieb der Anstalt entstehenden Kosten, soweit sie bei der Ermittlung der Pflegegebühren zugrunde gelegt werden dürfen, sowie auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen.“

32. Nach § 28 ist folgender § 28 a einzufügen:

„Schiedskommission

§ 28 a. (1) Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten gemäß § 28 Abs. 5 sowie zur Entscheidung gemäß § 28 Abs. 6 ist in jedem Land eine Schiedskommission zu errichten.

(2) Die Schiedskommission besteht aus einem von der Landesregierung über Vorschlag des Bundesministers für Justiz hiezu bestellten Richter des Oberlandesgerichtes, zu dessen Sprengel das Land gehört, als Vorsitzenden und zwei Beisitzern, von denen je einer von der Landesregierung und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bestellt wird. Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen.

(3) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind in Ausübung ihres Amtes unabhängig und an keine Weisungen gebunden. Sie erhalten für ihre Tätigkeit eine Entschädigung;

das Nähere wird durch die Landesgesetzgebung geregelt.

(4) Auf das Verfahren sind die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 anzuwenden.

(5) Die Beschlüsse der Schiedskommission werden mit Stimmenmehrheit gefaßt; eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Die Geschäftsordnung der Schiedskommission ist durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(6) Die Entscheidungen der Schiedskommission nach § 28 Abs. 5 und 6 sind endgültig, sie unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg.“

33. Im § 40 Abs. 1 lit. a sind die Worte „unbemittelte und unabweisbare Kranke“ durch das Wort „Personen“ zu ersetzen.

34. Dem § 40 Abs. 1 lit. d ist folgender Satz anzufügen:

„Die Feststellung der Gemeinnützigkeit obliegt der Landesregierung.“

35. Im § 46 Abs. 1 sind die Worte „höchsten Pflegeklasse“ durch das Wort „Sonderklasse“ zu ersetzen.

36. Im § 55 Z. 3 ist das Wort „niedrigsten“ durch das Wort „allgemeinen“ zu ersetzen.

37. Im § 57 ist das Wort „niedrigsten“ durch das Wort „allgemeinen“ zu ersetzen.

38. Im § 59 Abs. 1 ist das Wort „niedrigsten“ durch das Wort „allgemeinen“ zu ersetzen.

Artikel II

Schluß- und Übergangsbestimmungen

(1) Dieses Bundesgesetz tritt gegenüber den Ländern für die Ausführungsgesetzgebung mit

dem Tage der Kundmachung, im übrigen in jedem Land gleichzeitig mit dem in dem betreffenden Land erlassenen Ausführungsgesetz in Kraft.

(2) Die Ausführungsgesetze der Länder sind innerhalb eines Jahres, vom Tage der Kundmachung dieses Bundesgesetzes an gerechnet, zu erlassen.

(3) Die Landesgesetzgebung kann für das Inkrafttreten ihrer Ausführungsgesetze eine Frist bis längstens 1. Jänner 1975, hinsichtlich der Ausführungsbestimmungen zu Art. I Z. 7 bis längstens 1. Jänner 1978 festsetzen.

(4) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich der im Art. I Z. 1 bis 34 dieses Bundesgesetzes enthaltenen Angelegenheiten ist der Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Verwaltung betraut.

(5) Mit der Vollziehung der Bestimmungen

a) des Art. I Z. 35 und 36 ist, soweit durch sie Angelegenheiten der Universitätskliniken geregelt werden, der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen und, soweit hiedurch Angelegenheiten der Bundes-Hebammenlehranstalten geregelt werden, der Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,

b) des Art. I Z. 37 und 38 der Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen

betraut.

Erläuterungen

I. Allgemeines

Mit dem Bundesgesetz vom 18. Dezember 1956, BGBl. Nr. 1/1957 (Krankenanstaltengesetz), wurde erstmals auf dem Boden des Bundesverfassungsgesetzes 1920 eine Regelung des Krankenanstaltenwesens erlassen. Dieses Grundsatzgesetz lehnt sich weitgehend an das im Jahre 1920 noch auf der Grundlage der provisorischen Verfassung ergangene Krankenanstaltengesetz an, dessen Bestimmungen nach Inkrafttreten der Kompetenzartikel des Bundesverfassungsgesetzes in den einzelnen Ländern mit gewissen Modifizierungen als Landesgesetze rezipiert worden waren.

Bei Schaffung des Krankenanstaltengesetzes 1957 war man sich bewußt, daß dieses Gesetz nur einen Versuch darstellen konnte, den Fragenkomplex der Heil- und Pflegeanstalten grundsätzlich zu regeln, und daß zu einem späteren Zeitpunkt eine Novellierung zwecks Anpassung an die geänderten Verhältnisse notwendig werden wird. So wurde bei der Behandlung des Gesetzesantrages im Nationalrat darauf hingewiesen, daß nicht alle Wünsche erfüllt werden können, es aber zweckmäßig erscheine, zunächst einmal Erfahrungen auf Grund der neuen Regelungen zu sammeln (164 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates VIII. GP, Punkt 90).

