

## **379 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XX. GP**

---

Nachdruck vom 28. 11. 1996

# **Regierungsvorlage**

## **Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird (KAG-Novelle 1996)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch die Bundesgesetze BGBl. Nr. 732/1995 und BGBl. Nr. 853/1995, wird wie folgt geändert:

### **Artikel I**

#### **(Grundsatzbestimmungen)**

1. § 2a Abs. 1 lit. a lautet:

„a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Chirurgie und
2. Innere Medizin;

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

2. § 2a Abs. 3 lautet:

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

3. Im § 3 wird nach Abs. 2 folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekanntzugeben. In diesem Fall ist neben den Voraussetzungen des Abs. 2 die Errichtungsbewilligung auch davon abhängig, daß die Errichtung nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan entspricht.“

4. § 3 Abs. 4 lit. a und b lauten:

- „a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 und bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 (im folgenden kurz: Fondskrankenanstalten) in Anspruch zu nehmen beabsichtigen, überdies eine Bewilligung gemäß Abs. 2a erteilt worden ist;
- b) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Ap-

parate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;“

5. § 4 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 beziehen, ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind.“

6. § 6 Abs. 1 lit. b lautet:

„b) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, aufgenommen werden.“

7. § 8 Abs. 1 lautet:

„(1) Der ärztliche Dienst muß so eingerichtet sein, daß

1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
2. in Zentralkrankenanstalten uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben ist;
3. in Schwerpunktkrankenanstalten jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist; im übrigen kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;
4. in Standardkrankenanstalten im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie gewährleistet ist sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben ist; im übrigen müssen auch in Standardkrankenanstalten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein;
5. in Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann anstelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, daß ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheiten die erforderliche Aufsicht über das in Betracht kommende Personal nach dem Krankenpflegegesetz, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 872/1992, sowie nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992 idF BGBl. Nr. 327/1996, gewährleistet ist;
6. die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können;
7. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist.“

8. § 10 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern und Organen von Landesfonds im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisen oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pflegenden zu übermitteln;“

9. § 10a lautet:

„§ 10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, für öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und für private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befindet.

(2) Dabei sind, um eine verbindliche österreichweite Krankenanstaltenplanung einschließlich einer Großgeräteplanung zu gewährleisten, die folgenden Grundsätze sicherzustellen:

1. Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden.
2. Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der österreichischen Bevölkerung gewährleisten.
3. Die Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten, halbstationären und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Häufigkeit der stationären Aufenthalte (Krankenhaushäufigkeit) und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß verringert werden.
4. Die Verlagerungen von Leistungen aus dem stationären Akutsektor soll durch den Ausbau extramuraler und halbstationärer Einrichtungen ermöglicht werden. Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen der betreffenden Fachrichtung eingerichtet werden.
5. Krankenanstalten mit ausschließlich bettenführenden Abteilungen für ein Sonderfach sollen in dislozierter Lage vermieden werden.
6. Die Größe von bettenführenden Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten ist so festzulegen, daß eine medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle Versorgung gewährleistet ist.
7. Die Tätigkeit von Konsiliarärzten hat abgestimmt auf Anstaltszweck und Leistungsangebot der Akutkrankenanstalten zu erfolgen. Eine Erweiterung von Anstaltszweck und Leistungsangebot durch die Tätigkeit von Konsiliarärzten hat zu unterbleiben.
8. Für jedes Land sind die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen je Fachrichtung festzulegen. Die Fächerstruktur sowie die maximalen Gesamtbettenzahlen sind für jede Krankenanstalt festzulegen.“

10. § 11 Abs. 2 lautet:

„(2) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand (§ 34) oder Zahlungen aus dem Landesfonds erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. In Ländern, in denen auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 Landesfonds (§ 27b) mit eigener Rechtspersönlichkeit bestehen, kann die Landesgesetzgebung vorsehen, daß die wirtschaftliche Aufsicht durch den Landesfonds wahrgenommen wird.“

11. Im § 11 Abs. 4 wird das Zitat „§ 148 Z 7 ASVG“ durch „§ 148 Z 10 ASVG“ ersetzt.

12. § 12 samt Überschrift lautet:

**„Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligung“**

§ 12. (1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

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

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

(3) Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten kann zurückgenommen werden, wenn sonstige schwerwiegende Mängel trotz Aufforderung innerhalb einer festgesetzten Frist nicht behoben werden.

(4) Die Landesgesetzgebung kann die Einräumung von Behebungsfristen vorsehen.“

*13. § 15 lautet:*

„§ 15. Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt verliehen werden, wenn sie den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes entspricht, sie gemeinnützig ist, die Erfüllung der ihr in diesem Bundesgesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und wenn sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird. Wenn der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft ist, so ist ferner nachzuweisen, daß ihr Rechtsträger über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt. Ein Anspruch auf die Verleihung besteht nicht.“

*14. § 16 Abs. 1 lit. e lautet:*

„e) LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren für alle Pfleglinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;“

*15. Im § 19 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:*

„Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.“

*16. § 27 samt Überschrift lautet:*

#### **„LKF-Gebühr; Pflege- und Sondergebühr**

§ 27. (1) Mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

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

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55) dürfen der Berechnung des Schillingwertes je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie der Berechnung der Pflegegebühren nicht zugrunde gelegt werden.

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

- a) ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren eingehoben werden können;
- b) ob und welches Entgelt für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme vorgeschrieben werden kann;
- c) ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind, sofern diese Leistungen nicht durch den Landesfonds abgegolten werden;
- d) in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Kosten für die im Abs. 2 genannten Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten einer erweiterten Heilfürsorge und der Beerdigung eingehoben werden können.

(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 LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung eines Entgelts bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.“

17. § 27a lautet:

„§ 27a. (1) Von sozialversicherten Pflegelingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührensätze durch den Landesfonds oder Gebührensätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflegeiling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie 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 des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. 282/1988, ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.“

18. Nach § 27a wird folgender § 27b samt Überschrift eingefügt:

#### „Landesfonds

§27b. (1) Die an sozialversicherten Pflegelingen in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen sind mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren gemäß § 27 Abs. 4 über Landesfonds abzurechnen. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, daß auch Leistungen, die für nicht sozialversicherte Pflegelinge in Fondskrankenanstalten erbracht werden, über den Landesfonds abgerechnet werden.

