

546 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVII. GP

Ausgedruckt am 10. 5. 1988

Regierungsvorlage

Bundesgesetz vom XXXXX 1988, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 27/1958, BGBl. Nr. 281/1974, BGBl. Nr. 659/1977, BGBl. Nr. 456/1978, BGBl. Nr. 106/1979, BGBl. Nr. 273/1982, BGBl. Nr. 122/1983, BGBl. Nr. 218/1985, BGBl. Nr. 565/1985 und BGBl. Nr. 78/1987 und der Kundmachungen BGBl. Nr. 50/1973 und BGBl. Nr. 90/1976 wird wie folgt geändert:

Artikel I

(Grundsatzbestimmungen)

1. § 2 Abs. 1 Z 6 lautet:

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

2. § 2 Abs. 2 lit. b lautet:

„b) Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, sowie Einrichtungen der betriebsärztlichen Betreuung gemäß § 22 des Arbeitnehmerschutzgesetzes, BGBl. Nr. 234/1972, idF BGBl. Nr. 544/1982;“

3. § 2a Abs. 1 lit. a und b lautet:

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

a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

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

wenn ein Facharzt für Kinderheilkunde als ständiger Konsiliararzt für die Betreuung von Neugeborenen und für die

Behandlung von Krankheiten des Kindesalters verpflichtet wird, kann eine bettenführende Abteilung für Kinderheilkunde entfallen;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; andere fachärztliche Betreuung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert 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. Neurologie und Psychiatrie,
9. Orthopädie,
10. Unfallchirurgie und
11. Urologie;

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

4. § 3 Abs. 3 lautet:

„(3) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das

zu dem Antrag 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, bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs. 1 Z 7), sofern nicht Abs. 6 anzuwenden ist, auch die zuständige Ärztekammer und bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Zahnambulatoriums auch die Österreichische Dentistenkammer zu hören.“

5. § 3 Abs. 6 lautet:

„(6) Im behördlichen Verfahren wegen Genehmigung der Errichtung oder Inbetriebnahme von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die zuständige Ärztekammer und bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer Parteistellung im Sinne des § 8 AVG 1950 und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
- c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

Im übrigen haben die berührten gesetzlichen beruflichen Interessenvertretungen die Stellung eines Beteiligten.“

6. Im § 8b Abs. 3 wird das Zitat „BGBl. Nr. 227/1959“ durch das Zitat „BGBl. Nr. 227/1969“ ersetzt.

7. Nach § 8b wird folgender § 8c eingefügt:

„§ 8c. (1) In Krankenanstalten, an denen klinische Prüfungen von Arzneimitteln durchgeführt werden (§§ 28 bis 48 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983), sind Kommissionen einzurichten, die die Durchführung dieser Prüfungen in der Krankenanstalt beurteilen.

(2) Die Kommission hat mindestens zu bestehen aus

1. einem Vertreter des ärztlichen Dienstes, der weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt (§ 7 Abs. 1) noch Prüfungsleiter (§ 32 Abs. 1 Arzneimittelgesetz) ist,
2. einem Vertreter des Pflegedienstes,
3. einem Vertreter des Trägers der Krankenanstalt und
4. einer mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in Krankenanstalten betrauten Person.

(3) Über jede Sitzung ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt und dem Prüfungsleiter zur Kenntnis zu bringen und gemeinsam mit allen für die

Beurteilung wesentlichen Unterlagen gemäß § 10 Abs. 1 Z 3 aufzubewahren.“

8. § 9 Abs. 1 erster Satz lautet:

„§ 9. (1) Für die in Krankenanstalten beschäftigten Personen sowie für die Mitglieder von Kommissionen gemäß § 8c besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist.“

9. § 10 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. die Krankengeschichten mindestens 30 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren; für Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sowie bei ambulanter Behandlung kann durch die Landesgesetzgebung eine kürzere Aufbewahrungsfrist, mindestens jedoch 10 Jahre vorgesehen werden;“

10. § 10a Abs. 1 lautet:

„§ 10a. (1) Jedes Land hat einen Krankenanstaltenplan zu erlassen. Im Krankenanstaltenplan sind Höchstgrenzen für die Zahl der systemisierten Betten, ausgenommen die Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, für folgende im Land gelegene Krankenanstalten festzusetzen:

1. Öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2,
2. private, gemeinnützige Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 in Verbindung mit § 16, ausgenommen Krankenanstalten des Bundes und der Träger der Sozialversicherung, und
3. private, nicht gemeinnützige Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6.“

11. § 16 Abs. 1 lit. d lautet:

„d) für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Pfleglinge maßgeblich ist.“

12. § 16 Abs. 2 lautet:

„(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. Die Sonderklasse hat durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen.“

13. § 20 Abs. 4 lautet:

„(4) Öffentliche Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, haben Konsiliarapothe-

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

14. § 22 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Öffentliche Krankenanstalten sind weiters verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Pflegelinge aufzunehmen.“

15. § 22 Abs. 3 lautet:

„(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, sowie Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zwecke einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist.“

16. Im § 24 werden die Abs. 2 und 3 mit „(3)“ und „(4)“ bezeichnet; folgender Abs. 2 wird eingefügt:

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

17. § 27 Abs. 1 lautet:

„§ 27. (1) Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.“

18. § 27 Abs. 4 lit. d entfällt.

19. § 27 Abs. 5 und 6 lautet:

„(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pflegelingen 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. Im übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung von Pflegegebühren bis zur Höhe der

durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.“

20. Nach § 27 wird folgender § 27a eingefügt:

„§ 27a. (1) Von Pflegelingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung an den Träger einer Krankenanstalt geleistet werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein weiterer Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Pflegestag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflegeling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(2) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1976 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.“

21. § 28 lautet:

„§ 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- und allfälligen Sondergebühren 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) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren

1. sind in den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz in voller Höhe zu entrichten;
2. werden ansonsten hinsichtlich des Ausmaßes — unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe — ebenso wie allfällige Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) und die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 12, 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 Träger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung;
3. nach Z 2 erhöhen sich für Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit einer Gebietskrankenkasse zur Betreuung zugewiesen werden und die in einer Krankenanstalt betreut werden, deren Rechtsträger im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. .../1988, zuschlußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Verpflegstag eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltspflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Verpflegstage in zuschlußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahres als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen.

(5) Die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührenersätze sind mit jedem 1. Jänner, erstmals mit 1. Jänner 1988, im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung der Beitragseinnahmen aller Krankenversicherungsträger vom Vorjahr auf das laufende Jahr zu erhöhen. Die jeweils neu berechneten Pflegegebührenersätze sind auf volle Schilling zu runden.

(6) Von den Beitragseinnahmen eines Kalenderjahres ist vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses zunächst jener Betrag abzuziehen, den die Krankenversicherungsträger gemäß § 447f ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten gesondert bereitzustellen haben. Ferner haben bei Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 5 jene Beitragseinnahmen außer Betracht zu bleiben, die sich ab 1. Jänner 1988 aus Änderungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Betrag gesetzlich zweckgebunden ist.

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

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

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

(10) Alle von den Krankenversicherungsträgern und vom Hauptverband zur Durchführung der Regelung gemäß Abs. 5 bis 9 erstellten Unterlagen

und Berechnungen unterliegen der Überprüfung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales.

(11) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Träger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband andererseits aus einem gemäß Abs. 4 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet eine Schiedskommission. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitparteien gestellt werden.

(12) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Hauptverband nicht zustande kommt, entscheidet die Schiedskommission 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 Träger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Träger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband gestellt werden.

(13) Wenn ein Antrag nach Abs. 12 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(14) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze nach Abs. 12 ist die Schiedskommission an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgelegten Erhöhungssätze gemäß Abs. 5 bis 10 gebunden.“

22. Die §§ 28a und 28b entfallen.

23. §§ 29 und 30 lauten:

„§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die sich nicht seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten haben und die die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlinge im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. 126/1968, idF BGBl. Nr. 796/1974 über die Aufenthaltsberechtigung von Flüchtlingen im Sinne der Konvention über

die Rechtsstellung der Flüchtlinge, BGBl. Nr. 55/1955,

3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten, und
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.

Einbringung der Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pfingling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Pflege(Sonder)gebühren für Begleitpersonen von Pfinglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfinglinge die Pflege(Sonder)gebühren für jeweils 30 Tage und die Kostenbeiträge für jeweils 28 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 Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfinglinge die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.“

24. § 32 lautet:

„§ 32. Die Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.“

25. § 40 Abs. 1 lit. c lautet:

„c) Die §§ 16, 23 Abs. 1, 24 Abs. 2, 26, 27, 32 und 35 Abs. 3; die §§ 27a und 28 Abs. 3 finden nur für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) Anwendung.“

Artikel II

(unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

26. § 45 entfällt.

27. § 47 entfällt samt der Überschrift „Behandlung rückständiger Pflegegebühren im Konkursverfahren“.

28. § 56 lautet:

„§ 56. Die näheren Vorschriften über die im § 55 vorgesehenen Kostenersätze des Bundes werden bei Universitätskliniken vom Bundesminister für Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierungen, bei Bundes-Hebammenlehranstalten vom Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierungen durch Verordnung bestimmt.“

29. Die Überschrift zum Hauptstück D des zweiten Teiles entfällt.

30. Die §§ 57 bis 59a samt Überschrift sind aufgehoben, soweit sich aus den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. .../1988, nicht anderes ergibt.

31. Nach § 62c wird folgendes Hauptstück G eingefügt:

„Hauptstück G

Diagnosenerfassung

§ 62d. Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in der Fassung der Vereinigung Schweizer Krankenhäuser (VESKA), die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Pflegelinge zu erfassen; die Klassifikation ist vom Bundeskanzler unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugeben.

§ 62e. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben auf der Grundlage der im § 62d genannten Klassifikation bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundeskanzleramt in maschinenlesbarer Form einen Bericht über die Diagnosen der im Berichtsjahr aus stationärer Behandlung entlassenen Pflegelinge vorzulegen. Gleiches gilt für verstorbene oder in eine andere Krankenanstalt überstellte Pflegelinge.

(2) Der Bericht hat zu enthalten:

1. administrative Daten:
 - a) Krankenanstaltennummer,
 - b) Aufnahmezahl,
 - c) entlassende Abteilung,
 - d) Geburtsdatum,
 - e) Geschlecht,
 - f) Staatsbürgerschaft,
 - g) Postleitzahl des ordentlichen Wohnsitzes,

- h) kostentragender Sozialversicherungsträger,
- i) Aufnahmedatum,
- j) Art der Aufnahme,
- k) Entlassungsdatum und
- l) Art der Entlassung.

2. medizinische Daten:

- a) Hauptdiagnose,
- b) bis zu neun zusätzliche Diagnosen,
- c) Verlegungen innerhalb der Krankenanstalt und
- d) ausgewählte medizinische Einzelleistungen.