In den vergangenen Jahren hat die stürmische medizinisch-technische Entwicklung die Frage nach einer Änderung der Krankenanstaltenstruktur immer stärker in den Vordergrund gerückt. Dazu kommt, daß durch die unbefriedigende Lage auf dem Gebiet der Krankenanstaltenfinanzierung, für die der Bund allerdings nach der Verfassungsrechtslage keine Verantwortung zu tragen hat, manche Rechtsträger von Krankenanstalten großen wirtschaftlichen Belastungen ausgesetzt sind.

In verschiedenen Expertisen, insbesondere in einem von Experten der Weltgesundheitsorganisation auf Ersuchen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung im Frühjahr 1970 erstellten Gutachten, auf Enqueten und auf Tagungen wurde von berufener Seite eine Reform des Krankenanstaltenwesens angeregt.

In dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz ausgearbeiteten und von der Bundesregierung beschlossenen Gesundheits- und Umweltschutzplan sind die Maßnahmen aufgezeigt worden, die zur verbesserten Anpassung der österreichischen Krankenanstalten an die Erfordernisse der modernen Gesundheitspflege zielführend erscheinen.

Hervorzuheben sind insbesondere

- a) die Neufassung der Begriffsbestimmung der Krankenanstalten,
- b) die Typisierung der allgemeinen Krankenanstalten,
- c) die grundsätzliche Festlegung von Einzugsgebieten,
- d) der Wegfall der Einschränkung bestimmter Leistungspflichten öffentlicher Krankenanstalten auf unbemittelte Kranke,
- e) die Beschränkung auf zwei Gebührenklassen,
- f) die Vereinfachung der Gebührenverrechnung,
- g) die Erleichterung des Arzneimittelbezuges und
- h) die Anpassung des Aufgabenumfanges der Anstaltsambulatorien an die durch die bestehenden Verhältnisse gegebenen Notwendigkeiten.

Ein mit der Reform des Krankenanstaltenwesens nicht in unmittelbarem Zusammenhang stehendes Problem ergab sich durch das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 13. Oktober 1972, Z. G 20, 21/72-11, mit dem § 28 Abs. 5 des Krankenanstaltengesetzes und der darauf gegründete § 44 Abs. 4 und 5 des oberösterreichischen Krankenanstaltengesetzes als verfassungswidrig aufgehoben worden sind. Die Aufhebung wird mit 30. September 1973 wirksam (siehe Kundmachung des Bundeskanzlers vom 22. Dezember 1972, BGBl. Nr. 50/1973). Damit wurde eine Neuregelung der Vorschriften notwendig, die im Zusammenhang mit den zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den Rechtsträgern der Krankenanstalten abzuschließenden Verträgen über Pflegegebühren und Sondergebühren stehen.

II. Bemerkungen im einzelnen

Zu Art. I Z. 1, 2, 3, 4 und 6

Die Begriffsbestimmung der Krankenanstalten umfaßte bisher die Untersuchung und Behandlung wegen **K r a n k h e i t e n**. Die Untersuchung Gesunder und die Vornahme operativer Eingriffe an Gesunden (z. B. kosmetische Operationen) und schließlich die normale Entbindung, die aus medizinischer Sicht einen physiologischen Vorgang darstellt, waren, obwohl sie de facto schon bisher in Krankenanstalten vorgenommen worden sind, bei strenger Auslegung im Krankenanstaltengesetz 1957 nicht erfaßt. Es erweist sich daher eine entsprechende Verankerung dieser Arten der ärztlichen Betreuung von Menschen im Gesetz als notwendig. Dies gilt sinngemäß für die kurzfristige Unterbringung bei Untersuchungen oder Behandlungen in Ambulatorien. Weiters erscheint die bisherige Umschreibung des Begriffes der Pflegeanstalten, die im besonderen auf die Unheilbarkeit abstellt, im Hinblick auf den Fortschritt der Medizin als überholt. Damit ist auch die Ausnahmebestimmung des § 2 Abs. 2 lit. b in ihrer derzeit geltenden Fassung nicht mehr vertretbar. Aus diesen Gründen sind auch die Begriffe der allgemeinen Krankenanstalten, der Sonderkrankenanstalten, der Pflegeanstalten und der selbständigen Ambulatorien neu zu formulieren.

Zu Art. I Z. 5:

Gemäß § 22 Abs. 1 des Arbeitnehmerschutzgesetzes, BGBl. Nr. 234/1972, das am 1. Jänner 1973 in Kraft getreten ist, ist in jedem Betrieb, in dem regelmäßig mehr als 750 Arbeitnehmer beschäftigt sind, ein betriebsärztlicher Dienst einzurichten. Im Hinblick auf die diesen Einrichtungen nach den Bestimmungen des Arbeitnehmerschutzgesetzes zugewiesenen Aufgaben gelten sie nicht als Krankenanstalten. Zur Klarstellung ist eine Ergänzung des § 2 Abs. 2 lit. b (bisher lit. c) geboten.

