

## 589 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVII. GP

# Bericht des Gesundheitsausschusses

**über die Regierungsvorlage (546 der Beilagen): Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird**

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält folgende Schwerpunkte:

1. Regelungen in Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die Jahre 1988 bis einschließlich 1990 (siehe die Regierungsvorlagen 550 und 547 der Beilagen).
2. Einführung eines Kostenbeitrages von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse. Ausnahmen sind für jene Personen vorgesehen, die bereits nach den bisher geltenden Bestimmungen einen Selbstbehalt zu leisten haben. Ferner sollen Ausnahmen für Personen gelten, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist.
3. Erfassung der Krankbewegung in Österreich in Form der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-Code).
4. Rechtliche Angleichung von Sonderklassebetrieben an Sanatorien.
5. Schaffung von Ethikkommissionen.
6. Rechtliche Verankerung eines unverzüglich auszustellenden Arztbriefes im Interesse der Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenanstalt und freiberuflich tätigen Ärzten.

Der Gesundheitsausschuß hat die erwähnte Regierungsvorlage in seiner Sitzung am 18. Mai 1988 in Verhandlung genommen. In der Debatte ergriffen außer dem Berichterstatter die Abgeordneten Mag. Haupt, Dr. Schwimmer, Dipl.-Kfm. Dr. Stummvoll, Probst, Hochmair und Posch sowie der Ausschußobmann Abgeordneter Dr. Zernatto und der Bundesminister für Gesundheit und öffentlicher Dienst Dr. Löschnak das Wort.

Von den Abgeordneten Mag. Haupt und Probst sowie den Abgeordneten Hochmair und Dr. Zernatto wurde jeweils ein Abänderungsantrag gestellt.

Bei der Abstimmung wurde die Regierungsvorlage in der Fassung des Abänderungsantrages der Abgeordneten Hochmair und Dr. Zernatto teils einstimmig, teils mit Mehrheit angenommen. Der Antrag der Abgeordneten Mag. Haupt und Probst fand nicht die Mehrheit des Ausschusses.

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Gesundheitsausschuß somit den Antrag, der Nationalrat wolle dem angeschlossenen Gesetzentwurf die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen. /

Wien, 1988 05 18

**Helmuth Stocker**  
Berichtersteller

**Dr. Zernatto**  
Obmann

/.

**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 Kindes-

alters 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 „BGBI. Nr. 227/1959“ durch das Zitat „BGBI. 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, BGBI. 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 vorgeesehen 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 Konsiliarapotheker zu bestellen, wenn durch die beliefernde Apotheke die Erfüllung der im Abs. 5 genannten Aufgaben nicht gewährleistet ist. Zum Konsiliarapotheker“

ker 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 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 Pfleglings 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 Pfleglings 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 Pfleglingen 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 Pfleglingen 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 Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflegling 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 1986 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 Pflegegebührenerätze 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 Pfegling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Pflege(Sonder)gebühren für Begleitpersonen von Pfeglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfeglinge 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 Pfeglinge 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 Pflinglinge 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 Pflinglinge vorzulegen. Gleiches gilt für verstorbene oder in eine andere Krankenanstalt überstellte Pflinglinge.

(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 die von den Trägern der Krankenanstalten vorgelegten Diagnoseberichte dem Österreichischen Statistischen Zentralamt in maschinenlesbarer Form zwecks Erstellung einer länderbezogenen Statistik über die Krankbewegung und deren 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 auszuschießen.“

32. § 64 wird folgender Satz angefügt:

„Die von den Pflinglingen 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 Inne-

- res 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 Kranken-

anstalt 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) Die im § 62f in der Fassung des Art. II Z 31 genannte Statistik ist erstmals im Jahr 1990 zu erstellen.

#### Artikel V

##### (Grundsatzbestimmung)

Mit 1. Jänner 1988 sind die von den Trägern der Sozialversicherung zu entrichtenden Pflegegebührenersätze für die a. ö. Krankenanstalt der

Barmherzigen Brüder in Eisenstadt dauernd auf das Niveau der a. ö. Krankenanstalt in Oberwart anzuheben.

#### Artikel VI

(1) Die Länder haben die Ausführungsgesetze zu Art. I, III und V innerhalb von sechs Monaten vom Tag der Kundmachung dieses Bundesgesetzes zu erlassen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. I Z 21 und Art. V 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.