(3) Der Bundeskanzler kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzulegenden Datenträger sowie über die Gliederung der Merkmale der im Abs. 2 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung erlassen.

§ 62f. Der Bundeskanzler hat nach den durch die Träger von Krankenanstalten vorgelegten Diagnoseberichten eine länderbezogene Statistik über die Krankbewegung zu erstellen und diese Daten in maschinenlesbarer Form dem Österreichischen Statistischen Zentralamt zwecks Veröffentlichung im Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich zu übermitteln. Die Statistik hat die Krankheitsarten, gegliedert nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, zu enthalten. Zur Sicherstellung der Anonymität sind Einzelfallkategorien durch entsprechend erweiterte Gliederungsbreiten auszuschließen.“

32. § 64 wird folgender Satz angefügt:

„Die von den Pflegelingen zu entrichtenden Kostenbeiträge (§ 27a) sind kein Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1972.“

33. § 67 lautet:

„§ 67. (1) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich der im Ersten Teil dieses Bundesgesetzes enthaltenen Angelegenheiten ist der Bundeskanzler betraut.

(2) Mit der Vollziehung

1. der §§ 43, 55 und 56 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 Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
2. des § 44 der Bundeskanzler, hinsichtlich der Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung,

3. des § 46 der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
4. des § 48 der Bundesminister für Justiz,
5. der §§ 49 bis einschließlich 54, soweit hierdurch Angelegenheiten der Justizpflege berührt werden, der Bundesminister für Justiz und im übrigen der Bundesminister für Inneres jeweils im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesministern,
6. der §§ 57 bis 62f der Bundeskanzler, hinsichtlich der §§ 57 bis 59a im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen, und
7. des § 64 der Bundesminister für Finanzen betraut.“

Artikel III

(Grundsatzbestimmung)

§ 28 lautet:

„§ 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) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten. Ansonsten werden das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger 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, 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 Träger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband andererseits aus einem gemäß Abs. 4 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet eine Schiedskommission. 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 Träger der Krankenanstalt und dem Hauptverband nicht zustande kommt, entscheidet eine Schiedskommission 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 Träger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Träger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband 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 des Trägers der Krankenanstalt und der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen.“

Artikel IV

(1) Art. I Z 21 sowie Art. II Z 29 und 30 treten mit 1. Jänner 1988 in Kraft.

(2) Art. I Z 10 und 21 sowie Art. II Z 29 und 30 treten gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die Jahre 1988 bis einschließlich 1990, BGBl. Nr. ... / 1988, außer Kraft.

(3) Mit dem Außerkrafttreten der im Abs. 2 genannten Vereinbarung treten die mit Art. II Z 29 und 30 aufgehobenen Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes in der am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Fassung sowie Art. III in Kraft.

(4) Die Träger von Krankenanstalten haben die Diagnosen gemäß § 62d in der Fassung des Art. II Z 31 spätestens ab 1. Jänner 1989 zu erfassen und den im § 62e in der Fassung des Art. II Z 31 vorgesehenen Bericht dem Bundeskanzleramt erstmals bis zum 31. März 1990 für das Kalenderjahr 1989 vorzulegen.

(5) Der Bundeskanzler hat die im § 62f in der Fassung des Art. II Z 31 genannte Statistik entspre-

chend der Vorlage der Berichte gemäß Abs. 4 erstmals im Jahr 1990 zu erstellen.

Artikel V

(1) Die Länder haben die Ausführungsgesetze zu Art. I und III innerhalb von sechs Monaten vom Tag der Kundmachung dieses Bundesgesetzes zu erlassen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. I Z 21 sind mit 1. Jänner 1988 in Kraft zu setzen; die Ausführungsbestimmungen zu Art. III sind mit dem Zeitpunkt des Außerkrafttretens der in Art. IV Abs. 1 genannten Vereinbarung in Kraft zu setzen.

(2) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG ist der Bundeskanzler betraut.

VORBLATT

Problem und Ziel:

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 214/1985, ist mit 31. Dezember 1987 außer Kraft getreten.

Am 23. März 1988 konnte die grundsätzliche Einigung zwischen dem Bund und den Ländern nach Verhandlungen auch mit Vertretern der sozialen Krankenversicherung über eine für die Jahre 1988 bis 1990 geltende Vereinbarung erzielt werden.

Mit der vorliegenden Novelle sollen nunmehr die sich aus dieser neuen Vereinbarung ergebenden Anpassungen des Krankenanstaltengesetzes vorgenommen werden.

Als weiterer Schritt zur Verbesserung der finanziellen Grundlagen der Träger von Krankenanstalten soll ein Kostenbeitrag von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Behandlung zur Gänze ein Träger der Sozialversicherung aufkommt, vorgesehen werden.

Die Erfassung der Krankenkategorie in Österreich soll in Zukunft in Form der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-Code) erfolgen; auf Grund der von den Trägern der Krankenanstalten vorzulegenden Diagnoseberichte soll vom Bundeskanzleramt eine länderbezogene Statistik über die Krankenkategorie erstellt und vom Österreichischen Statistischen Zentralamt im jährlichen Bericht über das Gesundheitswesen veröffentlicht werden.

Ein weiterer wesentlicher Punkt der Novelle ist die Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen dafür, in Zukunft im Rahmen der Prüfung eines Bedarfes nach Sanatorien auch bestehende Betten der Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten einzubeziehen.

Darüber hinaus ist Änderungen der Rechtslage in anderen Bereichen Rechnung zu tragen (Novellierung des Arbeitnehmerschutzgesetzes durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 544/1982, Arzneimittelgesetz, BGBl. Nr. 185/1983, Bundesgesetz über die Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit, BGBl. Nr. 104/1985); andererseits gilt es, die medizinische Versorgung zu verbessern und zu aktuellen Problemen (zB der Kostentragung bei der Behandlung ausländischer Patienten in Österreich) Lösungen zu finden.

Inhalt:

Die Novelle weist im wesentlichen folgenden Inhalt auf:

- Regelungen in Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die Jahre 1988 bis einschließlich 1990
- Einführung eines Kostenbeitrages von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse
- Erfassung der Krankenkategorie in Österreich in Form der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-Code)
- Rechtliche Angleichung von Sonderklassebetten an Sanatorien
- Schaffung von Ethikkommissionen
- Rechtliche Verankerung eines unverzüglich auszustellenden Arztbriefes im Interesse der Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenanstalt und freiberuflich tätigen Ärzten
- Anpassung an die zuvor genannten Bundesgesetze
- Verkürzung der Aufbewahrungsfrist von Röntgenbildern sowie bei ambulanter Behandlung
- Bestimmungen über die Kostentragung bei der Behandlung von Ausländern in Österreich
- Verbesserung der medizinischen Versorgung in Krankenanstalten durch Erweiterung der Ausstattungserfordernisse von Krankenanstalten
- Legistische Verbesserungen

Alternative:

Zu den in Durchführung der erwähnten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG sowie aus legislativer Sicht gebotenen Anpassung bestehen keine Alternativen. Im übrigen könnte auch die geltende Rechtslage beibehalten werden, doch würden damit wesentliche Verbesserungen der medizinischen Versorgung sowie die Lösung dringender Probleme aufgeschoben werden; dies ist nicht vertretbar.

Erläuterungen

A. Allgemeiner Teil

Während im Zusammenhang mit der Finanzierung von Krankenanstalten im Laufe der vergangenen Jahre, zuletzt in Ausführung der bis Ende 1987 in Geltung gestandenen Vereinbarung über die Finanzierung von Krankenanstalten durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 218/1985, wiederholt Novellierungen des Krankenanstaltengesetzes erforderlich waren, wurden sonstige notwendige Änderungen einer umfassenden Novellierung vorbehalten.

Die vorliegende Novelle enthält nunmehr folgende Schwerpunkte:

1. Regelungen in Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die Jahre 1988 bis einschließlich 1990:

- Neufassung des § 10a Abs. 1 im Zusammenhang mit der vereinbarten Bettenreduktion, von der auch private, nicht gemeinnützig geführte Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6 erfaßt sind,
- Neufassung des § 28 betreffend Pflegegebühren und Sondergebühren und
- Aufhebung der §§ 57 bis 59a „Zweckzuschüsse des Bundes“ nach Maßgabe der Vereinbarung.

2. Einführung eines Kostenbeitrages von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse.

Im Zuge der Bestrebungen, die finanziellen Grundlagen für die Träger von Krankenanstalten den gebotenen Verbesserungen zuzuführen, gilt es, unter Wahrung des nicht in Zweifel zu ziehenden Grundsatzes, der gesamten Bevölkerung — unabhängig von Einkommens- und Vermögensverhältnissen — die jeweils erforderliche, bestmögliche medizinische Versorgung zu gewährleisten, in den verschiedensten Bereichen Prüfungen dahin anzustellen, zusätzliche Mittel zur Finanzierung von Krankenanstalten zu erschließen.

Während nach den Bestimmungen des Krankenanstaltenrechts nun grundsätzlich vorgesehen ist, den Trägern öffentlicher Krankenanstalten die mit dem Betrieb von Krankenanstalten sowie der Behandlung der Patienten entstehenden Kosten

durch kostendeckend ermittelte Pflegegebühren abzugelten, erfolgt tatsächlich durch die für die Träger der Sozialversicherung vorgesehenen reduzierten Pflegegebührenersätze in nahezu allen Fällen ein nur teilweiser Ersatz der dem Anstaltsträger entstandenen Kosten. Zum anderen muß aber darauf hingewiesen werden, daß für den zur Behandlung in der Krankenanstalt untergebrachten Patienten für die Dauer dieser Unterbringung jedenfalls eine Reihe von Kosten entfallen, die durch die Haushaltsführung notwendigerweise täglich entstehen. Dies gilt in erster Linie für die zur notwendigen Verköstigung täglich erforderlichen Ausgaben. Darüber hinaus werden aber auch in anderem Zusammenhang (beispielsweise Heiz- und Beleuchtungskosten) für die Dauer der Behandlung in der Krankenanstalt Kosten entfallen.

Es erscheint daher vertretbar, von jenen Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, die Anstaltspflege als Sachleistung in Anspruch nehmen und für die vom zuständigen Träger der Sozialversicherung an den Träger einer Krankenanstalt Gebührenersätze zur Gänze geleistet werden, einen Kostenbeitrag in Höhe von 50 S pro Tag eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt einzuheben.

Ausnahmen sind für jene Personen vorgesehen, die bereits nach den bisher geltenden Bestimmungen einen Selbstbehalt zu leisten haben.

Ferner bestehen Ausnahmen für Personen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist. Dies soll für jenen Personenkreis gelten, der von der Pflicht zur Entrichtung einer Rezeptgebühr befreit ist (vgl. hiezu im einzelnen die Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die Befreiung von der Rezeptgebühr gemäß § 31 Abs. 3 Z 21 ASVG). In gleicher Weise soll diese Ausnahme für jene Personen gelten, die ohnehin bereits in Form eines sogenannten „Selbstbehaltes“ einen Betrag zu leisten haben.