Zu Art. I Z. 7:

In zahlreichen Memoranden und Expertisen, insbesondere in dem schon im Allgemeinen Teil der Erläuterungen erwähnten Bericht von Experten der Weltgesundheitsorganisation, wird die Einteilung der allgemeinen Krankenanstalten in Kategorien empfohlen. Hierbei werden als erste Stufe eine ausreichende Grundversorgung für die in einem bestimmten Einzugsgebiet wohnende Bevölkerung vorgesehen und für die Träger dieser Grundversorgung, die Standardkrankenanstalten, Mindestanforderungen aufgestellt. Bisher mangelte es an einer derartigen Festlegung von Mindestanforderungen. Lediglich als Erfordernis der Gemeinnützigkeit war im bisherigen § 16 Abs. 2 KAG 1957 bestimmt, daß in alle-

meinen Krankenanstalten, soweit sie nicht von Gebietskörperschaften betrieben werden, mindestens je eine Abteilung für die Behandlung oder Heilung internistischer und chirurgischer Fälle zu bestehen hat und im übrigen anderwärtige fachärztliche Behandlung durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sondergebiete als Konsiliarärzte gesichert sein muß. Nunmehr müssen alle allgemeinen Krankenanstalten die Grundversorgung zumindest in der im Gesetz umschriebenen Form gewährleisten.

Als zweite Stufe soll die Versorgung der Bevölkerung eines größeren Gebietes durch eine Krankenanstalt entsprechender Ausstattung gesichert werden. Der Entwurf führt die Mindestausstattung einer solchen Schwerpunktkrankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen und weiteren Einrichtungen — wie für Anaesthetie, für Haemodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, für Intensivpflege, für Zahnheilkunde und für medizinische und chemische Labor-diagnostik — sowie einer Anstaltsapotheke und einem Pathologischen Institut an. Weiters wird festgelegt, daß andere fachärztliche Behandlung durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als ständige Konsiliarärzte gesichert sein muß.

Als dritte Stufe sind für die Versorgung der Bevölkerung Zentralkrankenanstalten vorgesehen. Die Ausstattung dieser Krankenanstalten geht über die der Schwerpunktkrankenanstalten hinaus; sie soll unter Bedachtnahme auf den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend hochspezialisierte Einrichtungen auf allen Gebieten der Medizin aufweisen.

Da diesen Anforderungen jedenfalls die Universitätskliniken entsprechen, haben diese ex lege als Zentralkrankenanstalten zu gelten.

Die Zuordnung der allgemeinen Krankenanstalten zu Einzugsgebieten wird im § 18 (Art. I Z. 23 des Gesetzentwurfes) vorgenommen.

Zu Art. I Z. 8:

In den Krankenanstalten sollen neben den Abteilungen für Akutranke zusätzliche Abteilungen für Langzeitbehandlung oder innerhalb von Abteilungen getrennte Pflegegruppen eingerichtet werden können. Überdies werden mit der vorgeschlagenen Regelung die für die Führung von Tages- und Nachtabteilungen nötigen rechtlichen Voraussetzungen geschaffen.

Zu Art. I Z. 9:

Durch diese Bestimmung soll gewährleistet werden, daß die Bettenzahl der einzelnen Abteilungen dem Erfordernis einer medizinisch wirksamen und verantwortbaren Behandlung entspricht.

Zu Art. I Z. 10:

Diese Bestimmung trägt dem Wesen und den komplexen Aufgaben des modernen Krankenhauses Rechnung, zu deren Bewältigung die Zusammenarbeit von Leitungskräften verschiedener Fachrichtungen notwendig ist. Dadurch soll in weiterer Folge den für den Betrieb einer Krankenanstalt Verantwortlichen die Erfüllung ihrer Obliegenheiten erleichtert werden.

Zu Art. I Z. 11:

Die Bestimmung, daß die Landesregierung von der Bestellung eines ärztlichen Leiters für Genesungsheime Abstand nehmen kann, wird auf Pflegeanstalten für chronisch Kranke ausgedehnt.

Zu Art. I Z. 12, 13 und 14:

Abgesehen von einer sprachlichen Verbesserung (statt Krankheitsgeschichten nunmehr Krankengeschichten) wird durch die Änderung des § 10 Abs. 1 Z. 3 sowohl im Interesse der einzelnen Patienten als auch aus medizinisch-wissenschaftlichem Interesse die Verpflichtung zur Aufbewahrung der Krankengeschichten durch mindestens 30 Jahre statuiert; die Möglichkeit der Aufbewahrung in Form von Mikrofilmen wird ausdrücklich eingeräumt.

Die unentgeltliche Übermittlung maßgeblicher schriftlicher Unterlagen über die Behandlung in der Krankenanstalt an den einweisenden bzw. behandelnden Arzt erscheint unter dem Gesichtspunkte der Zusammenarbeit zwischen Krankenanstalten und freipraktizierenden Ärzten geboten.

Zu Art. I Z. 15:

Die Weiterbildung des in der Krankenhausleitung und -verwaltung tätigen Personals war bisher weitgehend der Initiative der Betroffenen selbst überlassen. Nunmehr wird durch die Statuierung eines grundsätzlichen Gebotes, daß für die Aus- und Weiterbildung dieses Personenkreises Vorsorge zu treffen ist, der Notwendigkeit der Heranbildung eines fachlich entsprechend qualifizierten Personals Rechnung getragen und dieser Gedanke rechtlich verankert.