(2) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen Personen erbracht werden, sind über die Landesfonds leistungsorientiert durch nach den folgenden Grundsätzen zu ermittelnde LKF-Gebührensätze abzurechnen:

1. Auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung werden im LKF-Kernbereich die LKF-Punkte für den einzelnen Pflegeiling ermittelt.
2. Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus dem Landesfonds an die Träger der Krankenanstalten kann auf die landesspezifischen Erfordernisse insofern Bedacht nehmen, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppe im LKF-Steuerungsbereich nach Maßgabe der nachfolgenden Kriterien je Land unterschiedlich sein kann.
3. In der Gestaltung des LKF-Steuerungsbereiches sind nur folgende Qualitätskriterien möglich:
  - a) Krankenanstalten-Typ
  - b) Personalfaktor
  - c) Apparative Ausstattung
  - d) Bausubstanz
  - e) Auslastung
  - f) Hotelkomponente.
4. Die Höhe der LKF-Gebührensätze richtet sich nach der Dotation des Landesfonds und nach der Höhe der für den LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel.

(3) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen, in welcher Form ambulante Leistungen an Pflegelingen gemäß Abs. 1 und Leistungen im Nebenkostenstellenbereich durch den Landesfonds abgegolten werden. Dies kann durch die Landesgesetzgebung auch dem Landesfonds übertragen werden. Die Höhe der Abgeltung richtet sich nach der Dotation des Landesfonds und nach der Höhe der für diese Bereiche vorgesehenen Mittel.

(4) Weiters können im Rahmen der Landesfonds Mittel zur Anpassung an diese Finanzierungsform vorgesehen werden.

(5) Die Übereinstimmung mit den Zielen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumenta-

tion im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. .../199., ist Voraussetzung dafür, daß der Träger der Krankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 erhält.“

*19. § 28 lautet:*

„§ 28. (1) Der Schillingwert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, 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 LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflegling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Schillingwert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Schillingwert je LKF-Punkt, 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 der kostendeckend ermittelte Schillingwert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat für alle öffentlichen und gemäß § 16 gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die nicht Fondskrankenanstalten sind, sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über die Landesfonds abgerechnet werden, festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden.

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

(4) Die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die LKF-Gebühren, 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.

(5) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.“

*20. § 29 lautet:*

„§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren oder 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 LKF-Gebühren oder 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, denen im Sinne des Asylgesetzes 1991, BGBl. Nr. 8/1992, Asyl gewährt wurde, und Asylwerbern, denen im Sinne des Asylgesetzes 1991, BGBl. Nr. 8/1992, eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben.“

21. § 30 samt Überschrift lautet:

**„Einbringung der LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge**

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von LKF-Gebühren oder 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 Entgelten für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfleglinge eine Vorauszahlung auf die zu erwartende LKF-Gebühr oder eine Vorauszahlung der Pflege(Sonder)gebühren für jeweils höchstens 30 Tage und der Kostenbeiträge für jeweils höchstens 28 Tage im vorhinein zu entrichten ist.

(3) In den nach Abs. 1 von der Landesgesetzgebung zu erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, daß auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfleglinge die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.“

22. § 32 lautet:

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

23. § 34 lautet:

„§ 34. (1) Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, daß bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hiebei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, daß sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken.

(2) Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, daß an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.

(3) Die Landesgesetzgebung kann die Regelungen gemäß Abs. 1 und 2 für Fondskrankenanstalten durch Finanzierungsregelungen über den Landesfonds zur Gänze oder teilweise ersetzen.

24. § 35 Abs. 2 letzter Satz lautet:

„Die Landesregierung hat in dem Falle einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.“

25. § 36 Abs. 2 lautet:

„(2) Wird die einer öffentlichen Krankenanstalt erteilte Bewilligung zur Errichtung oder zum Betrieb zurückgenommen (§ 12), so verliert sie gleichzeitig das Öffentlichkeitsrecht.“

26. Dem § 42 wird folgender Satz angefügt:

„Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Strukturkommission (§ 59d) bekanntzugeben.“

## Artikel II

### (Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

27. In der Überschrift zu § 43, in § 43 Abs. 2, in § 44, in § 55 Z 1 und in § 56 wird jeweils der Ausdruck „Bundes-Hebammenlehranstalten“ durch „Bundes-Hebammenakademien“ ersetzt.

28. § 48 lautet:

„§ 48. Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pfleglings geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschriften ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch unbeglichenen LKF-Gebühren oder Pflegegebühren auf den Rechtsträger der Krankenanstalt über.“

29. § 55 Z 3 lautet:

„3. Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse oder die auf Grund der Unterbringung tatsächlich entstandenen Kosten für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.“

30. Die §§ 57 bis 59a samt Überschrift lauten:

#### **„Zweckzuschüsse des Bundes**

**§ 57.** (1) Der Bund hat den Ländern (Landesfonds) insgesamt jährlich die folgenden Zweckzuschüsse für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

1. Zweckzuschüsse in der Höhe von 1,416 vH des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 7 Abs. 2 Z 2 des Finanzausgleichsgesetzes 1997 genannten Betrages;
2. Zweckzuschüsse in der Höhe von 330 Millionen Schilling;
3. Zweckzuschüsse in der Höhe von 1 250 Millionen Schilling.

(2) Der Bund hat jährlich Mittel in der Höhe von 1 750 Millionen Schilling an den Strukturfonds (§ 59) zu leisten.

**§ 58.** (1) Die Zweckzuschüsse gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 und 2 sind auf die Länder (Landesfonds) nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland.....	2,572
Kärnten.....	6,897
Niederösterreich.....	14,451
Oberösterreich.....	13,692
Salzburg.....	6,429
Steiermark.....	12,884
Tirol.....	7,982
Vorarlberg.....	3,717
Wien.....	31,376

(2) Der Zweckzuschuß gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 ist mit Wirksamkeit 1. Jänner 1997 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an die Länder (Landesfonds) zu den gesetzlichen Terminen der Vorschußleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 11 Abs. 1 FAG 1997, BGBl. Nr. ..., zu erfolgen. Dabei entstehende Übergewinne oder Guthaben der Länder (Landesfonds) sind auszugleichen.

(3) Der Zweckzuschuß gemäß § 57 Abs. 1 Z 2 ist in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(4) Der Zweckzuschuß gemäß § 57 Abs. 1 Z 3 ist auf die Länder nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland.....	2,559
Kärnten.....	6,867
Niederösterreich.....	14,406
Oberösterreich.....	13,677
Salzburg.....	6,443
Steiermark.....	12,869
Tirol.....	8,006
Vorarlberg.....	3,708
Wien.....	31,465

(5) Dieser Zweckzuschuß ist in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.



(6) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und 15. Jänner des Folgejahres an den Strukturfonds zu überweisen.