Im ASVG sowie den entsprechenden Parallelgesetzen wird vorgesorgt, daß die Träger der Sozialversicherung den Trägern der Krankenanstalten die für die Einhebung des Kostenbeitrages notwendigen Daten übermitteln.

3. Erfassung der Krankbewegung in Österreich in Form der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-Code):

Die Erfassung der Krankbewegung in Österreich nach dem ICD-Code ist aus folgenden Erwägungen geboten:

- Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der österreichischen Bevölkerung,
- zur Sicherung der Qualität des Gesundheitswesens,
- für eine bedarfsgerechte Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen sowie
- für den Aufbau eines geeigneten Gesundheitsinformationssystems im Rahmen des WHO-Projektes „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“.

Um die Maßnahmen gesundheitspolitischer Planungen qualitativ und quantitativ beurteilen zu können, benötigt man in erster Linie Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken. Der verbesserte Informationsfluß und die Verringerung der Fehlinformation durch die Einführung der ADV im Gesundheitswesen kann zu erheblichen Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserungen der Krankenversorgung führen.

Für die Optimierung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung ist mehr Wissen über die Auswirkungen vieler Faktoren der natürlichen und sozialen Umwelt, sowohl einzeln als auch in kombinierter Form, auf die Gesundheit erforderlich. Um bessere Indikationen für Morbidität, Behinderungen, positive Gesundheitsaspekte und den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand sowie für Qualität, Zugänglichkeit und Bedarfsgerechtigkeit der Dienstleistungen entwerfen zu können, müssen das Gesundheitsniveau und die Gesundheitsressourcen gemessen und ihre Nutzung näher untersucht werden.

Durch eine bessere Information, Koordination und Kooperation im österreichischen Gesundheitswesen kann sowohl die Qualitätssicherung als auch die Kontrolle der Kostenexpansion optimiert werden.

Die Kompetenz des Bundes zur Erlassung dieser Regelungen als unmittelbar anwendbares Bundesrecht ergibt sich aus Art. 10 Abs. 1 Z 13 B-VG.

4. Rechtliche Angleichung von Sonderklassebetten an Sanatorien:

Durch die Novelle sollen die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, in Zukunft im Rahmen des Verfahrens zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für Sanatorien bei der Prüfung des Bedarfes (vgl. § 3 Abs. 2 lit. a KAG) auch bestehende Betten der Sonderklassen öffentlicher Krankenanstalten einzubeziehen. Dies entspricht der aus Anlaß der Behandlung der KAG-Novelle 1985, BGBl. Nr. 565, vom Nationalrat am 12. Dezember

1985 gefaßten EntschlieÙung Nr. E 51/16. GP, durch die der Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz ersucht wurde, in Verhandlungen mit den Ländern dafür zu sorgen, daß im Interesse einer Chancengleichheit im Wettbewerbsbereich eine Bereinigung des Zusammenwirkens zwischen öffentlichen Krankenanstalten und privaten, auf die Erzielung eines wirtschaftlichen Gewinnes gerichteten Krankenanstalten, erreicht wird.

Diese EntschlieÙung wurde durch das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes vom 21. Mai 1986, 85/09/0258, besonders aktualisiert. Der Verwaltungsgerichtshof vertrat in dieser Entscheidung die Auffassung, bei der Beurteilung des Bedarfes nach einem Sanatorium dürften keinesfalls öffentliche Krankenanstalten hinsichtlich ihrer Sonderklassebetten mit einbezogen werden, da sich die Sonderklasse von der allgemeinen Gebührenklasse nur hinsichtlich der Ausstattung der Krankenzimmer und der Anzahl der Krankenbetten unterscheidet, wohingegen bei der Pflege und Verpflegung kein Unterschied bestehen dürfe. Sanatorien seien hingegen schon von ihrer gesetzlichen Definition bestimmt, durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung, Pflege und Unterbringung zu entsprechen.

Aus diesem Erkenntnis ergibt sich somit, daß es den Trägern öffentlicher Krankenanstalten schon auf Grund zwingender gesetzlicher Bestimmungen verwehrt ist, außerhalb der medizinischen Betreuung auf dem Gebiet der unter dem Schlagwort „Hotelleistungen“ zu bezeichnenden Nebenleistungen höchsten Ansprüchen gerecht zu werden. Damit ist es den Trägern öffentlicher Krankenanstalten schon von der Gesetzeslage her verwehrt, durch das Angebot derartiger Leistungen entsprechende Einnahmen zu erzielen. Die vorgesehene gesetzliche Angleichung der Sonderklasse an Sanatorien soll die rechtliche Voraussetzung schaffen, daß Träger öffentlicher Krankenanstalten unter gleichen Wettbewerbschancen in Konkurrenz zu privaten Sanatorien treten können.

5. Schaffung von Ethikkommissionen:

Durch die Errichtung von Ethikkommissionen an Krankenanstalten, an denen klinische Prüfungen von Arzneimitteln durchgeführt werden, sollen die Vorschriften des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, ergänzt werden.

6. Rechtliche Verankerung eines unverzüglich auszustellenden Arztbriefes im Interesse der Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenanstalt und freiberuflich tätigen Ärzten.

Weiters sind im Zusammenhang mit der Vollziehung des Arbeits- und Sozialgerichtsgesetzes, BGBl. Nr. 104/1985, die Befundung und Begutachtung von Personen im Zuge von Verfahren über Leistungssachen sicherzustellen und Änderungen, die sich aus der Novellierung des Arbeitnehmer-

schutzgesetzes durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 544/1982 ergeben, vorzunehmen.

Weitere Änderungen dienen der Verbesserung der medizinischen Versorgung in Krankenanstalten, die Verkürzung der Aufbewahrungspflicht von Röntgenbildern soll eine Verminderung der Verwaltungskosten erzielen und entspricht einem Anliegen der Praxis. Darüber hinaus verfolgt der Entwurf das Ziel, Verbesserungen für die Tragung der Kosten bei der Behandlung bestimmter Gruppen von Patienten zu erzielen. So soll es die Landesgesetzgebung in Hinkunft den Trägern von Krankenanstalten ermöglichen, Ausländern, die nur zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Spitzenversorgung nach Österreich kommen, die daraus entstehenden Kosten in voller Höhe in Rechnung zu stellen.

Schließlich sollen legisistische Verbesserungen sowie die Beseitigung von Druckfehlern vorgenommen werden.

Im einzelnen ist hinsichtlich des Inhaltes des vorliegenden Gesetzentwurfes auf die Ausführungen im folgenden Besonderen Teil zu den einzelnen Bestimmungen zu verweisen.

Die Kompetenz des Bundes zur Erlassung dieses Bundesgesetzes gründet sich auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG (Heil- und Pflegeanstalten), Art. 10 Abs. 1 Z 4 B-VG (Bundesfinanzen) und Art. 10 Abs. 1 Z 13 B-VG (Statistik) sowie hinsichtlich der Anpassung an geänderte Vollzugszuständigkeiten auf Art. 10 Abs. 1 Z 4, 6, 7 und 12 B-VG und Art. 14 Abs. 1 B-VG.

B. Besonderer Teil

Zu Art. I Z 1, 11 und 12 (§ 2 Abs. 1 Z 6 und § 16):

Zur Angleichung der bei der Unterbringung in der Sonderklasse möglichen Nebenleistungen an diese Leistungen in Sanatorien ist es erforderlich, eine Unterscheidung im Zusammenhang mit der Pflege der Patienten zu vermeiden. Der Begriff der Pflege steht jedenfalls nach seinem sprachlichen Verständnis im Zusammenhang mit der medizinischen Betreuung, wobei auf diesem Gebiet jedoch keinerlei Unterschied zwischen allgemeiner Gebührenklasse und Sonderklasse zu bestehen hat. Das Wort „Pflege“ in Z 6 hat daher zu entfallen.

Die Änderung des § 16 dient gleichfalls der gebotenen Herstellung der Wettbewerbsgleichheit zwischen öffentlichen Krankenanstalten und Sanatorien.

Zum einen ist bei der Definition der Gemeinnützigkeit (Abs. 1) darauf Bedacht zu nehmen, daß diese Gemeinnützigkeit auch dann gegeben ist, wenn Verpflegung und Unterbringung bei der Aufnahme in die Sonderklasse nicht allein vom Gesundheitszustand des Patienten abhängen. Wie bereits zuvor zu § 2 Abs. 1 Z 6 erwähnt, hat aller-

dings weder in Sanatorien noch in öffentlichen Krankenanstalten im Zusammenhang mit der medizinischen Betreuung eine Unterscheidung zu erfolgen. Diese richtet sich vielmehr allein nach dem Gesundheitszustand des Patienten und der vorhandenen Ausstattung der Krankenanstalt.

Abs. 2 des § 16 wird schließlich durch eine Legaldefinition der Sonderklasse erweitert, die in ihrem Wortlaut der Definition des Sanatoriums im § 2 Abs. 1 Z 6 gleicht. Damit wird es in Hinkunft nicht nur möglich, sondern sogar geboten sein, in die Bedarfsprüfung nach Sanatorien auch bestehende Betten der Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten mit einzubeziehen.

Zu Art. I Z 2 (§ 2 Abs. 2 lit. b):

Anpassung an § 22 des Arbeitnehmerschutzgesetzes in der Fassung der Novelle BGBl. Nr. 544/1982.

Zu Art. I Z 3 (§ 2a Abs. 1 lit. a und b):

1. Das geltende Krankenanstaltengesetz sieht vor, daß lediglich in Schwerpunktkrankenanstalten Einrichtungen für Anästhesiologie vorhanden sein müssen, während für Standardkrankenanstalten solche Einrichtungen nicht vorgesehen sind. Dieser Umstand ist medizinisch unbefriedigend:

Die Ausübung des Sonderfaches Anästhesiologie erfordert Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Anästhesie mit besonderer Berücksichtigung der Anatomie, Pathologie, Physiologie, Pharmakologie und Physik. Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen der allgemeinen Chirurgie, der Kinderheilkunde sowie für Frauenheilkunde und Geburtshilfe benötigen unbedingt einen entsprechenden anästhesiologischen Dienst. Hinzu kommt, daß das nichtärztliche Personal in Krankenanstalten keineswegs dazu befugt ist, rein ärztliche Tätigkeiten auf dem Gebiet der Anästhesie vorzunehmen.

2. Die Umbenennung der Abteilungen für Nerven- und Geisteskrankheiten in Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie erfolgt im Interesse einer begrifflichen Einheit (vgl. die Ärzte-Ausbildungsordnung mit der Bezeichnung des klinischen Sonderfaches Neurologie und Psychiatrie (Psychiatrie und Neurologie).