Zu Art. I Z. 16 und 17:

Die Genehmigung der Verträge durch die Landesregierung erscheint dann nicht erforderlich, wenn das Land als Rechtsträger der Krankenanstalt Vertragspartner ist.

Im neuen Abs. 5 des § 11 werden Bestimmungen über die Vorlage der Verträge und die Erteilung der Genehmigung getroffen. Damit sollen Unklarheiten beseitigt werden, die Anlaß zu Streitigkeiten geben könnten.

Zu Art. I Z. 18:

Mit Rücksicht auf die bedeutende Funktion, die dem Pflegedienst im Rahmen des Betriebes einer Krankenanstalt zukommt, erscheint es geboten, Bestimmungen über die Bestellung einer verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes in das Gesetz aufzunehmen. Weiters sollen die Rechtsträger von Krankenanstalten verpflichtet werden, Vorkehrungen zu treffen, daß das Krankenpflegepersonal von den im Krankenpflegegesetz vorgesehenen Fortbildungskursen Gebrauch machen kann.

Zu Art. I Z. 19:

§ 16 Abs. 1 lit. e legt derzeit als Voraussetzung für die Gemeinnützigkeit fest, daß die Pflegegebühren für alle Pfleglinge derselben Gebührenklasse in gleicher Höhe festgesetzt sind. Durch die Ergänzung soll ermöglicht werden, daß die Pflegegebühren innerhalb derselben Gebührenklasse unter Bedachtnahme auf Abteilungen bzw. Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung sowie auf Tag- oder Nachtbetrieb in verschiedener Höhe festgesetzt werden können.

Zu Art. I Z. 20:

Um den zunehmenden Wünschen nach Aufnahme in eine höhere Gebührenklasse zu entsprechen, wird der für das Erfordernis der Gemeinnützigkeit festgesetzte Anteil von Klassenbetten von 20 auf 25 v. H. erhöht.

Zu Art. I Z. 21, 29, 35, 36, 37 und 38:

In den Krankenanstalten werden, abgesehen von lokalen Unterschieden, in der Regel drei Gebührenklassen geführt. Die Unterschiede in der Ausstattung und im Komfort zwischen der dritten (niedrigsten) und der zweiten Klasse einerseits und der zweiten und ersten Klasse andererseits sind im Laufe der Jahrzehnte so verwischt worden, daß die bisher gehandhabte Klasseneinteilung als überholt zu fallen hätte. In Hinkunft sollen daher in öffentlichen und in gemeinnützigen privaten Krankenanstalten höchstens zwei Gebührenklassen zulässig sein, die sich jedoch in der medizinischen Behandlung und Betreuung und der Verpflegung des Patienten nicht unterscheiden dürfen. Diese beiden Gebührenklassen tragen die Bezeichnung allgemeine Gebührenklasse und Sonderklasse.

Zu Art. I Z. 22:

Die im bisherigen Absatz 3 des § 16 enthaltene Regelung ist nun im neuen Absatz 2 dieses Paragraphen sinngemäß enthalten (siehe Z. 21 des Gesetzentwurfes). Der bisherige Absatz 2 des § 16 ist zufolge des neugeschaffenen § 2 a (Z. 7 des Gesetzentwurfes) entbehrlich geworden.

Zu Art. I Z. 23:

Die Verpflichtung eines Bundeslandes, in seinem Bereich für Krankenanstaltspflege Sorge zu tragen, leitet sich aus der im Art. 12 B-VG vorgesehenen Kompetenzverteilung ab. Eine besondere Regelung war für Personen zu treffen, die im Grenzgebiet zweier oder mehrerer Bundesländer wohnen.

Die Festlegung des Einzugsgebietes allgemeiner Krankenanstalten nach der Bevölkerungszahl, zumindest mit Ober- und Untergrenzen, erweist sich sowohl aus gesundheitspolitischen als auch ökonomischen Gründen erforderlich. Der bereits mehrfach erwähnte Bericht von Experten der Weltgesundheitsorganisation verweist darauf, daß eine regionale Form der Organisation der geeignetste Weg ist, um der Bevölkerung eines größeren Gebietes moderne Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zu erschließen. Kleinere Krankenanstalten sollen die weniger hoch spezialisierte Behandlung in einer größeren Anzahl lokaler Zentren gewährleisten, während höher bzw. höchstspezialisierte Einrichtungen in den Schwerpunktkrankenanstalten bzw. Zentralkrankenanstalten in regionalen Zentren vorhanden sein sollen. Eine solche Struktur ermöglicht einerseits eine ökonomische Betriebsführung, andererseits wird den betreffenden Fachärzten in spezialisierten Abteilungen und entsprechenden Einrichtungen ein Arbeitsgebiet geboten, welches ihnen gestattet, ihre Fachkenntnisse zu entfalten und zu vertiefen.

Nach internationaler Erfahrung soll eine Standardkrankenanstalt für 50.000 bis 90.000, eine Schwerpunktkrankenanstalt für rund 300.000 und eine Zentralkrankenanstalt für etwa 1 Million Personen vorhanden sein. Diese Grenzen werden aber nicht starr festgelegt; sie sollen durch die Landesausführungsgesetzgebung vielmehr entsprechend den regionalen Gegebenheiten angepaßt werden können.