### Strukturfonds

§ 59. Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist beim Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

§ 59a. Aufgaben des Strukturfonds sind insbesondere

1. Weiterentwicklung des Gesundheitssystems,
2. Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche,
3. Festlegung des zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes im Einvernehmen mit den Ländern,
4. Qualitätssicherung einschließlich der Überprüfung der der LKF-Bepunktung zugrundeliegenden Leistungen,
5. Erlassung von Grundsätzen für die Verwendung von Mitteln für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000,
6. Festlegung des Ambulanz(leistungs)planes unter Berücksichtigung des niedergelassenen Bereiches im Einvernehmen mit den Ländern,
7. Klärung überregionaler Fragen bei der Umsetzung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes,
8. Handhabung des Sanktionsmechanismus gemäß § 59d,
9. Entscheidung über einen allfälligen Mehrbedarf an Mitteln zur Förderung des Transplantationswesens gemäß § 59c Abs. 1 Z 2.

31. Nach dem § 59a sind folgende §§ 59b bis 59j einzufügen:

„§ 59b. Organe des Bundes und Beauftragte der Strukturkommission können in die Krankengeschichten und in die die Betriebsführung der Krankenanstalten betreffenden Unterlagen Einsicht nehmen sowie Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten durchführen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist und sofern es sich um

1. öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 oder
2. private Krankenanstalten der in § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführt sind,

handelt.

§ 59c. (1) Die Mittel des Strukturfonds gemäß § 57 Abs. 2 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

1. Zunächst sind von den 1 750 Millionen Schilling jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:
  - a) 50 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Oberösterreich;
  - b) 60 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Steiermark;
  - c) 50 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Tirol.
2. Sodann sind von den verbleibenden 1 590 Millionen Schilling die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 30 Millionen Schilling jährlich, bei einem Mehrbedarf jedoch bis höchstens 40 Millionen Schilling jährlich, die Mittel für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit im Ausmaß von 30 Millionen Schilling jährlich abzuziehen und vom Strukturfonds einzubehalten und gemäß § 59e und § 59f zu verwenden. Von dem sodann verbleibenden Betrag sind weiters allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 27 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 zu verwenden.
3. Die nach dem Abzug gemäß Z 2 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl, die sich nach dem vom Österreichischen Statistischen Zentralamt auf Grund der ordentlichen Volkszählung 1991 festgestellten Ergebnis bestimmt, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Ländern (Landesfonds) nach Maßgabe des § 59d zu überweisen.
4. Im Ausmaß der Landesquoten gemäß Z 3 sind allenfalls in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpfte Mittel zur Förderung des Transplantationswesens und für die Finanzierung von allge-

meinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit den einzelnen Ländern (Landesfonds) zuzuteilen.

(2) Die Mittel gemäß Abs. 1 Z 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner, wobei die erste Rate am 20. April 1997 fällig ist, an die Länder (Landesfonds) zu überweisen, sofern die Voraussetzungen des § 59d erfüllt sind.

**§ 59d.** Bei maßgeblichen Verstößen gegen den Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes und Verstößen gegen die Dokumentationspflicht auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. ..../199., hat der Strukturfonds den entsprechenden Länderanteil aus den Mitteln gemäß § 57 Abs. 2 zurückzuhalten, bis der Landesfonds (das Land) Maßnahmen zur Herstellung des plan- bzw. gesetzeskonformen Zustandes gegenüber den Krankenanstalten eingeleitet hat.

**§ 59e.** Der Strukturfonds hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59c Abs. 1 Z 2) überregional an die Leistungserbringer für die Organgewinnung einschließlich der Vorbereitung und Transporte sowie für die HLA-A,B-Typisierung der zu registrierenden potentiellen Knochenmarkspender gemäß der nachfolgenden Bestimmungen zu verteilen:

1. Organgewinnung:

a) Für die Organgewinnung sind folgende Kostenersätze zu leisten:

17 000 S .....	Entnahmekosten Niere
34 000 S .....	Entnahmekosten Leber
34 000 S .....	Entnahmekosten Herz
34 000 S .....	Entnahmekosten Lunge
8 500 S .....	Transportkosten Niere
26 500 S .....	Transportkosten Leber
26 500 S .....	Transportkosten Herz
26 500 S .....	Transportkosten Lunge

b) Die Kostenersätze gemäß lit. a sind jeweils an die Leistungserbringer (Kostenträger), welche die nachstehend angeführten Einzelleistungen im Verlaufe einer Explantation erbringen, im nachfolgenden Ausmaß zu verteilen:

– Intensivbetreuung des Spenders und Laborbefundung .....	37,1%
– Spezialdiagnostik (Ultraschall usw.) .....	12,9%
– Hirntoddiagnostik .....	3,2%
– HLA-Bestimmung .....	19,4%
– Organentnahme (operative Leistung) .....	12,9%
– Koordination und Organisation	
Transplantationskoordinator .....	6,5%
ÖBIG-Transplant .....	8,0%
	100,0%

2. Knochenmarkspende (HLA-A,B-Typisierung):

a) Für die Typisierung und Knochenmarkspenderbetreuung ist folgender Kostenersatz zu leisten:

2 500 S .....	HLA-A,B-Typisierung.
---------------	----------------------

b) Zusätzlich sind an die Organisation „Knochenmarkspende Österreich“ bzw. an einen allfälligen Rechtsnachfolger jährlich pro HLA-A,B-Typisierung 250 S, jedoch insgesamt höchstens 500 000 S zu leisten.

3. Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis 30. April des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl an die einzelnen Länder (Landesfonds) zu überweisen.

**§ 59f.** Über den Einsatz der für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit gemäß § 59c Abs. 1 Z 2 einzubehaltenden Mittel entscheidet die Strukturkommission.

**§ 59g.** (1) Organ des Strukturfonds ist die Strukturkommission. Die Strukturkommission ist beim Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz einzurichten. Die Führung der Geschäfte der Strukturkommission obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz.

(2) Die Strukturkommission besteht aus 25 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind:

1. 7 Mitglieder bestellt die Bundesregierung;

2. je ein Mitglied bestellt jede Landesregierung aus dem Kreis der Mitglieder der jeweiligen Landeskommission;

3. 6 Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
4. je ein Mitglied bestellen die Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden;
5. ein Mitglied bestellt die Österreichische Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat.
6. Für jedes der so bestellten Mitglieder der Strukturkommission kann ein ständiges, stimmberechtigtes Ersatzmitglied bestellt werden. Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Vertretung durch Vollmacht möglich.

(3) Mitglied der Strukturkommission kann nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist.

(4) Ist die Bestellung von Mitgliedern der Strukturkommission erforderlich, so hat das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Stellen schriftlich dazu aufzufordern. Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Strukturkommission Berechtigten von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, so bleiben die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlußfähigkeit der Strukturkommission außer Betracht.