Zu Art. I Z 4 (§ 3 Abs. 3):

Durch die Erweiterung dieser Bestimmung soll der zuständigen Interessenvertretung der Ärzte und, bei Errichtung selbständiger Zahnambulatorien, auch der Österreichischen Dentistenkammer die Möglichkeit eingeräumt werden, durch ein Anhörungsrecht die Interessen ihrer Mitglieder in das Bewilligungsverfahren einzubringen.

Zu Art. I Z 5 (§ 3 Abs. 6):

Wie der Verwaltungsgerichtshof in seiner Rechtsprechung ausführt, können Beschwerden nach Art. 131 Abs. 1 Z 1 B-VG nur unter Berufung auf eigene, gegen den Staat als Träger der Hoheitsgewalt gerichtete Interessenssphären erhoben werden. Fehlt es an der Behauptung, in einer eigenen Interessenssphäre verletzt zu sein, oder überhaupt an der Möglichkeit einer derartigen Verletzung, dann bedarf es zur Beschwerdeerhebung außer in den bundesverfassungsgesetzlich vorgesehenen Fällen einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung (vgl. zB den Beschluß eines verstärkten Senates vom 2. Juli 1981, SlgNF Nr. 10.511/A).

Entsprechend der geltenden grundsatzgesetzlichen Bestimmung des § 3 Abs. 6 KAG sehen die Landesausführungsgesetze vor, daß den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte in Verfahren zur Genehmigung der Errichtung oder Inbetriebnahme von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers (bei Zahnambulatorien auch die Interessenvertretung der Dentisten) in den Fällen der lit. a bis c des § 3 Abs. 6 KAG Parteistellung im Sinne des § 8 AVG 1950 zukommt. Gesetzliche Ermächtigungen zur Erhebung von Beschwerden an den Verwaltungsgerichtshof durch die genannten Interessenvertretungen im Sinne der oben dargestellten Judikatur sind in den Landesausführungsgesetzen jedoch nicht enthalten. Beschwerden dieser Interessenvertretungen werden vom Verwaltungsgerichtshof daher mangels Berechtigung zu ihrer Erhebung zurückgewiesen (vgl. den Beschluß vom 19. Feber 1986, Zl. 85/09/0235).

Dem Auftrag zur Wahrnehmung der Interessen kann letztlich aber nur dann voll entsprochen werden, wenn den im Verwaltungsverfahren als Parteien berufungsberechtigten Interessenvertretungen auch die Möglichkeit zusteht, gegen letztinstanzliche Bescheide Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben. Dieses Recht sollte den genannten Interessenvertretungen auch schon durch die bisherige Regelung zukommen, was allerdings auf Grund der beschriebenen Judikatur nicht der Fall war.

Es ist daher die Landesausführungsgesetzgebung zu verhalten, den Interessenvertretungen der Ärzte und der Dentisten in den im § 3 Abs. 6 KAG genannten Fällen nicht nur Parteistellung im Sinne des § 8 AVG 1950 einzuräumen, sondern auch gesetzliche Ermächtigungen zur Beschwerdeerhebung an den Verwaltungsgerichtshof vorzusehen.

Zu Art. I Z 6 (§ 8b Abs. 3):

Druckfehlerberichtigung.

Zu Art. I Z 7 (§ 8c):

Durch das Arzneimittelgesetz des Jahres 1983, BGBl. Nr. 185, wurden für die Erprobung neuer

Arzneimittel am Menschen strengste Bestimmungen geschaffen. Im Zusammenhang damit ist es erforderlich, auch im Rahmen des Krankenanstaltenrechts ergänzende Vorschriften für die klinische Erprobung in Krankenanstalten zu setzen. Entsprechend der Kompetenzrechtslage hat sich der Bundesgesetzgeber in diesem Bereich jedoch auf die Erlassung grundsatzgesetzlicher Bestimmungen zu beschränken; es wird Sache der Landesgesetzgebung sein, auch im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung die erforderlichen strengen Bestimmungen zu erlassen.

Abs. 1 sieht für die Landesgesetzgebung zwingend vor, durch Verpflichtung der einzelnen Krankenanstaltenträger dafür zu sorgen, daß an Krankenanstalten, in denen klinische Prüfungen von Arzneimitteln vorgenommen werden, eine Kommission eingerichtet wird, die diese Erprobung neuer Arzneimittel zu beurteilen hat. Der Begriff der klinischen Prüfung ist in diesem Zusammenhang weit zu verstehen und erstreckt sich auch auf jene Erprobung, die nicht an Pflegekräften in stationärer Behandlung durchgeführt wird. Es genügt, daß die Aufsicht durch die Krankenanstalt vorliegt. Dabei ist es unerheblich, ob auch der Leiter des Versuches der Krankenanstalt angehört. Unter Aufsicht ist auch die alleinige medizinische Überwachung zu verstehen.

Die Kommission hat sich auf die Abgabe einer Beurteilung zu beschränken, es kommt ihr somit keinerlei Behördencharakter zu.

Abs. 2 gibt an, welche Mitglieder die Landesgesetzgebung zumindest vorzunehmen hat, wobei es der Ausführungsgesetzgebung freisteht, über diesen grundsatzgesetzlichen Rahmen hinausgehend weitere Mitglieder vorzusehen.

Abs. 3 stellt durch die Anfertigung eines Protokolls die Dokumentation der für die Willensbildung der Kommission maßgeblichen Überlegungen auch nach Durchführung einer klinischen Prüfung sicher. Dabei ist es unerlässlich, auch die für die Willensbildung erheblichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Für die Beurteilung wesentlich sind jedenfalls alle Unterlagen, die sich aus den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes ergeben, ferner aber auch sämtliches Material (zB wissenschaftliche Aufsätze, Fachliteratur, diverse Prüfungsberichte usw.), die sonst von Einfluß waren.

Der wiederholt vorgebrachten Forderung, der Kommission auch die Funktion einer Beschwerdestelle zu übertragen, wurde schließlich nicht entsprochen. Es steht der Landesgesetzgebung frei, im grundsatzfreien Raum der Kommission auch die Aufgabe einer Ombudsstelle für Patientenbeschwerden zu übertragen, andererseits sind derartige Beschwerdestellen verschiedentlich bereits eingerichtet. Die Verankerung dieser Ombudsstellen in bestimmter Form bereits in den Grundsätzen des Bundes würde bedeuten, daß bewährte, jedoch

andere organisierte Ombudsstellen dem Grundsatzgesetz anzupassen wären.

Zu Art. I Z 8 (§ 9 Abs. 1):

Die im ersten Satz dieser Gesetzesstelle enthaltene Verschwiegenheitspflicht ist auf die Mitglieder der Kommissionen gemäß Art. I Z 7 (§ 8c) auszuweiten.

Zu Art. I Z 9 (§ 10 Abs. 1 Z 3):

Nicht unbeträchtliche Kosten entstehen den Trägern von Krankenanstalten auch durch die Verpflichtung, Krankengeschichten zumindest 30 Jahre hindurch aufzubewahren. Da allerdings nicht alle Bestandteile von Krankengeschichten über einen derart langen Zeitraum ihre Beweiskraft bewahren, ist es aus ökonomischen Überlegungen geboten, die Aufbewahrungsfrist für jene Teile von Krankengeschichten zu verkürzen, deren Beweiskraft bereits vor Ablauf der dreißigjährigen Frist nicht mehr gegeben ist. Dies ist insbesondere bei Röntgenbildern der Fall. Die Aufbewahrungsfrist wird für diese Teile auf zumindest zehn Jahre herabgesetzt.

In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, daß die Regelung über die Aufbewahrung von Krankengeschichten auch für Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 7) gilt. Eine generelle Ausnahme dieser Krankenanstalten aus der Regelung des § 10 Abs. 1 Z 3 kommt nicht in Betracht, ist doch auch bei der Behandlung in selbständigen Ambulatorien das überragende Interesse der Patienten an einer Dokumentation der an ihnen vorgenommenen Behandlung samt der diesen Unterlagen zukommenden Beweiskraft zu wahren.

Es erscheint allerdings vertretbar, die Aufbewahrungsfrist bei ambulanter Behandlung generell auf mindestens zehn Jahre herabzusetzen.

Zu Art. I Z 10 (§ 10a Abs. 1):

Gemäß Art. 1 Abs. 2 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die Jahre 1988 bis einschließlich 1990 soll während der Laufzeit dieser Vereinbarung die Zahl der Akutbetten nach Maßgabe eines Realisierungsplanes, der bis 31. Oktober 1988 im Arbeitskreis für Krankenanstaltenfinanzierung und -strukturreformen zu erarbeiten und daraufhin in der Fondsversammlung zu beschließen ist, österreichweit um 2 600 vermindert werden.

Von dieser Bettenreduktion sollen auch private, nicht gemeinnützige Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6 KAG umfaßt sein.

Die Neufassung des § 10a Abs. 1 KAG trägt diesem Punkt der Vereinbarung Rechnung, wobei nach Vorliegen des erwähnten Beschlusses der

Fondsversammlung im Herbst 1988 auch § 10a Abs. 2 und 3 KAG dem konkreten Realisierungsplan entsprechend abzuändern sein werden.

Zu Art. I Z 13 (§ 20 Abs. 4):

§ 20 Abs. 5 enthält die Aufgaben, die der Konsiliarapotheker in Anstaltsapotheken zu erfüllen hat. Durch Umgestaltung des Abs. 4 soll in Zukunft unmißverständlich zum Ausdruck gebracht werden, daß der Konsiliarapotheker fachlich geeignet und in der Lage sein muß, diese Aufgaben zu erfüllen, und die Landesregierung dies anläßlich der Genehmigung der Bestellung zu prüfen hat.

Zu Art. I Z 14 (§ 22 Abs. 2):

Der Klarheit halber soll § 22 Abs. 2 KAG, der generell die Aufnahme von Pfléglingen in öffentliche Krankenanstalten regelt, durch die Wiederholung der sich aus § 148 Z 1 ASVG ergebenden Pflicht zur Aufnahme krankenversicherter Pfléglinge ergänzt werden.

Zu Art. I Z 15 (§ 22 Abs. 3):

Die Regelung des § 22 Abs. 3 stellt in der geltenden Fassung derzeit bloß auf jene Personen ab, die ein Sozialversicherungsträger zum Zweck einer Begutachtung im Zusammenhang mit einem Verfahren über die Gewährung von Leistungen in eine Krankenanstalt einweist.

Diese Regelung ist nicht ausreichend, da auch Gerichte im Zusammenhang mit Verfahren über Leistungssachen in bestimmten Fällen Befunde auf Grund stationärer Durchuntersuchung für die Erstellung von Sachverständigenurteilen benötigen.

Im Hinblick auf das mit 1. Jänner 1987 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit, BGBl. Nr. 104/1985, ist es geboten, diese Lücke zu schließen.

Zu den Kosten, die den Trägern von Krankenanstalten aus dieser Aufgabenerweiterung erwachsen, wird auf die Neufassung des § 28 Abs. 4 samt Erläuterungen hiezu verwiesen.