Nach dem geltenden Gesetzeswortlaut war die Vorsorgepflicht der Länder auf unbemittelte Personen beschränkt. Auf Grund von Verträgen mit den Sozialversicherungsträgern sind aber die Rechtsträger von Krankenanstalten schon bisher verpflichtet gewesen, alle Personen, die in irgendeiner Form einer gesetzlichen Krankenversicherung angehören, in Krankenanstalten aufzunehmen. Da sich die Vorsorgepflicht praktisch auf mehr als 90 v. H. der österreichischen Bevölkerung erstreckt, wird die Beschränkung auf unbemittelte Personen als überholt fallen gelassen.

Zu Art. I Z. 24 und 25:

Bisher hatte der Rechtsträger einer Krankenanstalt, wenn diese selbst keine Anstaltsapotheke besitzt, Heilmittel für die Anstalt aus einer öffentlichen Apotheke zu beziehen. Diese Vorgangsweise führte zu Verzerrungen in der Wirt-

schaftsführung. Durch die Apothekengesetznovelle 1973 wird die Möglichkeit geschaffen, daß Anstaltsapotheken (§ 35 des Apothekengesetzes) Arzneimittel auch an andere Krankenanstalten abgeben. Die Neufassung des § 20 Abs. 3 nimmt auf diese neue Rechtslage Bedacht.

Im Hinblick auf die Bedeutung, die einer sachgemäßen Arzneimittelgebarung für die gesundheitliche Betreuung der Pflinglinge einerseits und für die wirtschaftliche Gebarung der Krankenanstalt andererseits zukommt, erscheint es geboten, den Arzneimittelvorrat auch in Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, durch einen Arzneimittelfachmann laufend überprüfen zu lassen; dieser hat außerdem den ärztlichen Leiter in allen Arzneimittelangelegenheiten fachlich zu beraten und zu unterstützen. Sofern nicht bereits die beliefende Apotheke diese Aufgaben durchführt, ist zu diesem Zweck ein Konsiliarapotheker zu bestellen. Damit kann an Stelle der bisherigen zumindest einmal jährlich vorzunehmenden Prüfung des Arzneimittelvorrates durch den Amtsarzt mit der Überprüfung einmal in zwei Jahren das Auslangen gefunden werden.

Zu Art. I Z. 26:

Die Neufassung des Abs. 2 des § 22 ergibt sich aus der Änderung des § 1.

In Abs. 3 wurde die schon bisher geübte Praxis, Personen über Zuweisung eines Sozialversicherungsträgers zum Zweck einer Begutachtung im Zusammenhang mit einem Verfahren über die Gewährung von Leistungen in eine Krankenanstalt aufzunehmen, im Gesetz verankert.

Im Abs. 4 wird ausdrücklich festgehalten, daß Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht, als unabweisbar zu betrachten sind. Der bisherige Abs. 5 wurde als letzter Satz dem Abs. 4 angefügt.

Abs. 5 ergibt sich aus den im § 16 für die Gemeinnützigkeit aufgestellten Voraussetzungen, dem im § 23 Abs. 1 aufgestellten Grundsatz, daß unbedingt notwendige Erste ärztliche Hilfe in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden darf, sowie aus dem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes vom 2. Juli 1963, Zl. 861/62, wonach unabweisbare Kranke bei Überfüllung der allgemeinen Gebührenklasse ohne Aufzählung in Betten der Sonderklasse unterzubringen sind.

Zu Art. I Z. 27:

Im Zusammenhang mit der Neufassung der Begriffsbestimmung der Krankenanstalten im § 1 ergibt sich auch die Notwendigkeit der Anpassung des Aufgabenumfanges der Anstaltsambulanzen an die schon bestehenden Verhältnisse.

Zu Art. I Z. 28:

Während nach der bisherigen Rechtslage die Leistungen, für welche die Pflegegebühren als Entgelt dienen, taxativ aufgezählt waren, sollen nunmehr — unbeschadet des Abs. 2 des § 27 — alle Leistungen mit der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse abgegolten werden. Dies stellt eine wesentliche Vereinfachung in der Gebührenverrechnung zwischen Zahlungspflichtigen und Rechtsträgern der Krankenanstalten dar.

Zu Art. I Z. 30:

Mit dieser Bestimmung wird der Landesgesetzgebung aufgetragen, Vorschriften über die Aufteilung der weiteren Entgelte in der Sonderklasse und der Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu erlassen. Aus systematischen Gründen ist es geboten, diese Vorschrift nach lit. c zu reihen; die bisherige lit. d wird nunmehr lit. e.

Zu Art. I Z. 31 und 32:

Das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 13. Oktober 1972, Zl. G 20, 21/72-11, mit dem § 28 Abs. 5 des Krankenanstaltengesetzes als verfassungswidrig aufgehoben wurde, sowie die Differenzierung der Krankenanstalten nach ihrer Funktion machen eine Neukonzipierung der Vorschriften über die Ermittlung und Festsetzung der Pflege- und Sondergebühren, über die vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenanstaltenträgern und Sozialversicherungsträgern und die Schlichtung von Streitigkeiten aus diesen Verträgen notwendig.