(5) Den Vorsitz in der Strukturkommission hat der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz zu führen.

(6) Die Strukturkommission hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.

(7) Die Beschlüsse der Strukturkommission werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen gefaßt.

(8) Zur Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Bearbeitung spezieller Themenbereiche ist bei der Strukturkommission ein Beirat einzurichten, dem neben den in der Strukturkommission vertretenen Institutionen insbesondere Vertretungen der Gesundheitsberufe und Interessensvertretungen der verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens anzugehören haben.

**§ 59h.** Der Strukturfonds hat gegenüber jenen Stellen, die zur Bestellung von Mitgliedern der Strukturkommission berechtigt sind, jährlich Bericht über seine Tätigkeit zu erstatten.

**§ 59i.** Die Gebarung des Strukturfonds unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof.

**§ 59j.** (1) Der Strukturfonds ist von allen Abgaben befreit.

(2) Die vom Strukturfonds in unmittelbarer Erfüllung seiner Aufgaben ausgestellten Schriften und die von ihm abgeschlossenen Rechtsgeschäfte sind von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.

(3) Die finanziellen Leistungen des Strukturfonds an die Landesfonds und die Mittel für Transplantationen unterliegen weder der Umsatzsteuer noch den Steuern vom Einkommen und Vermögen.

*32. Im zweiten Teil entfällt das Hauptstück G.*

*33. In § 64 wird die Wendung „des Umsatzsteuergesetzes 1972“ durch die Wendung „des Umsatzsteuergesetzes 1994“ ersetzt und folgender Satz angefügt:*

*„Die Landesfonds sind hinsichtlich aller der im Rahmen dieses Bundesgesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von der Stempel- und Rechtsgebühr befreit.“*

*34. § 67 Abs. 2 lautet:*

*„(2) Mit der Vollziehung*

1. der §§ 43 und 44 ist, soweit damit Angelegenheiten der Universitätskliniken geregelt werden, der Bundesminister für Wissenschaft, Verkehr und Kunst, soweit damit Angelegenheiten der Bundes-Hebammenakademien geregelt werden, der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz,
2. des § 46 ist der Bundesminister für Wissenschaft, Verkehr und Kunst im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
3. der §§ 48 und 50 ist der Bundesminister für Justiz,
4. der §§ 55 bis 59i ist der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
5. der §§ 59j und 64 ist der Bundesminister für Finanzen und
6. ist im übrigen hinsichtlich des zweiten Teiles der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz

*betraut.“*

**Artikel III****(Grundsatzbestimmungen)**

1. § 3 Abs. 2 lit. a lautet:

„a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot sowohl nach dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan als auch im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei der Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;“

2. § 3 Abs. 4 lit. b lautet:

„b) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;“

3. § 4 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Diese ist insbesondere nur dann zu erteilen, wenn das Vorhaben dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan entspricht.“

4. § 10 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pflegelingen zu übermitteln;“

5. § 11 Abs. 2 lautet:

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

6. § 11 Abs. 4 lautet:

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

7. § 16 Abs. 1 lit. e lautet:

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

8. § 27 samt Überschrift lautet:

**„Pflege- und Sondergebühren**

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

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

## 379 der Beilagen

13

medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pfleglings erbracht werden.

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

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

- a) ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den Pflegegebühren eingehoben werden können;
- b) ob und welches Entgelt für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme vorgeschrieben werden kann;
- c) ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind;
- d) in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Kosten für die im Abs. 2 genannten Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten einer erweiterten Heilfürsorge und der Beerdigung eingehoben werden können.

(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.“

9. § 27a lautet:

„§ 27a. (1) Von Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein 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 Personen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie 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.“

10. § 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

14

379 der Beilagen

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 (Hauptverband) 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.

(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 Streitparteien 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 Pflegegebührenersätze nach Abs. 6 ist insbesondere auf die durch den Betrieb der Anstalt entstehenden Kosten, soweit sie bei der Ermittlung der Pflegegebühren zugrunde gelegt werden dürfen, sowie auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Trägers der Krankenanstalt und der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen.“

*11. § 29 lautet:*

„**§ 29.** (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen 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, denen im Sinne des Asylgesetzes 1991, BGBl. Nr. 8/1992, Asyl gewährt wurde, und Asylwerbern, denen im Sinne des Asylgesetzes 1991, BGBl. Nr. 8/1992, eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind, und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben.“

*12. § 30 samt Überschrift lautet:*

#### **„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.

## 379 der Beilagen

15

(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.“

*13. § 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.“

*14. § 34 lautet:*

„§ 34. Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, daß bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang, vermindert um die Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 57 und 58), in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, daß sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken. Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, daß an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.“

*15. § 35 Abs. 2 letzter Satz lautet:*

„Die Landesregierung hat in dem Falle, daß die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.“

#### Artikel IV

##### (Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

*1. § 48 lautet:*

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

*2. § 55 Z 3 lautet:*

„3. die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.“

*3. §§ 57 bis 59a samt Überschrift lauten:*

##### „Zweckzuschüsse des Bundes

§ 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 Psychiatrie, leistet der Bund einen Zweckzuschuß, dessen Höhe pro Verpflegstag 10 vH der für die betreffende Krankenanstalt amtlich festgesetzten Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse, höchstens jedoch 18,75 vH des gesamten Betriebsabganges beträgt.

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

§ 59. (1) Auf Antrag des Rechtsträgers einer privaten Krankenanstalt der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 dieses Bundesgesetzes als gemeinnützig geführte Krankenanstalt zu betrachten ist, leistet das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz einen Beitrag im

Sinne des § 57, dessen Höhe pro Verpflegstag bis zu 5 vH der für die Krankenanstalt festgesetzten Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse, höchstens jedoch 10 vH des Betriebsabganges betragen darf.

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

4. § 64 lautet:

„§ 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.“

5. § 67 Abs. 2 lautet:

„(2) Mit der Vollziehung

1. der §§ 43 und 44 ist, soweit damit Angelegenheiten der Universitätskliniken geregelt werden, der Bundesminister für Wissenschaft, Verkehr und Kunst, soweit damit Angelegenheiten der Bundes-Hebammenakademien geregelt werden, der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz,
2. des § 46 ist der Bundesminister für Wissenschaft, Verkehr und Kunst im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
3. der §§ 48 und 50 ist der Bundesminister für Justiz,
4. der §§ 55 bis 59a ist der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
5. des § 64 ist der Bundesminister für Finanzen und
6. ist im übrigen hinsichtlich des zweiten Teiles der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz

betraut.“

#### **Artikel V**

(1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu Art. I innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu Art. III innerhalb eines Jahres zu erlassen.

(3) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich Art. I und III steht dem Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz zu.