Zu Art. I Z 16 (§ 24 Abs. 2):

Durch diese Ergänzung werden die Krankenanstalten verpflichtet, neben dem unmittelbar bei der Entlassung dem Patienten auszufolgenden Entlassungsschein auch unverzüglich einen Arztbrief anzufertigen, da es im Hinblick auf eine allenfalls erforderliche weitere Behandlung von größter Wichtigkeit ist, daß der weiterbehandelnde Arzt ehestens vom Zustand des Pfléglings, der durchgeführten Behandlung, den in der Krankenanstalt verordneten Medikamenten usw. umfassend und vollständig benachrichtigt wird. Allenfalls könnte die Krankenanstalt auch Vorschläge für die weitere

Behandlung, insbesondere die weitere Medikation, erstatten. Grundlage für diese Information wird die Krankengeschichte sein.

Die Verpflichtung zur unverzüglichen Anfertigung eines umfassenden Arztbriefes schließt nicht aus, daß in Einzelfällen unmittelbar bei der Entlassung nur eine medizinische Kurzinformation ausgestellt und der umfassende Arztbrief zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgereicht wird.

Den auch in diesem Zusammenhang zu wahrenen Erfordernissen des Datenschutzes wird — wie auch insgesamt den Rechten der Patienten — dadurch Rechnung getragen, daß durch Befragen des Pfléglinges diesem ein Wahlrecht zukommt, an welchen Arzt der Arztbrief zu übermitteln ist oder ob der Arztbrief dem Pflégling selbst übermittelt werden soll.

Zu Art. I Z 17 (§ 27 Abs. 1):

Anpassung des Gesetzestextes an den im § 27a vorgesehenen Kostenbeitrag durch Pfléglinge.

Zu Art. I Z 18 (§ 27 Abs. 4 lit. d):

In seinem Erkenntnis vom 20. Juni 1984, G 30, 31/82, V 21/82, hat der Verfassungsgerichtshof aus Anlaß eines Antrages des Obersten Gerichtshofes gemäß Art. 89 Abs. 2 B-VG auf Aufhebung des § 27 Abs. 4 lit. d KAG festgestellt, die genannte Bestimmung enthalte keinen Grundsatz, sie umschreibe vielmehr bloß einen nicht grundsatzbestimmten Freiraum des Landesgesetzgebers. Wegen der daraus folgenden Nichtanwendbarkeit dieser Bestimmung durch das anfechtende Gericht wurde der Anfechtungsantrag zu § 27 Abs. 4 lit. d KAG vom Verfassungsgerichtshof zurückgewiesen.

Die weiteren Ausführungen des Verfassungsgerichtshofes betreffen die vom Obersten Gerichtshof gleichfalls angefochtenen Ausführungsbestimmungen des Salzburger Landesgesetzgebers zu § 27 Abs. 4 lit. d KAG. Dabei stellte der Verfassungsgerichtshof zu § 43 Abs. 1 der Salzburger Krankenanstaltenordnung, LGBl. Nr. 97/1975, und der darin im Sinne der Grundsatzbestimmung des § 27 Abs. 4 lit. d KAG normierten Aufteilung des sogenannten „Arzthonorares“ fest, daß Ärzte in Krankenanstalten in einer Rechtsbeziehung nur zum Träger der Krankenanstalt stehen. Für die gesetzliche Regelung von Vergütungen für im Rahmen eines Dienstverhältnisses erbrachte Leistungen sind aber, je nachdem, wer Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt ist, verschiedene Kompetenztatbestände, wie insbesondere des Zivilrechts, des Arbeitsrechts, des Dienstrechtes der Bundesangestellten und des Dienstrechtes der Angestellten der Länder, maßgeblich. Hieraus folge, daß die Grundlage der Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und dem Rechtsträger einer Krankenanstalt sowohl ein öffentlich-rechtliches als auch ein privatrechtliches Dienstverhältnis oder ein Rechtsverhältnis anderer

Natur sein könne. Die komplexe Ausführungsregelung des Salzburger Landesgesetzgebers, der — ohne Differenzierung nach in seine Kompetenz fallenden Tatbeständen — im Zusammenhang mit Sondergebühren eine Verteilung des Arzthonorars anordnete, war daher vom Verfassungsgerichtshof als verfassungswidrig aufzuheben.

Für das Krankenanstalten-Grundsatzgesetz des Bundes ergibt sich hieraus, daß § 27 Abs. 4 lit. d KAG mit dem Auftrag an die Landesgesetzgebung zu bestimmen, in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Aufteilung der weiteren Entgelte in der Sonderklasse und der Beiträge für die ambulatoische Behandlung an die Abteilungsleiter und die anderen Ärzte des ärztlichen Dienstes bzw. zwischen dem Abteilungsleiter und seinem Vertreter zu erfolgen hat, zum einen an die Ausführungsgesetzgebung keinerlei Grundsatz richtet, sondern bloß einen Freiraum des Landesgesetzgebers umschreibt, zum anderen aber Grundlage dafür sein kann, daß ausgehend von der auch im Grundsatzgesetz enthaltenen Komplexität die Ausführungsgesetzgebung Regelungen trifft, die nicht in die Zuständigkeit der Landesgesetzgebung fallen und daher verfassungswidrig sind.

Es scheint daher zweckmäßig, § 27 Abs. 4 lit. d KAG ersatzlos zu streichen.

Zu Art. I Z 19 (§ 27 Abs. 5 und 6):

1. Das im Abs. 5 in Klammern enthaltene Zitat ist an den neuen im § 27a vorgesehenen Kostenbeitrag durch Pfléglinge anzupassen.

2. In den vergangenen Jahren wurde aus der Bevölkerung wiederholt das Anliegen vorgebracht, bei der Aufnahme von Kleinkindern in Krankenanstalten dafür zu sorgen, daß auch den Kindern vertraute Begleitpersonen gemeinsam mit dem Kind in die Krankenanstalt aufgenommen werden können. Zugleich wurde damit die Forderung verbunden, für diese Aufnahme von Begleitpersonen lediglich jene Kosten in Rechnung zu stellen, die durch diese Aufnahme dem Träger der Krankenanstalt tatsächlich erwachsen.

Während nun schon nach den geltenden Grundsätzen des Krankenanstaltengesetzes eine Aufnahme von Begleitpersonen vorgesehen ist (die nähere Regelung ist dabei neben zwingenden Grundsätzen für die Aufnahme von Säuglingen der Landesausführungsgesetzgebung überlassen, vgl. im einzelnen § 23 Abs. 2) und für den Fall, daß ein Säugling nur gemeinsam mit der nicht anstaltsbedürftigen Mutter aufgenommen werden kann, vorgeschrieben wird, daß lediglich für eine Person die Pflegegebühren in Rechnung zu stellen sind (vgl. den geltenden § 27 Abs. 6), fehlen im Grundsatzgesetz des Bundes Regelungen zu dem eingangs dargestellten Anliegen, in jenen Fällen, in denen die Aufnahme einer Begleitperson (der Mutter) des Kindes nicht aus zwingenden medizinischen Grün-

den erfolgt, das hierfür zu entrichtende Entgelt mit der Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten (Hotelleistungen für die Begleitperson) zu begrenzen.

Es soll daher zur bundesweiten Verwirklichung dieses Anliegens die Grundsatzregelung durch Erweiterung des § 27 Abs. 6 ergänzt und angeordnet werden, daß in den in Rede stehenden Fällen Begleitpersonen bei einer Unterbringung in der allgemeinen Gebührenklasse nur zur Entrichtung von Pflegegebühren in der Höhe der hieraus tatsächlich entstandenen Kosten verpflichtet werden dürfen.

Zu Art. I Z 20 (§ 27a):

Wie bereits im Allgemeinen Teil der Erläuterungen ausgeführt wurde, stellt die vorgeschlagene Einhebung eines Kostenbeitrages von 50 Schilling pro Verpflegstag von Pflegelingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Behandlung ein Träger der Sozialversicherung aufkommt, einen Schritt zur Verbesserung der finanziellen Grundlagen der Träger von Krankenanstalten dar. Dabei ist es aus den gleichfalls im Allgemeinen Teil dargestellten Erwägungen gerechtfertigt, auch die Pflegelinge in der vorgeschlagenen Höhe einen Beitrag zur Erreichung dieses Zieles leisten zu lassen. Hinsichtlich der dabei gebotenen Ausnahmen darf auf die Ausführungen im Allgemeinen Teil der Erläuterungen verwiesen werden.

Dieser Beitrag soll unmittelbar den Trägern der Krankenanstalten zukommen und wird für diese eine zusätzliche Einnahme darstellen, da keine Änderung des § 28 Abs. 1 erfolgt, wonach die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren unter Bedachtnahme lediglich auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln sind. Die von den Pflegelingen einzuhebenden Kostenbeiträge gemäß § 27a bleiben daher für die Berechnung der Pflegegebühren ohne Auswirkung.

Zu Art. I Z 21 (§ 28):

Die Neufassung des § 28 enthält die auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die Jahre 1988 bis einschließlich 1990 gebotenen Anpassungen.

Darüber hinaus ist zu § 28 Abs. 4 zu bemerken:

Zu Abs. 4 Z 1:

Wie bereits zu Art. I Z 17 ausgeführt, bringt es insbesondere das mit 1. Jänner 1987 in Kraft getretene Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz, BGBl. Nr. 104/1985, mit sich, den im § 22 Abs. 3 umschriebenen Begriff der Anstaltsbedürftigkeit dahin zu erweitern, daß auch Personen, die von einem Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck der

Befundung oder Begutachtung in eine Krankenanstalt eingewiesen werden, zum Kreis der anstaltsbedürftigen Personen zu zählen sind.

Dabei darf aber nicht übersehen werden, daß die sich daraus ergebenden weiteren Aufgaben für Krankenanstalten mit nicht unerheblichen Kosten für die Träger dieser Krankenanstalten verbunden sein werden.

Es ist daher geboten, den Trägern von Krankenanstalten in den Fällen der Befundung oder Begutachtung von Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zu diesem Zweck einweist, eine Verrechnung der Pflegegebühren in voller Höhe zu ermöglichen.

Zu Abs. 4 Z 3:

Durch § 28 Abs. 4 Z 3 soll Art. 28 Abs. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die Jahre 1988 bis einschließlich 1990 ausgeführt werden, wonach der Bund dafür Sorge tragen wird, daß österreichische Krankenversicherungsträger, denen auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit Personen zur Betreuung zugewiesen werden, den zur Kostenerstattung verpflichteten ausländischen Versicherungsträgern neben den Pflegegebührenersätzen auch noch diejenigen Kosten der Anstaltspflege in Rechnung stellen und an den Träger der in Anspruch genommenen Krankenanstalt weiterleiten werden, die aus der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenversicherungsträger über die finanzielle Beteiligung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen.