Im § 28 Abs. 1 bis 3 ist es geboten, im Hinblick auf die nunmehr vorgesehene Differenzierung der Krankenanstalten nach ihren Aufgaben diesen Umstand auch bei der Festsetzung der Pflege- und Sondergebühren zu berücksichtigen. Die Publizierung der kostendeckend ermittelten Pflege- und Sondergebühren gemäß Abs. 1 entspricht dem Grundsatz der Transparenz.

Abs. 4 des § 28 entspricht im wesentlichen den Bestimmungen der ersten drei Sätze des bisherigen § 28 Abs. 4.

Im § 28 Abs. 5 wird zwingend festgelegt, daß über Streitigkeiten zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt einerseits und einem Kran-

kenversicherungsträger oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits hinsichtlich der Anwendung bzw. Auslegung eines gemäß Abs. 4 geschlossenen Vertrages eine Schiedskommission zu entscheiden hat.

Die Abs. 6 und 7 des § 28 treffen für die Fälle Vorsorge, in denen ein neuer Vertrag nicht zustandekommt. Abs. 8 legt einen Entscheidungsrahmen für die Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze durch die Schiedskommission fest.

Aus systematischen Gründen erscheint es angezeigt, die Einrichtung, Zusammensetzung und Funktion der Schiedskommission in einem eigenen Paragraphen (§ 28 a) zu regeln. Die Schiedskommission stellt eine Landesbehörde dar, der die besondere Qualifikation einer Kollegialbehörde nach Art. 133 Z. 4 B-VG zukommt. Die Entscheidungen der Schiedskommission sind endgültig, sie unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg. Daher ist auch ein Rechtszug an den Verwaltungsgerichtshof ausgeschlossen. Die Ausgewogenheit in der Zusammensetzung dieser Behörde soll sachgerechte und objektive Entscheidungen gewährleisten.

Zu Art. I Z. 33:

Die Änderung erfolgt aus den gleichen Gründen wie bei § 18.

Zu Art. I Z. 34:

Aus systematischen Gründen wurde die bisher im § 28 Abs. 3 enthaltene Bestimmung über die Feststellung der Gemeinnützigkeit in lit. d des § 40 aufgenommen.

Zu Art. II:

Abs. 1 und 2 enthalten die für die Erlassung der Ausführungsgesetze der Länder maßgeblichen Bestimmungen, wobei festgelegt wird, daß die unmittelbar anwendbares Bundesrecht enthaltenden Regelungen (Art. I Z. 35 bis 38) in jedem Land gleichzeitig mit dem betreffenden Ausführungsgesetz in Kraft treten.

Abs. 3 nimmt darauf Bedacht, daß die Durchführung der durch die Novelle gebotenen Anpassungsmaßnahmen angemessene Zeiträume in Anspruch nehmen wird.

Abs. 4 und 5 enthalten die Vollzugsklausel.

Gegenüberstellung

2. Novelle zum Krankenanstaltengesetz

Geltendes Gesetz (KAG 1957)

§ 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);

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

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:

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

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

Fassung durch die Novelle

§ 1. (1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die

a) zur Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,

b) zur Vornahme operativer Eingriffe,

c) zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung oder

d) zur Entbindung bestimmt sind.

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

.....

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1);

2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten (z. B. Krankenanstalten für Lungenkrankheiten, für Infektionskrankheiten, für Geisteskrankheiten, für Nervenkrankheiten, Entwöhnungsanstalten) oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke (z. B. Inquisitenspitäler);

4. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;

7. selbständige Ambulatorien (Röntgeninstitute, Zahnambulatorien und ähnliche Einrichtungen), das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung, allenfalls auch der hierfür erforderlichen kurzfristigen Unterbringung, von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen.

.....

entfällt

b) Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden sowie betriebsärztliche Dienste gemäß § 22 des Arbeitnehmerschutzgesetzes, BGBl. Nr. 234/1972;

Geltendes Gesetz (KAG 1957)**Fassung durch die Novelle**

§ 2 a. (1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Chirurgie,
2. Frauenheilkunde und Geburtshilfe und
3. Innere Medizin;

falls eine Kinderabteilung nicht eingerichtet ist, muß ein Facharzt für Kinderheilkunde als ständiger Konsiliararzt für die Betreuung von Neugeborenen und für die Behandlung von Kinderkrankheiten verpflichtet werden; andere fachärztliche Behandlung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert sein; ferner müssen Einrichtungen für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein;

b) Schwerpunktkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Augenheilkunde,
2. Chirurgie,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatalogie,
4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
5. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
6. Innere Medizin,
7. Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie,
8. Nerven- und Geisteskrankheiten,
9. Orthopädie,
10. Unfallchirurgie und
11. Urologie;

andere fachärztliche Behandlung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als ständige Konsiliarärzte gesichert sein; ferner müssen Einrichtungen für Anaesthesie, für Haemodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, für Intensivpflege und für Zahnheilkunde vorhanden sein; schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut und Einrichtungen für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden;

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

(2) Universitätskliniken einschließlich der medizinischen Universitätsinstitute gelten jedenfalls als Zentralkrankenanstalten im Sinne des Abs. 1 lit. c.