(4) Art. II tritt mit 1. Jänner 1997 in Kraft.

(5) Mit Ablauf des 31. Dezember 2000 treten außer Kraft:

- Art. I Z 3 bis 5, 8, 10, 11, 14, 16 bis 24 und 26 und
- Art. II Z 28 bis 31, 33 und 34.

(6) Artikel III und IV treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(7) Mit der Vollziehung der Artikel II und IV ist der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz betraut.

(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.



## VORBLATT

### Problem und Ziel:

Der Bund und die Länder verlängerten den Geltungszeitraum der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994, BGBl. Nr. 863/1992, durch zwei weitere Vereinbarungen letztlich bis 31. Dezember 1996.

Auch die in Anpassung an die genannte Vereinbarung, BGBl. Nr. 863/1992, mit dem Bundesgesetz BGBl. Nr. 701/1991 erfolgte Änderung des Krankenanstaltengesetzes wurde in Durchführung der Verlängerungen des Geltungszeitraumes der Vereinbarung mit den Bundesgesetzen BGBl. Nr. 474/1995 und 853/1995 zweimal novelliert.

Am 29. März 1996 einigten sich der Bund und die Länder über die Grundsätze der Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab dem Jahre 1997.

Der Bund und die Länder kamen in weiterer Folge überein, die Details der Einigung vom 29. März 1996 in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 zu regeln.

Mit der vorliegenden Novelle ist das Krankenanstaltengesetz an die neue Vereinbarung anzupassen.

### Inhalt:

Die Transformation der neuen Vereinbarung umfaßt im Krankenanstaltengesetz die folgenden Punkte:

- Sicherstellung einer verbindlichen österreichweiten Krankenanstaltenplanung einschließlich einer Großgeräteplanung, Definition der Grundsätze und der Ziele sowie Verpflichtung der Länder zur Erlassung von Landeskrankenanstaltenplänen, die sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes (ÖKAP) befinden, durch Verordnung;
- Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan als weitere Voraussetzung für die Erteilung einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung für Krankenanstalten, die auf Grund der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG finanziert werden bzw. finanziert werden sollen;
- Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan als Voraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes;
- Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan als Voraussetzung für die Zulässigkeit von Angliederungsverträgen;
- Regelung der Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung;
- Definition der Tages- und Nachtambulanz sowie des halbstationären Bereiches;
- Regelung der Facharztanwesenheit und der Rufbereitschaft;
- Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung;
- Einrichtung von Landesfonds;
- Verpflichtung der Krankenanstalten, auch Organen von Landesfonds die Einsichtnahme in Krankengeschichten zu ermöglichen;
- Schaffung der Möglichkeit, daß die wirtschaftliche Aufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, auch von den Landesfonds wahrgenommen werden kann;
- Schaffung der Möglichkeit, die Deckung des Betriebsabganges über die Landesfonds durchzuführen;
- Einrichtung des Strukturfonds;
- Neuregelung der Zweckzuschüsse des Bundes;

### Alternative:

Keine, weil die zur Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen und alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, mit 1. Jänner 1997 für die

18

379 der Beilagen

Laufzeit dieser Vereinbarung außer Kraft zu setzen sind. Dazu gehört die Anpassung des Bundeskrankenanstaltengesetzes.

**Kosten:**

Der Vereinbarung entsprechend verursacht die vorliegende Novelle Mehrkosten von 3 Milliarden Schilling jährlich bzw. von 12 Milliarden Schilling im Zeitraum vom 1. Jänner 1997 bis 31. Dezember 2000 im Vergleich zu den vom Bund für die Spitalsfinanzierung auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1996 zur Verfügung gestellten Mitteln, abgesehen von den zusätzlichen 950 Millionen Schilling, die der Bund im Jahre 1996 ausnahmsweise an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds geleistet hat.

**EU-Konformität:**

Ist gegeben.

## Erläuterungen

### I. Allgemeiner Teil

Seit Jahren wird im Rahmen des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds intensiv an den Voraussetzungen, die für eine Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung erforderlich sind, gearbeitet.

Die Bundesgesetzgebung hat im Rahmen des Krankenanstaltenrechtes dabei die folgenden wesentlichen Voraussetzungen geschaffen:

Die Novelle des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 282/1988, wonach alle Krankenanstalten Österreichs seit 1. Jänner 1989 die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patienten nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in der vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herausgegebenen Fassung zu erheben haben.

Auf Grund der Krankenanstaltengesetznovelle, BGBl. Nr. 701/1991, besteht für jene Krankenanstalten, die Zuschüsse aus dem Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erhalten, seit 1. Jänner 1991 weiters die Verpflichtung zur Erfassung und Meldung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf der Grundlage eines ebenfalls vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz herausgegebenen Leistungskataloges.

Auf der Grundlage der neu eingeführten Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Verbindung mit dem seit dem Jahre 1978 praktizierten Kostenrechnungssystem konnte das Modell der „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ in einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Medizinern, Statistikern und Ökonomen ausgearbeitet werden.

Von 21 repräsentativen Referenzkrankenanstalten wurden dafür wertvolle Grundlagenarbeiten (Erfassungs- und Kalkulationsarbeiten) geleistet.

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994, BGBl. Nr. 863/1992, deren Geltungszeitraum bis 31. Dezember 1996 erstreckt wurde, kamen die Vertragsparteien Bund und Länder überein, das Modell „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ mit dem Ziel weiterzuentwickeln, zum frühestmöglichen Zeitpunkt Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich zu sein.

Die Vertragsparteien haben in der genannten Vereinbarung weiters vorgesehen, die begonnenen Verhandlungen über die Reformen des österreichischen Gesundheitswesens weiterzuführen.

Nach zahlreichen Verhandlungsrunden zwischen dem Bund und den Ländern konnte schließlich am 29. März 1996 eine politische Einigung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab dem Jahre 1997 erzielt werden.

In weiterer Folge kamen der Bund und die Länder überein, die Details der Einigung vom 29. März 1996 in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 zu regeln.