Dadurch soll gewährleistet werden, daß österreichische Krankenversicherungsträger in Behandlungsfällen im Rahmen der von Österreich abgeschlossenen Übereinkommen über Soziale Sicherheit neben dem mit der jeweiligen Krankenanstalt vereinbarten Pauschalbetrag die Mittel, die sie im Einzelfall für den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds aufzuwenden haben, ebenfalls von den ausländischen Versicherungsträgern refundiert erhalten.

Die Änderungen betreffend § 28 Abs. 11 und 12 sind durch den Entfall der Vorschriften über Schiedskommissionen bedingt. Auf die Erläuterungen zu Art. I Z 22 wird hingewiesen.

Zu Art. I Z 22 (§§ 28a und 28b):

Der Kompetenztatbestand des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG idF vor der Novelle BGBl. Nr. 444/1974 — „Organisation der Verwaltung in den Ländern“ — ermächtigte den Bund, in grundsatzgesetzlichen Regelungen auch Sonderverwaltungsbehörden für den Bereich der Landesvollziehung vorzusehen.

Mit Inkrafttreten der genannten Bundesverfassungsgesetznovelle ist dieser Kompetenztatbestand entfallen. Die Bildung und Errichtung von Verwaltungsbehörden ist seit 1. Jänner 1975 vielmehr ausschließlich Sache der Landesgesetzgebung nach Art. 15 Abs. 1 B-VG geworden. Es können daher auch im KAG des Bundes nicht mehr Vorschriften über Schiedskommissionen getroffen werden, da diese (Sonder-)Verwaltungsbehörden der Länder sind.

Zu Art. I Z 23 (§§ 29 und 30):

1. Die österreichische Medizin genießt nach wie vor weltweit einen hervorragenden Ruf. Aus diesem Grund ist es wiederholt der Fall, daß Ausländer nur deshalb nach Österreich kommen, um sich hier komplizierten medizinischen Behandlungen zu unterziehen. Ihrer Natur nach handelt es sich dabei regelmäßig um Behandlungen der medizinischen Spitzenversorgung, die daher mit entsprechend hohen Kosten verbunden sind.

Seitens dieser ausländischen Patienten besteht durchaus die Bereitschaft, dem jeweiligen Träger der Krankenanstalt sämtliche Behandlungskosten zu ersetzen. Demgegenüber ist es dem Anstaltsträger nach der geltenden Rechtslage jedoch verwehrt, Beträge, die über die Pflege- und allfällige Sondergebühren hinausgehen, in Rechnung zu stellen (vgl. § 27 Abs. 1 KAG). Pflege- und Sondergebühren sind zwar durch die Landesregierung kostendeckend zu ermitteln (vgl. § 28 Abs. 1 KAG), doch liegt dieser Berechnung der Durchschnitt aller in der jeweiligen Krankenanstalt anfallenden Behandlungen zugrunde, sodaß die Kosten der hier in Rede stehenden medizinischen Spitzenleistungen weit über den durchschnittlich kostendeckenden Gebühren liegen.

Durch die Neufassung des § 29 KAG soll nun dem einzelnen Krankenanstaltsträger die Möglichkeit eröffnet werden, bei der Behandlung von Ausländern, die zur Vornahme medizinischer Eingriffe nach Österreich kommen, die daraus erwachsenden tatsächlichen Kosten in Rechnung zu stellen.

§ 29 Abs. 1 KAG entspricht der geltenden, derzeit im Abs. 2 enthaltenen Rechtslage und betrifft die Aufnahme fremder Staatsangehöriger. Diese Regelung soll beibehalten werden, es wird lediglich aus systematischen Gründen der Text des Abs. 2 als künftiger Abs. 1 vorgesehen, wobei — über die derzeitige Regelung hinaus — in Hinkunft auch ein Erlag oder die Sicherstellung der voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten ermöglicht werden soll.

Die derzeitige Regelung der Abs. 1 und 3 soll hingegen entfallen und durch den völlig neu gefaßten Abs. 2 ersetzt werden.

Der geltenden Bestimmung des Abs. 1 kommt praktisch keine Bedeutung zu, da zumindest nach-

weislich kein Staat österreichische Staatsangehörige ungünstiger als seine eigenen Staatsangehörigen behandelt. Die im geltenden Abs. 3 vorgesehene Anhörung von obersten Organen des Bundes im Bereich der Landesvollziehung stößt auf schwere verfassungsrechtliche Bedenken. Beide Absätze sollen daher entfallen.

Der neugefaßte Abs. 2 sieht vor, daß auf der Grundlage entsprechender landesgesetzlicher Ausführungsbestimmungen die Landesregierung vorsehen kann, bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger die durch die Behandlung tatsächlich entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen. Aus humanitären Erwägungen ist diese Regelung auf fremde Staatsangehörige begrenzt, sie findet somit keine Anwendung auf Staatenlose.

Nach der Zielsetzung der vorliegenden Neuregelung, jene Personen zur Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten verpflichtet zu können, die wegen der Vornahme medizinischer Eingriffe nach Österreich kommen, sind zunächst jene Personen auszunehmen, deren Unabweisbarkeit erst in Österreich eingetreten ist (Abs. 2 Z 1).

Weiters sind aus den bereits erwähnten humanitären Erwägungen Flüchtlinge von der Neuregelung auszunehmen (Abs. 2 Z 2). Dabei ist auf § 1 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 126/1968 („Asylgesetz“) abzustellen. Diese Bestimmung erhielt ihre geltende Fassung durch die Novelle BGBl. Nr. 796/1974.

Ferner gilt es jene Personen einschließlich ihrer Angehörigen von der Neuregelung auszunehmen, die auf Grund einer Pflichtversicherung oder auch freiwillig in Österreich Beiträge zu einer gesetzlichen Krankenversicherung leisten (Abs. 2 Z 3). In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes VfSlg. 5345/1966 zu verweisen, demzufolge das Grundrecht auf Gleichheit vor dem Gesetz zwar nur Staatsbürgern, nicht aber auch Ausländern gewährleistet ist, Ausländer aber in dem auch ihnen gewährleisteten verfassungsrechtlichen Schutz des Eigentums verletzt werden, wenn ihnen auf Grund eines gegen den Gleichheitsgrundsatz verstoßenden Gesetzes vermögenswerte Leistungen aufgetragen werden.

Jene fremden Staatsangehörigen, die in Österreich Beiträge zu einer gesetzlichen Krankenversicherung leisten, tragen nun bereits durch diese Leistungen kontinuierlich dazu bei, daß die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch auf dem Gebiet der Krankenanstalten finanziert und damit gewährleistet werden kann.

Dieser Personengruppe stehen hingegen jene fremden Staatsangehörigen gegenüber, die vor ihrer Aufnahme in eine österreichische Krankenanstalt noch keinen Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Österreich geleistet

haben. Es ist daher geboten, den ersterwähnten Personenkreis von der Neuregelung gleichfalls auszunehmen.

Durch Abs. 2 Z 4 soll schließlich auf bestehende sozialversicherungsrechtliche zwischenstaatliche Übereinkommen Bedacht genommen werden. Auf Art. I Z 21 (§ 28) sowie die Erläuterungen zu § 28 Abs. 4 Z 3 KAG wird hingewiesen.

2. Die Neufassung des § 30 KAG stellt die gebotene Anpassung dieser Gesetzesstelle an den neuen § 27a KAG dar.

Zu Art. I Z 24 (§ 32):

Anpassung an den neuen § 27a.

Zu Art. I Z 25 (§ 40 Abs. 1 lit. c):

Erweiterung dahin, daß die im neuen § 24 Abs. 2 vorgesehene Regelung hinsichtlich eines Arztbriefes (siehe Art. I Z 16) auch für den Betrieb privater Krankenanstalten zu gelten hat. Der zweite Halbsatz dieser Gesetzesstelle ist durch die Anführung des neuen § 27a zu ergänzen.

Zu Art. II Z 26 (§ 45):

Nach § 26 in seiner geltenden Fassung ist eine Zustimmung für die Errichtung von Anstaltsambulatorien an Universitätskliniken nicht mehr erforderlich, da es innerhalb von Krankenanstalten keine selbständigen Ambulatorien gibt und die Erbringung von ambulanten Leistungen eine Pflichtaufgabe der Krankenanstalten darstellt. Der gegenstandslos gewordene § 45 ist daher zu streichen.

Zu Art. II Z 27 (§ 47):

Durch das Insolvenzrechtsänderungsgesetz 1982, BGBl. Nr. 370, wurde der sogenannte „klassenlose Konkurs“ geschaffen. Die somit gegenstandslos gewordene Bestimmung des § 47 hat daher zu entfallen.

Zu Art. II Z 28 (§ 56):

Klarstellung der Ressortzuständigkeiten und Ressortbezeichnungen.

Zu Art. II Z 29 und 30:

Die Überschrift zum Hauptstück D „Ersätze und Zweckzuschüsse des Bundes“ und — sofern sich aus den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds nicht anderes ergibt — die §§ 57 bis 59a samt deren Überschrift „Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 12 und 13 F-VG 1948, BGBl. Nr. 45)“ werden aufgehoben.

Zu Art. II Z 31 (§§ 62d bis 62f):

Zur Notwendigkeit, in Österreich in Krankenanstalten eine Diagnosen Erfassung in der Form der

von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-Code) vorzunehmen, ist auf die bereits im Allgemeinen Teil getroffenen Ausführungen zu verweisen.

Hinsichtlich der einzelnen Bestimmungen ist zu ergänzen:

Die im § 62d vorgeschlagene Fassung des ICD-Codes nach der Vereinigung Schweizer Krankenhäuser (sogenannte „VESKA-Version“) ergibt sich aus Überlegungen der Zweckmäßigkeit, da diese Fassung sowohl unter dem Gesichtspunkt der zu dokumentierenden Daten als auch unter dem Gesichtspunkt möglichst geringer Kosten die beste Lösung darstellt. Durch diese neue statistische Grundlage soll der bisherige „C-Bericht“ nach einer Übergangsfrist ersatzlos entfallen.

Zur Erreichung der im Allgemeinen Teil genannten Ziele ist es erforderlich, daß die Träger von Krankenanstalten jährlich Berichte über die in den jeweiligen Krankenanstalten gestellten Diagnosen dem Bundeskanzleramt übermitteln (siehe § 62e Abs. 1).

§ 62f verpflichtet den Bundeskanzler schließlich, auf Grund der ihm vorgelegten Diagnosenberichte eine länderbezogene Statistik über die Krankenbewegung zu erstellen und diese Daten dem Österreichischen Statistischen Zentralamt zwecks Veröffentlichung im jährlich erscheinenden Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich zu übermitteln. Aus Datenschutzgründen sind dabei Einzelfallkategorien zu vermeiden.