Geltendes Gesetz (KAG 1957)**Fassung durch die Novelle**

§ 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;

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

§ 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 Verfü-

(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, daß die Voraussetzungen des Abs. 1 auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen funktionell-organisatorisch verbunden sind. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. a und b vorgesehener Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, für den die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

- a) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen für Akutkranke und, neben diesen Abteilungen, auch in zusätzliche Abteilungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
- b) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen werden.

wird Abs. 3

(2) Die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes in der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten.

§ 6 a. Die Landesgesetzgebung kann Vorschriften über eine kollegiale Führung der Krankenanstalt unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der betrieblichen Mitbestimmung erlassen.

§ 7. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein 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) und für Pflegeanstalten für chronisch Kranke (§ 2 Abs. 1 Z. 4) kann die Landesregierung von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand nehmen, wenn die Aufsicht durch einen

Geltendes Gesetz (KAG 1957)

gungsrecht des Rechtsträgers der Anstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt (§ 11 Abs. 1).

Führung von Krankheitsgeschichten und sonstigen Vormerkungen.

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

2. Krankheitsgeschichten anzulegen,

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 Anstaltspfinglingen zu übermitteln;

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

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

Fassung durch die Novelle

geeigneten Arzt gewährleistet ist. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Anstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt (§ 11 Abs. 1).

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen.

.....

Krankengeschichten

3. die Krankengeschichten mindestens 30 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren;

4. 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 sowie den einweisenden oder behandelnden Ärzten kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspfinglingen zu übermitteln;

§ 11. (1) Für jede Krankenanstalt sind eine hierfür geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten und das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen. Für die Ausbildung und Weiterbildung der in der Krankenanstaltenverwaltung und -leitung tätigen Personen ist Vorsorge zu treffen.

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

(5) Die Verträge sind innerhalb einer von der Landesgesetzgebung festzusetzenden Frist der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder der Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 4 gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht innerhalb einer durch die Landesgesetzgebung festzusetzenden Frist, die zwei Monate nicht übersteigen darf, die Genehmigung schriftlich versagt.

Pflegedienst

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

Geltendes Gesetz (KAG 1957)

Fassung durch die Novelle

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

- 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;
- 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 Pflegling in eine andere als in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen ist, können durch die Landesgesetzgebung geregelt werden.

§ 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 nichtöffentlichen 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 hereingebracht werden können.

(2) Für die Fortbildung des Krankenpflegepersonals ist anstaltsmäßig Vorsorge zu treffen.

- e) das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt (Pflegegebühren) für alle Pfleglinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb (§ 6 Abs. 1 lit. b), in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt ist;

- g) die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.

entfällt

(2) Durch die Landesgesetzgebung wird bestimmt, unter welchen Voraussetzungen neben der allgemeinen Gebührenklasse eine Sonderklasse eingerichtet werden darf und unter welchen Bedingungen ein Pflegling in die Sonderklasse aufzunehmen ist.

§ 18. (1) Jedes Land ist verpflichtet, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 22 Abs. 3) im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Für Personen, die im Grenzgebiet zweier oder mehrerer Länder wohnen, kann die Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden, daß diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes eingewiesen werden.

(2) Je nach den örtlichen Verhältnissen ist für 50.000 bis 90.000 Bewohner eine Standardkrankenanstalt und für 250.000 bis 300.000 Bewohner eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten; in

Geltendes Gesetz (KAG 1957)

Fassung durch die Novelle

§ 20. (2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde, allenfalls, 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.

§ 22. (2) Die Aufnahme von Pfléglingen ist auf anstaltsbedürftige Personen beschränkt. Bei der Aufnahme ist auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen

jedem Land, dessen Einwohnerzahl eine Million übersteigt, soll ferner eine Zentralkrankenanstalt eingerichtet werden. Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, daß bei Vorliegen besonderer topographischer oder verkehrsmäßiger Verhältnisse diese Zahlen sowohl unter- als auch überschritten werden dürfen, jedoch ist in jedem Land mindestens eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten.

(3) Durch die Landesgesetzgebung ist sicherzustellen, daß für anstaltsbedürftige Personen (§ 22 Abs. 3), insbesondere für unabweisbare Kranke (§ 22 Abs. 4), eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse vorhanden ist.

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

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

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

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

§ 22. (2) Die Aufnahme von Pfléglingen ist auf anstaltsbedürftige Personen und auf Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, beschränkt. Bei der Aufnahme ist auf den

Geltendes Gesetz (KAG 1957)

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.

§ 26. (1) In öffentlichen Krankenanstalten der in § 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.

Fassung durch die Novelle

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 geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert, ferner Personen, die ein Sozialversicherungsträger zum Zweck einer Begutachtung in Zusammenhang mit einem Verfahren über die Gewährung von Leistungen in die Krankenanstalt einweist.

(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, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Ferner sind Personen, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden, als unabweisbar anzusehen.

(5) Ist die Aufnahme eines unabweisbaren Kranken (Abs. 4) in die allgemeine Gebührenklasse wegen Platzmangels nicht möglich, hat ihn die Krankenanstalt ohne Verrechnung von Mehrkosten so lange in die Sonderklasse aufzunehmen, bis der Platzmangel in der allgemeinen Gebührenklasse behoben ist und der Zustand des Kranken die Verlegung zuläßt.