Mit der vorliegenden Novelle ist das Krankenanstaltengesetz in folgenden Punkten an die neue Vereinbarung anzupassen:

1. Sicherstellung einer verbindlichen österreichweiten Krankenanstaltenplanung einschließlich einer Großgeräteplanung, Definition der Grundsätze und der Ziele sowie Erlassung der Landeskrankenanstaltenpläne, die sich im Rahmen des ÖKAP befinden (§ 10a):

Der verbindliche Österreichische Krankenanstaltenplan hat bundesweit eine optimale Kapazitäts- und Leistungsangebotsstruktur zu gewährleisten. So sind im Akutbereich bestehende Überkapazitäten dem aktuellen Bedarf anzupassen. Dazu gehören regionale Überkapazitäten, die sich auf Grund der Bevölkerungsentwicklung in einzelnen Fachbereichen (zB in der Kinderheilkunde) ergeben haben. Dagegen müssen im stationären Krankenhausbereich fehlende und dringend erforderliche Einrichtungen der Remobilisation, der Rehabilitation und der Pflege geschaffen werden. Nur so kann dem Ziel, eine ökonomische, qualitativ hochstehende Form der Gesundheitsversorgung sicherzustellen, entsprochen werden;

2. Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan als weitere Voraussetzung für die Erteilung einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung für Krankenanstalten, die auf Grund der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG finanziert werden bzw. finanziert werden sollen (§ 3 Abs. 2a sowie § 3 Abs. 4 lit. a und b);
3. Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan als Voraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes (§ 15);
4. Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan als Voraussetzung für die Zulässigkeit von Angliederungsverträgen (§ 19 Abs. 1);
5. Regelung der Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung (§ 12);
6. Definition der Tages- und Nachtambulanz sowie des halbstationären Bereiches (§ 6 Abs. 1 lit. b);
7. Regelung der Facharztwesenheit und der Rufbereitschaft (§ 8 Abs. 1);
8. Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (§§ 27, 27b und 28):

In den letzten Jahrzehnten war eine tiefgreifende Veränderung im Krankenanstaltenbereich festzustellen, die sich etwa durch die intensivere Betreuung der Patienten in kürzerer Zeit, durch die höhere Personalintensität und durch den vermehrten Einsatz teurer medizinisch-technischer Großgeräte und Behandlungsverfahren charakterisieren läßt. Damit im Zusammenhang stehen die zunehmenden Kostenunterschiede bei der Behandlung verschiedener Patientengruppen.

Diese Entwicklung hat mittlerweile dazu geführt, daß die Finanzierung in Form von undifferenzierten Tagespauschalen und die derzeit praktizierte Zuschuß- und Abgangsdeckungsfinanzierung auf Grund der fehlenden Leistungsorientierung den an ein zeitgemäßes Finanzierungssystem gestellten Anforderungen nicht mehr entspricht.

Eine zentrale Zielsetzung der Reform der Krankenanstaltenfinanzierung besteht in einer Erhöhung der Kosten- und Leistungstransparenz in den Krankenanstalten, die Mittel von der öffentlichen Hand erhalten. Durch die Einführung bundeseinheitlicher Krankenanstalteninformationssysteme, durch die mehrjährige Entwicklung und Erprobung leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierungssysteme sowie durch die Erarbeitung von Qualitätsmanagementmodellen wurden die wesentlichen Voraussetzungen für diesen Reformschritt verwirklicht.

Von dem neuen Finanzierungssystem wird – bei gleichzeitiger Umsetzung struktureller Maßnahmen – die Optimierung des Ressourceneinsatzes im Gesundheitsbereich und damit eine langfristige Eindämmung der derzeit überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich erwartet. Dies soll durch eine nur den medizinischen Erfordernissen entsprechende kürzere Verweildauer im Krankenhaus, durch vermehrte Leistungserbringung im ambulanten und extramuralen Bereich sowie im rehabilitativen Nachsorgebereich und durch eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen erreicht werden. Darüber hinaus soll es dem Krankenhausmanagement durch die im System geschaffene höhere Kosten- und Leistungstransparenz ermöglicht werden, seine Betriebsführung nach betriebswirtschaftlichen Aspekten auszurichten und Entscheidungen auf fundierten Datengrundlagen zu treffen. Wesentlich ist jedoch die Aufrechterhaltung der Qualität der Behandlung und die Sicherstellung einer Behandlung nach modernen Methoden.

10. Einrichtung von Landesfonds (§ 27b):  
Zur Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung kamen die Vertragsparteien der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 überein, die Landesfonds mit einer weitreichenden Gestaltungsfreiheit auszustatten.
11. Verpflichtung der Krankenanstalten, auch Organen von Landesfonds die Einsichtnahme in Krankengeschichten zu ermöglichen (§ 10 Abs. 1 Z 4);
12. Schaffung der Möglichkeit, daß die wirtschaftliche Aufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, von den Landesfonds wahrgenommen werden kann (§ 11 Abs. 2);
13. Schaffung der Möglichkeit, die Deckung des Betriebsabganges über die Landesfonds durchzuführen (§ 34 Abs. 3);

14. Einrichtung des Strukturfonds (§§ 59 bis 59j);

Der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und die Strukturkommission als Organ des Strukturfonds hat zentrale Aufgaben im Rahmen der umfassenden Reform des Gesundheitswesens zu erfüllen.

Die Strukturkommission soll die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung steuern. Sie soll die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche vorantreiben und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen forcieren. Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus Rationalisierungspotentiale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren.

15. Neuregelung der Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 57 und 58).

Im Einklang mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 bestimmt die vorliegende Novelle, daß ihr unmittelbar anwendbares Bundesrecht mit 1. Jänner 1997 in Kraft tritt. Weiters hat die Landesgesetzgebung die Ausführungsbestimmungen zu den Grundsatzbestimmungen ebenfalls mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

Vorgesehen ist weiters, daß am 1. Jänner 2001 die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften, soweit sie durch diese Novelle geändert wurden, wieder in Kraft treten und diese Novelle außer Kraft tritt.

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 räumt dem Bund und den Ländern die Möglichkeit ein, sich in rechtzeitig aufzunehmenden Verhandlungen über eine Neuregelung zu einigen und die entsprechenden bundes- und landesgesetzlichen Bestimmungen am 1. Jänner 2001 in Kraft zu setzen.

## II. Besonderer Teil

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

Standardkrankenanstalten haben jedenfalls bettenführende Abteilungen für Chirurgie und Innere Medizin vorzuhalten. Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde sind nicht mehr verpflichtend vorzuhalten.

### Zu Art. I Z 3 (§ 3 Abs. 2a):

Der § 3 Abs. 2 des KAG enthält eine demonstrative Aufzählung von Voraussetzungen für die Erteilung einer Bewilligung für die Errichtung einer Krankenanstalt.

Die vorliegende Novelle basiert auf der Intention, eine verbindliche österreichweite Krankenanstaltenplanung einschließlich einer Großgeräteplanung sicherzustellen.

Daher stellt die Übereinstimmung mit dem sich im Rahmen des ÖKAP befindenden jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan eine weitere Voraussetzung für die Erteilung einer Errichtungsbewilligung für Krankenanstalten, die Mittel aus der öffentlichen Hand auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 erhalten bzw. erhalten sollen, dar.