Zu Art. II Z 32 (§ 64):

Der von den Pfinglingen zu entrichtende Kostenbeitrag (§ 27a) gilt nicht als Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1972 und ist somit von der Umsatzsteuerpflicht befreit.

Zu Art. II Z 33 (§ 67):

Neufassung der Vollzugsbestimmung.

Zu Art. III:

1. Gemäß Art. 31 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die Jahre 1988 bis einschließlich 1990 sind nach Außerkrafttreten dieser Vereinbarung die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften, soweit sie in Durchführung dieser Vereinbarung geändert wurden, wieder in Kraft zu setzen.

2. Wie in den Erläuterungen zu Art. I Z 21 ausgeführt, enthält § 28 in der Fassung des Art. I Z 21 nicht nur Änderungen in Durchführung der

genannten Vereinbarung, sondern auch davon unabhängige Änderungen (vgl. Erläuterungen zu § 28 Abs. 4 Z 1, Abs. 11 und 12 in der Fassung des Art. I Z 21).

3. Mit Außerkrafttreten der genannten Vereinbarung soll daher der am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandene § 28 wieder in Kraft gesetzt werden, wobei jedoch die von der Durchführung der genannten Vereinbarung unabhängigen Änderungen zu berücksichtigen sind. Dies bedingt entspre-

chende Anpassungen in den Abs. 4, 5 und 6 des bis zum Ablauf des 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen § 28. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird in Art. III jene Fassung des § 28 vollständig wiedergegeben, die nach dem Außerkrafttreten der erwähnten Vereinbarung in Kraft treten soll.

Zu Art. IV und V:

Die Art. IV und V enthalten die Schluß- und Übergangsbestimmungen.

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

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

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

- a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:
1. Chirurgie,
 2. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 3. Innere Medizin und
 4. Kinderheilkunde;
- wenn ein Facharzt für Kinderheilkunde als ständiger Konsiliararzt für die Betreuung von Neugeborenen und für die Behandlung von Krankheiten des Kindesalters verpflichtet wird, kann eine bettenführende Abteilung für Kinderheilkunde entfallen; 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,

Fassung der Novelle

1. § 2 Abs. 1 Z 6 lautet:

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

2. § 2 Abs. 2 lit. b lautet:

„b) Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, sowie Einrichtungen der betriebsärztlichen Betreuung gemäß § 22 des Arbeitnehmerschutzgesetzes, BGBl. Nr. 234/1972, idF BGBl. Nr. 544/1982;“

3. § 2a Abs. 1 lit. a und b lautet:

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

- a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:
1. Chirurgie,
 2. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 3. Innere Medizin und
 4. Kinderheilkunde;
- wenn ein Facharzt für Kinderheilkunde als ständiger Konsiliararzt für die Betreuung von Neugeborenen und für die Behandlung von Krankheiten des Kindesalters verpflichtet wird, kann eine bettenführende Abteilung für Kinderheilkunde entfallen;
- ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; andere fachärztliche Betreuung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert 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,

Geltende Fassung

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 Anästhesie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, für Intensivpflege und für Zahnheilkunde vorhanden sein; schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden;

(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.

(6) Im behördlichen Verfahren wegen Genehmigung der Errichtung oder Inbetriebnahme von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte und bei Zahnambulatorien auch die der Dentisten Parteistellung im Sinne des § 8 AVG 1950, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
- c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

Im übrigen haben die berührten gesetzlichen beruflichen Interessenvertretungen die Stellung eines Beteiligten.

Fassung der Novelle

6. Innere Medizin,
7. Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie,
8. Neurologie und Psychiatrie,
9. Orthopädie,
10. Unfallchirurgie und
11. Urologie;

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

4. § 3 Abs. 3 lautet:

„(3) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zu dem Antrag 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, bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs. 1 Z 7), sofern nicht Abs. 6 anzuwenden ist, auch die zuständige Ärztekammer und bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Zahnambulatoriums auch die Österreichische Dentistenkammer, zu hören.“

5. § 3 Abs. 6 lautet:

„(6) Im behördlichen Verfahren wegen Genehmigung der Errichtung oder Inbetriebnahme von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die zuständige Ärztekammer und bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer Parteistellung im Sinne des § 8 AVG 1950 und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
- c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

Im übrigen haben die berührten gesetzlichen beruflichen Interessenvertretungen die Stellung eines Beteiligten.“

Geltende Fassung

(3) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat bei seiner Tätigkeit mit den zur Wahrnehmung des Schutzes des Lebens oder der Gesundheit von Menschen nach den Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes, BGBl. Nr. 227/1959, und des Arbeitnehmerschutzgesetzes, BGBl. Nr. 234/1972, bestellten Personen zusammenzuarbeiten.

derzeit nicht enthalten

§ 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.

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

Fassung der Novelle

6. Im § 8b Abs. 3 wird das Zitat „BGBl. Nr. 227/1959“ durch das Zitat „BGBl. Nr. 227/1969“ ersetzt.

7. Nach § 8b wird folgender § 8c eingefügt:

„§ 8c. (1) In Krankenanstalten, an denen klinische Prüfungen von Arzneimitteln durchgeführt werden (§§ 28 bis 48 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983), sind Kommissionen einzurichten, die die Durchführung dieser Prüfungen in der Krankenanstalt beurteilen.

(2) Die Kommission hat mindestens zu bestehen aus

1. einem Vertreter des ärztlichen Dienstes, der weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt (§ 7 Abs. 1) noch Prüfungsleiter (§ 32 Abs. 1 Arzneimittelgesetz) ist,
2. einem Vertreter des Pflegedienstes,
3. einem Vertreter des Trägers der Krankenanstalt und
4. einer mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in Krankenanstalten betrauten Person.

(3) Über jede Sitzung ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt und dem Prüfungsleiter zur Kenntnis zu bringen und gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen gemäß § 10 Abs. 1 Z 3 aufzubewahren.“

8. § 9 Abs. 1 erster Satz lautet:

„§ 9. (1) Für die in Krankenanstalten beschäftigten Personen sowie für die Mitglieder von Kommissionen gemäß § 8c besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist.“

9. § 10 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. die Krankengeschichten mindestens 30 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren; für Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sowie bei ambulanter Behandlung kann durch die Landesgesetzgebung eine kürzere Aufbewahrungsfrist, mindestens jedoch zehn Jahre vorgesehen werden;“

Geltende Fassung

§ 10 a. (1) Jedes Land hat einen Landes-Krankenanstaltenplan zu erlassen.

d) für die ärztliche Behandlung der Pflegelinge, ihre Pflege und Verköstigung ausschließlich der Gesundheitszustand maßgebend ist;

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

(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.

Fassung der Novelle

10. § 10a Abs. 1 lautet:

„§ 10a. (1) Jedes Land hat einen Krankenanstaltenplan zu erlassen. Im Krankenanstaltenplan sind Höchstgrenzen für die Zahl der systemisierten Betten, ausgenommen die Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, für folgende im Land gelegene Krankenanstalten festzusetzen:

1. Öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2,
2. private, gemeinnützige Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 in Verbindung mit § 16, ausgenommen Krankenanstalten des Bundes und der Träger der Sozialversicherung, und
3. private, nicht gemeinnützige Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6.“

11. § 16 Abs. 1 lit. d lautet:

„d) für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Pflegelinge maßgeblich ist.“

12. § 16 Abs. 2 lautet:

„(2) Durch die Landesgesetzgebung wird bestimmt, unter welchen Voraussetzungen neben der allgemeinen Gebührenklasse eine Sonderklasse eingerichtet werden darf und unter welchen Bedingungen ein Pflegeling in die Sonderklasse aufzunehmen ist. Die Sonderklasse hat durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen.“

13. § 20 Abs. 4 lautet:

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

Geltende Fassung

(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.

derzeit nicht enthalten

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

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

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;

Fassung der Novelle

14. § 22 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Öffentliche Krankenanstalten sind weiters verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Pfleglinge aufzunehmen.“

15. § 22 Abs. 3 lautet:

„(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, sowie Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zwecke einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist.“

16. Im § 24 werden die Abs. 2 und 3 mit „(3)“ und „(4)“ bezeichnet; folgender Abs. 2 wird eingefügt:

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

17. § 27 Abs. 1 lautet:

„§ 27. (1) Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.“

18. § 27 Abs. 4 lit. d entfällt.

Geltende Fassung

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4) darf von Pflegelingen 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.

derzeit nicht enthalten

§ 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.

Fassung der Novelle

19. § 27 Abs. 5 und 6 lautet:

„(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pflegelingen 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. Im übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung von Pflegegebühren bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.“

20. Nach § 27 wird folgender § 27a eingefügt:

„§ 27a. (1) Von Pflegelingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung an den Träger einer Krankenanstalt geleistet werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein weiterer Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflegungstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflege ling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.“

(2) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1976 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.“

21. § 28 lautet:

„§ 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.“

Geltende Fassung

(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 Rechts-träger 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 Rechts-träger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung.

Fassung der Novelle

(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- und allfälligen Sondergebühren 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) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren

1. sind in den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz in voller Höhe zu entrichten;
2. werden ansonsten hinsichtlich des Ausmaßes — unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe — ebenso wie allfällige Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) und die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 12, 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 Träger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung;
3. nach Z 2 erhöhen sich für Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit einer Gebietskrankenkasse zur Betreuung zugewiesen werden und die in einer Krankenanstalt betreut werden, deren Rechtsträger im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. ... / 1988, zuschlußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Verpflegstag eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltspflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Verpflegungstage in zuschlußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der

(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 zustande kommt, 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 zustande gekommen 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 Pflegegebührenersätze nach Abs. 6 ist insbesondere auf die durch den Betrieb der Anstalt entstehenden Kosten, soweit

Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahres als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen.

(5) Die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührenersätze sind mit jedem 1. Jänner, erstmals mit 1. Jänner 1988, im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung der Beitragseinnahmen aller Krankenversicherungsträger vom Vorjahr auf das laufende Jahr zu erhöhen. Die jeweils neu berechneten Pflegegebührenersätze sind auf volle Schilling zu runden.

(6) Von den Beitragseinnahmen eines Kalenderjahres ist vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses zunächst jener Betrag abzuziehen, den die Krankenversicherungsträger gemäß § 447f ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten gesondert bereitzustellen haben. Ferner haben bei Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 5 jene Beitragseinnahmen außer Betracht zu bleiben, die sich ab 1. Jänner 1988 aus Änderungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Betrag gesetzlich zweckgebunden ist.

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

(8) Der Hauptverband hat jeweils spätestens bis 15. Dezember für das nächstfolgende Kalenderjahr einen provisorischen Hundertsatz zu errechnen, der nach

Geltende Fassung

sie bei der Ermittlung der Pflegegebühren zugrunde gelegt werden dürfen, sowie auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Trägers der Krankenanstalt und der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen.