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

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Befehlen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- e) im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden oder
- f) zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen

notwendig ist.

Geltendes Gesetz (KAG 1957)

Fassung durch die Novelle

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

(2) Die Kosten der Beförderung des Pfleglings 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.

(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;

§ 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 Gebietskörper-

§ 27. (1) Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Kosten der Beförderung des Pfleglings in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes — sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt —, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) — soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen —, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den Pflegegebühren nicht inbegriffen.

.....

- a) ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den Pflegegebühren eingehoben werden können;

d) in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Aufteilung der weiteren Entgelte in der Sonderklasse und der Beiträge für die ambulatorische Behandlung an die Abteilungsleiter (Instituts- oder Laboratoriumsvorstände) und an die anderen Ärzte des ärztlichen Dienstes sowie die Aufteilung zwischen dem Abteilungsleiter (Instituts- oder Laboratoriumsvorstand) und seinem Vertreter zu erfolgen hat;

- e) bisher lit. d

§ 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 Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereiche einer Gemeinde sind die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(3) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwal-

Geltendes Gesetz (KAG 1957)**Fassung durch die Novelle**

schaft 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 zustandekommt, entscheidet auf Antrag über die dem 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 Streitteilen zu berufen ist. Den Antrag auf Entscheidung durch das Schiedsgericht kann jeder der beiden Streitteile oder auch die zuständige Landesregierung beim Präsidenten des Rechnungshofes stellen. Im übrigen gelten

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

(4) Das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren — unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe — und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, wird, abgesehen von den Fällen des Abs. 6, 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 Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung.

(5) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits aus einem gemäß Abs. 4 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet die Schiedskommission (§ 28 a). Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitteile gestellt werden.

(6) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht zustandekommt, entscheidet die Schiedskommission (§ 28 a) auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß Abs. 4 zu regelnden Angelegenheiten. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustandegekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gestellt werden.

Geltendes Gesetz (KAG 1957)

die Bestimmungen der §§ 577 bis 599 der Zivilprozessordnung über das schiedsrichterliche Verfahren. Die Entscheidung des Schiedsgerichtes ist endgültig und für die Streitteile, ebenso für die gemäß § 11 Abs. 4 zur Genehmigung berufene Landesregierung verbindlich.

Fassung durch die Novelle

(7) Wenn ein Antrag nach Abs. 6 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(8) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze nach Abs. 6 ist insbesondere auf die durch den Betrieb der Anstalt entstehenden Kosten, soweit sie bei der Ermittlung der Pflegegebühren zugrunde gelegt werden dürfen, sowie auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen.

Schiedskommission

§ 28 a. (1) Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten gemäß § 28 Abs. 5 sowie zur Entscheidung gemäß § 28 Abs. 6 ist in jedem Land eine Schiedskommission zu errichten.

(2) Die Schiedskommission besteht aus einem von der Landesregierung über Vorschlag des Bundesministers für Justiz hiezu bestellten Richter des Oberlandesgerichtes, zu dessen Sprengel das Land gehört, als Vorsitzenden und zwei Beisitzern, von denen je einer von der Landesregierung und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bestellt wird. Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen.

(3) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind in Ausübung ihres Amtes unabhängig und an keine Weisungen gebunden. Sie erhalten für ihre Tätigkeit eine Entschädigung; das Nähere wird durch die Landesgesetzgebung geregelt.

(4) Auf das Verfahren sind die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 anzuwenden.

(5) Die Beschlüsse der Schiedskommission werden mit Stimmenmehrheit gefaßt; eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Die Geschäftsordnung der Schiedskommission ist durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(6) Die Entscheidungen der Schiedskommission nach § 28 Abs. 5 und 6 sind endgültig, sie unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg.

§ 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 Bundesländern, 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, unbemittel-

.....

..... verpflichten, Personen im Sinne

Geltendes Gesetz (KAG 1957)

Fassung durch die Novelle

<p>telte und unabweisbare Kranke im Sinne des § 22 Abs. 2, 3 und 4 in Krankenanstaltspflege zu nehmen.</p> <p>d) Die §§ 16, 20, 23 Abs. 1, 26, 27, 32 und 35 Abs. 3; § 28 Abs. 3 findet nur für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) Anwendung.</p> <p>§ 46. (1) Den Vorständen von Universitätskliniken ist es gestattet, von Pflinglingen der höchsten Pflegeklasse und</p> <p>§ 55. Der Bund ersetzt:</p> <p>3. Die Pflegegebühren der niedrigsten Gebührenklasse für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.</p> <p>§ 57. Zu dem sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten Pflegegebühr der niedrigsten Gebührenklasse,</p> <p>§ 59. (1) Auf Antrag des Rechtsträgers Pflegegebühr der niedrigsten Gebührenklasse,</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... der Sonderklasse</p> <p>..... der allgemeinen Gebührenklasse</p> <p>..... der allgemeinen Gebührenklasse</p> <p>..... der allgemeinen Gebührenklasse</p>
---	---

Die Feststellung der Gemeinnützigkeit obliegt der Landesregierung.