### Zu Art. I Z 4 (§ 3 Abs. 4 lit. a und b):

Im Einklang mit der neuen Bestimmung des § 3 Abs. 2a darf einer aus öffentlichen Mitteln finanzierten Krankenanstalt auch die Betriebsbewilligung nur in Übereinstimmung mit den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erteilt werden.

### Zu Art. I Z 5 (§ 4 Abs. 1):

Die Übereinstimmung mit den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes stellt auch eine zentrale Voraussetzung für die Bewilligung von wesentlichen Veränderungen einer Krankenanstalt dar.

**Zu Art. I Z 6 (§ 6 Abs. 1 lit. b):**

Diese Bestimmung enthält folgende Legaldefinitionen:

In einer Tagesklinik oder Nachtklinik werden auf Grund ihrer Betriebsform anstaltsbedürftige Personen einmalig über Tag bzw. über Nacht aufgenommen.

Werden im Gegensatz dazu anstaltsbedürftige Personen beispielsweise im Bereich der Psychiatrie längerfristig nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen, so handelt es sich hier um den halbstationären Bereich.

Im Zusammenhang mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind diese Legaldefinitionen insofern von großer Bedeutung, als die Fälle, die in Tageskliniken, Nachtkliniken oder im halbstationären Bereich behandelt werden, ebenfalls nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung als Leistungen im stationären Bereich abzurechnen sind.

**Zu Art. I Z 7 (§ 8 Abs. 1):**

Gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 KAG und den im wesentlichen gleichlautenden Bestimmungen in den Landesausführungsgesetzen muß der ärztliche Dienst in den Krankenanstalten so eingerichtet sein, daß ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist. Hinsichtlich der zur Ausübung des ärztlichen Dienstes in Krankenanstalten berechtigten Ärzte verweisen § 7 Abs. 3 KAG und die entsprechende Ausführungsgesetzgebung auf Ärzte, die nach den Bestimmungen des Ärztegesetzes zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind. Sind nun, wie im § 2 Abs. 3 des Ärztegesetzes 1984 ausdrücklich festgelegt, Turnusärzte bloß zur unselbständigen Ausübung ärztlicher Tätigkeiten unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt, so führen diese Bestimmungen zu dem Ergebnis, daß in Krankenanstalten eine permanente Anwesenheit von zumindest einem Facharzt des jeweiligen Sonderfaches gegeben sein muß und eine „Herbeiholung“ von Fachärzten von auswärts etwa durch Postfunk oder telefonische Erreichbarkeit sowie eine Tätigkeit von Turnusärzten ohne Facharztanwesenheit ausgeschlossen sind.

Diese Auffassung entspricht der Judikatur und findet auch im wesentlichen ihre Deckung in der Literatur (vgl. jüngst Kopetzki, Zur fachärztlichen Versorgung in Krankenanstalten, RdM 1995, 123, mit zahlreichen weiteren Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur). Sie wird bestärkt durch § 8 Abs. 1 Z 2 KAG in der Fassung der Novelle BGBl. Nr. 801/1993, wonach die Ausnahme von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit nur in solchen selbständigen Ambulatorien für physikalische Therapie zum Tragen kommen soll, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden.

Seitens der Spitalserhalter und von Länderseite wird seit Jahren Kritik an dieser Rechtssituation geübt. Dabei wird darauf hingewiesen, daß eine Reihe von Sonderfächern keine permanente Anwesenheit eines Facharztes während Wochenend- und Feiertagsdiensten oder in den Nachtstunden in einer Krankenanstalt erfordere und daß es vielmehr ausreiche, wenn in einem angemessenen zeitlichen Intervall ein in Rufbereitschaft befindlicher Facharzt in der Krankenanstalt eintrifft. Eine Rechtslage, die ohne Differenzierung generell eine Facharztpräsenz in der Krankenanstalt gebietet, führe daher entweder zu höheren Personalkosten, als dies nach sachlichen Gesichtspunkten notwendig wäre, oder zu wiederholten Verstößen gegen die Rechtsordnung.

Dieser Kritik soll im Rahmen dieser Novelle des Krankenanstaltengesetzes durch Änderungen der Vorschriften über die Organisation des ärztlichen Dienstes in Krankenanstalten Rechnung getragen werden. Dabei ist ein abgestuftes Modell vorgesehen, das nach Versorgungsstufe differenziert.

In Zentralkrankenanstalten, die an der Spitze der Versorgungshierarchie stehen, ist weiterhin eine ständige Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer erforderlich.

In Schwerpunktkrankenanstalten ist in bestimmten Abteilungen und Organisationseinheiten ebenfalls eine Dauerfacharztpräsenz rund um die Uhr erforderlich. Die Anführung der Abteilungen für Psychiatrie ergibt sich insbesondere auch aus den Bestimmungen des Unterbringungsgesetzes, das eine „unverzügliche“ fachärztliche Untersuchung eines potentiell Unterzubringenden fordert. In den in Z 3 nicht explizit angeführten Abteilungen und Organisationseinheiten von Schwerpunktkrankenanstalten kann im Nachtdienst und vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst der ärztliche Dienst ohne ständige Anwesenheit von Fachärzten der einschlägigen Sonderfächer organisiert sein, wenn für sie eine Rufbereitschaft eingerichtet ist. Das Wort „vorübergehend“ im Zusammenhang mit dem Wochenend- und Feiertagsdienst

soll sicherstellen, daß in der Zeit von Freitag abend bis Montag früh Fachärzte zumindest für Visiten die Abteilung aufsuchen. Dies ist im Interesse der Patienten erforderlich.

Auch in Standardkrankenanstalten ist im Tagdienst eine ständige Facharztpräsenz in allen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten erforderlich. Im Nachtdienst und Wochenend- und Feiertagsdienst ist es ausreichend, wenn eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch **einen** Facharzt aus den in Z 4 angeführten Sonderfächern gegeben ist und für die Fachärzte der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer Rufbereitschaft besteht.

Zu den für eine solche Organisationsform des ärztlichen Dienstes erforderlichen Änderungen des Ärztegesetzes sei auf die Novelle zum Ärztegesetz 1984 hingewiesen.

Die Intensität der vom Ärztegesetz 1984 geforderten Anleitung und Aufsicht über Turnusärzte war schon bisher nach dem Stand der vom Turnusarzt bereits erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten bestimmt (vgl. auch Kopetzki, Turnusärzte und Famulanten, 34 ff.). Entsprechend dem Ausbildungsfortschritt konnten daher schon bisher Turnusärzte ohne unmittelbare Anleitung und Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes tätig sein. Da aber der bisherige Wortlaut des § 2 Abs. 3 Ärztegesetz 1984 eine Tätigkeit von Turnusärzten ohne die Anwesenheit auch nur eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes in der Krankenanstalt ausschließt (arg.: „Aufsicht“), ist die Möglichkeit einer vorübergehenden Tätigkeit von Turnusärzten in Krankenanstalten ohne Präsenz eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes im Ärztegesetz 1984 ausdrücklich für zulässig zu erklären. Dies erfolgt in einer Novelle zum Ärztegesetz.