Fassung der Novelle

Zustimmung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales für die Erhöhung der Pflegegebührenersätze ab nachfolgendem 1. Jänner maßgeblich ist. Die neuen Pflegegebührenersätze sind auf volle Schilling zu runden. Den Trägern der Krankenanstalten sind die erhöhten Pflegegebührenersätze so rechtzeitig bekanntzugeben, daß sie ab 1. Jänner der Verrechnung zugrunde gelegt werden können.

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

(10) Alle von den Krankenversicherungsträgern und vom Hauptverband zur Durchführung der Regelung gemäß Abs. 5 bis 9 erstellten Unterlagen und Berechnungen unterliegen der Überprüfung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales.

(11) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Träger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband andererseits aus einem gemäß Abs. 4 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet eine Schiedskommission. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitparteien gestellt werden.

(12) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Hauptverband nicht zustande kommt, entscheidet die Schiedskommission 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 Träger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Träger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband gestellt werden.

(13) Wenn ein Antrag nach Abs. 12 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(14) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze nach Abs. 12 ist die Schiedskommission an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgelegten Erhöhungssätze gemäß Abs. 5 bis 10 gebunden.“

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 Richter des Oberlandesgerichtes, zu dessen Sprengel das Land gehört, als Vorsitzenden und vier Beisitzern. Der Vorsitzende ist von der Landesregierung auf Grund eines vom Bundesminister für Justiz erstatteten alphabetisch gereihten Dreivorschlages zu bestellen. Von den Beisitzern ist einer von der Landesregierung und einer vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zu bestellen. Ein weiterer Beisitzer ist von der Landesregierung über Vorschlag des Bundesministers für Finanzen aus dem Kreise der rechtskundigen Beamten des Bundesministeriums für Finanzen und ein weiterer über Vorschlag des Bundesministers für Arbeit und Soziales aus dem Kreise der rechtskundigen Beamten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zu bestellen. 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.

§ 28 b. (1) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind für eine Amtsdauer von drei Jahren zu bestellen. Eine Wiederbestellung ist zulässig.

22. Die §§ 28a und 28b entfallen.

Geltende Fassung

(2) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) endet nur mit dem Ablauf der Amtsdauer, dem Wegfall von für die Bestellung erforderlichen Voraussetzungen, der rechtskräftigen Verhängung einer Disziplinarstrafe und dem Übertritt in den dauernden Ruhestand.

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

(4) Wird ein als Mitglied (Ersatzmitglied) bestellter Beamter mit einem Beschluß der zuständigen Disziplinarkommission vom Dienste suspendiert, so ruht sein Amt für die Dauer der Suspendierung.

§ 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.

Fassung der Novelle

30

23. §§ 29 und 30 lauten:

„§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die sich nicht seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten haben und die die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlinge im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. 126/1968, idF BGBl. Nr. 796/1974 über die Aufenthaltsberechtigung von Flüchtlingen im Sinne der Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, BGBl. Nr. 55/1955,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten, und
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.

546 der Beilagen

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

Einbringung der Pflegegebühren

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von Pflegegebühren (Sondergebühren), insbesondere 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 erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, daß auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für Pflege- und Sondergebühren gegen Pfleglinge die Vollstreckung im Verwaltungswege zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.

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

c) Die §§ 16, 23 Abs. 1, 26, 27, 32 und 35 Abs. 3; § 28 Abs. 3 findet nur für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) Anwendung.

§ 45. Die Errichtung von Anstaltsambulatorien (§ 26) an Universitätskliniken durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ist an die Zustimmung des Bundesministeriums für Unterricht gebunden (§ 55).

Einbringung der Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pflegling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Pflege(Sonder)gebühren für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfleglinge die Pflege(Sonder)gebühren für jeweils 30 Tage und die Kostenbeiträge für jeweils 28 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 Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfleglinge die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.“

24. § 32 lautet:

„§ 32. Die Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.“

25. § 40 Abs. 1 lit. c lautet:

„c) Die §§ 16, 23 Abs. 1, 24 Abs. 2, 26, 27, 32 und 35 Abs. 3; die §§ 27a und 28 Abs. 3 finden nur für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) Anwendung.“

Artikel II

(unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

26. § 45 entfällt.

Geltende Fassung

Behandlung rückständiger Pflegegebühren im Konkursverfahren

§ 47. Rückständige Pflegegebühren öffentlicher sowie nicht öffentlicher gemeinnütziger Krankenanstalten gehören, soweit sie im letzten Jahre vor der Konkursöffnung 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.

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

Hauptstück D**Ersätze und Zweckzuschüsse des Bundes**

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 und 2 bezeichneten Art, mit Ausnahme der öffentlichen Krankenanstalten für Geisteskrankheiten, leistet der Bund einen Zweckzuschuß, dessen Höhe pro Verpflegstag 10 v. H. der für die betreffende Krankenanstalt amtlich festgesetzten Pflegegebühr der allgemeinen 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 Gesamtbettenbestand, Bettenbelag, amtlich festgesetzte Pflegegebühren, Einnahmen, Ausgaben und Betriebsabgang vom Landeshauptmann zu prü-

Fassung der Novelle

27. § 47 entfällt samt der Überschrift „Behandlung rückständiger Pflegegebühren im Konkursverfahren“.

28. § 56 lautet:

„§ 56. Die näheren Vorschriften über die im § 55 vorgesehenen Kostenersätze des Bundes werden bei Universitätskliniken vom Bundesminister für Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierungen, bei Bundes-Hebammenlehranstalten vom Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierungen durch Verordnung bestimmt.“

29. Die Überschrift zum Hauptstück D des zweiten Teiles entfällt.

30. Die §§ 57 bis 59a samt Überschrift sind aufgehoben, soweit sich aus den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. . . ./1988, nicht anderes ergibt.

Geltende Fassung

fen, allenfalls richtigzustellen und von diesem dem Bundeskanzleramt 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 Bundeskanzleramt einen Beitrag im Sinne des § 57, dessen Höhe pro Verpflegstag bis zu 5 v. H. der für die Krankenanstalt festgesetzten Pflegegebühr der allgemeinen 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.

§ 59 a. Die Gewährung von Zweckzuschüssen nach den §§ 57 bis 59 ist an die Bedingung gebunden, daß die Krankenanstalten ein Buchführungssystem anwenden, das eine Kostenstellenrechnung ermöglicht. Eine bundeseinheitliche Form dieses Buchführungssystems ist durch Verordnung des Bundeskanzlers im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen festzulegen.

derzeit nicht enthalten

Fassung der Novelle

31. Nach § 62c wird folgendes Hauptstück G eingefügt:

„Hauptstück G

Diagnosenerfassung

§ 62d. Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in der Fassung der Vereinigung Schweizer Krankenhäuser (VESKA), die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Pfleglinge zu erfassen; die Klassifikation ist vom Bundeskanzler unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugeben.

§ 62e. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben auf der Grundlage der im § 62d genannten Klassifikation bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundeskanzleramt in maschinenlesbarer Form einen Bericht über die Diagnosen der im Berichtsjahr aus stationärer Behandlung entlassenen Pfleglinge vorzulegen. Gleiches gilt für verstorbene oder in eine andere Krankenanstalt überstellte Pfleglinge.

Geltende Fassung

Fassung der Novelle

34

(2) Der Bericht hat zu enthalten:

1. administrative Daten:
 - a) Krankenanstaltennummer,
 - b) Aufnahmezahl,
 - c) entlassende Abteilung,
 - d) Geburtsdatum,
 - e) Geschlecht,
 - f) Staatsbürgerschaft,
 - g) Postleitzahl des ordentlichen Wohnsitzes,
 - h) kostentragender Sozialversicherungsträger,
 - i) Aufnahmedatum,
 - j) Art der Aufnahme,
 - k) Entlassungsdatum und
 - l) Art der Entlassung.
2. medizinische Daten:
 - a) Hauptdiagnose,
 - b) bis zu neun zusätzliche Diagnosen,
 - c) Verlegungen innerhalb der Krankenanstalt und
 - d) ausgewählte medizinische Einzelleistungen.

(3) Der Bundeskanzler kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzulegenden Datenträger sowie über die Gliederung der Merkmale der im Abs. 2 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung erlassen.

§ 62f. Der Bundeskanzler hat nach den durch die Träger von Krankenanstalten vorgelegten Diagnoseberichten eine länderbezogene Statistik über die Krankheitsbewegung zu erstellen und diese Daten in maschinenlesbarer Form dem Österreichischen Statistischen Zentralamt zwecks Veröffentlichung im Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich zu übermitteln. Die Statistik hat die Krankheitsarten, gegliedert nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, zu enthalten. Zur Sicherstellung der Anonymität sind Einzelfallkategorien durch entsprechend erweiterte Gliederungsbreiten auszuschließen.“

32. § 64 wird folgender Satz angefügt:

§ 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.

546 der Beilagen

Geltende Fassung

§ 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 Bundeskanzleramt betraut.

(2) Mit der Vollziehung der Bestimmungen

- a) der §§ 43 bis einschließlich 46, 55 und 56 ist, soweit durch die 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 Bundeskanzleramt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen,
- b) der §§ 57 bis einschließlich 59 des Bundeskanzleramt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen und der §§ 60 bis einschließlich 62 das Bundeskanzleramt
- 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.

§ 28. (1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die

Fassung der Novelle

„Die von den Pfléglingen zu entrichtenden Kostenbeiträge (§ 27a) sind kein Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1972.“

33. § 67 lautet:

„§ 67. (1) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich der im Ersten Teil dieses Bundesgesetzes enthaltenen Angelegenheiten ist der Bundeskanzler betraut.

(2) Mit der Vollziehung

1. der §§ 43, 55 und 56 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 Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
 2. des § 44 der Bundeskanzler, hinsichtlich der Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung,
 3. des § 46 der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
 4. des § 48 der Bundesminister für Justiz,
 5. der §§ 49 bis einschließlich 54, soweit hiedurch Angelegenheiten der Justizpflege berührt werden, der Bundesminister für Justiz und im übrigen der Bundesminister für Inneres jeweils im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesministern,
 6. der §§ 57 bis 62f der Bundeskanzler, hinsichtlich der §§ 57 bis 59a im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen, und
 7. des § 64 der Bundesminister für Finanzen
- betraut.“

Artikel III

(Grundsatzbestimmung)

§ 28 lautet:

„§ 28. (1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die

Geltende Fassung

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 Gleichwertigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

(4) Das Ausmaß der von der 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.

Fassung der Novelle

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) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten. Ansonsten werden das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger 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, 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 Träger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband andererseits aus einem gemäß Abs. 4 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet eine Schiedskommission. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitteile gestellt werden.

Geltende Fassung

(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 zustande kommt, 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 zustande gekommen 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 zu 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 des Trägers der Krankenanstalt und der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen.

Fassung der Novelle

(6) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Hauptverband nicht zustande kommt, entscheidet eine Schiedskommission 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 Träger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Träger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband 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 des Trägers der Krankenanstalt und der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen.“