Um das notwendige Maß der Versorgungsqualität sicherzustellen, muß es sich bei den dafür in Betracht kommenden Turnusärzten freilich um solche handeln, die bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, was maßgeblich nach dem gegebenen Ausbildungsstand zu beurteilen sein wird (vgl. auch § 8 Ärztegesetz 1984). Dies ergibt sich auch aus § 8 Abs. 2 KAG, wonach Patienten in Krankenanstalten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft zu behandeln sind.

Für Sonderkrankenanstalten ergibt sich hinsichtlich der Organisation des ärztlichen Dienstes keine Änderung der bisherigen Rechtslage. Dies ergibt sich daraus, daß das grundsätzliche Gebot der Versorgung nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft (§ 8 Abs. 2) unverändert bleibt, für Sonderkrankenanstalten die generelle Norm des § 8 Abs. 1 Z 1 gilt (ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar) und auch sonst keine Spezialvorschrift besteht, die ein Abweichen davon, insbesondere auch eine Tätigkeit von Turnusärzten, ermöglichen würde.

Da es sich um grundsatzgesetzliche Vorschriften im Rahmen des Art. 12 B-VG handelt, legen sie bloß Mindeststandards für die Organisation des ärztlichen Dienstes fest.

#### **Zu Art. I Z 8 (§ 10 Abs. 1 Z 4):**

Zusätzlich zu den gesetzlich begründeten bisherigen Informationsverpflichtungen der Krankenanstalten über den Gesundheitszustand der Patienten sollen durch die vorliegende Novelle die Krankenanstalten verpflichtet werden, auch Organen von Landesfonds bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten zu übermitteln.

Grundsätzlich benötigen die Landesfonds Krankengeschichten nur stichprobenweise und nicht im Zusammenhang mit dem Namen des Patienten. Sollten dennoch für Abrechnungs- und Kontrollzwecke personenbezogene Krankengeschichten benötigt werden, ist eine streng vertrauliche Behandlung dieser Daten durch entsprechende organisatorische und rechtliche Maßnahmen sicherzustellen.

#### **Zu Art. I Z 9 (§ 10a):**

Die Vertragsparteien haben sich in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 darauf geeinigt, einen verbindlichen österreichweiten Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes zwischen dem Bund und den Ländern einvernehmlich mit 1. Jänner 1997 festzulegen.

Als Grundsatzgesetz obliegt dem Bundeskrankenanstaltengesetz mit der vorliegenden Novelle jedenfalls die Formulierung der Grundsätze auf Grund der Ziel- und Zweckbestimmungen des § 10a Abs. 2.

24

379 der Beilagen

In Umsetzung der genannten Einigung soll die Landesgesetzgebung verpflichtet werden, für Krankenanstalten, die Mittel auf Grund der genannten Vereinbarung erhalten, einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befindet.

Der Landeskrankenanstaltenplan kann darüber hinaus auch Planungsvorgaben für den Bereich der nicht über den Landesfonds abzurechnenden Krankenanstalten beinhalten.

**Zu Art. I Z 10 (§ 11 Abs. 2):**

Der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof sollen auch Krankenanstalten unterliegen, die Zahlungen aus dem Landesfonds und damit öffentliche Mittel erhalten.

Sofern Landesfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet werden, kann die Landesgesetzgebung vorsehen, daß die wirtschaftliche Aufsicht durch den Fonds erfolgt.

**Zu Art. I Z 11 (§ 11 Abs. 4):**

Hier war eine Zitanpassung notwendig.

**Zu Art. I Z 12 (§ 12):**

Bisher hat das Bundeskrankenanstaltengesetz lediglich eine ausdrückliche Regelung über die Zurücknahme der Betriebsbewilligung enthalten.

Die vorliegende Novelle normiert, daß auch die Errichtungsbewilligung abzuändern oder zurückzunehmen ist, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervor-  
kommt.

Zu den im § 12 angesprochenen Voraussetzungen gehört selbstverständlich auch die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan.

Im Einklang mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 sind erteilte krankenanstaltenrechtliche Bewilligungen unter größtmöglicher Schonung wohlervorbener Rechte zu ändern oder allenfalls zurückzunehmen.

**Zu Art. I Z 13 und 25 (§§ 15 und 36 Abs. 2):**

Die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan wurde als weitere Voraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes vorgesehen.

Die vorliegende Novelle normiert, daß ein Anspruch auf die Verleihung nicht besteht.

Eine öffentliche Krankenanstalt verliert das Öffentlichkeitsrecht, wenn die erteilte Bewilligung zur Errichtung oder zum Betrieb zurückgenommen wird.

**Zu Art. I Z 14 (§ 16 Abs. 1 lit. e):**

Diese Bestimmung wurde durch die systemkonforme Aufnahme des Begriffes „LKF-Gebühren“ (Gebühren auf der Grundlage der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) ergänzt.

**Zu Art. I Z 15 (§ 19 Abs. 1):**

Die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan wurde als Voraussetzung für die Genehmigung eines Angliederungsvertrages durch die Landesregierung vorgesehen. Weiters ist eine erteilte Genehmigung zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand geführt hat.

**Zu Art. I Z 16 (§ 27):**

Zur Durchführung der durch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 festgelegten leistungsorientierten Abrechnung ist analog zur Pflegegebühr die LKF-Gebühr einzuführen.



In Übereinstimmung mit der bisherigen Regelung sollen mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten werden, wobei wie bisher zwei Ausnahmen vorgesehen sind.

Weiters sind mit den LKF-Gebühren oder Pflegegebühren Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pflégelings erbracht werden, nicht abgegolten (zB Telefon). In diesem Zusammenhang wird darauf zu achten sein, daß durch diese Zusatzleistungen die Abgrenzung gegenüber der für die Sonderklasse typischen besonderen Ausstattung gewahrt bleibt.

In konsequenter Anpassung der weiteren Regelungen des § 27 (Abs. 2 bis 6) an das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wurden jeweils dem Begriff „Pflegegebühren“ der Begriff „LKF-Gebühren“ hinzugefügt.

Im Hinblick auf die Sonderklassegebühren (§ 27 Abs. 4 lit. a) hat der Verfassungsgerichtshof mit Urteil vom 16. März 1995, G 247/94-12 und G 248/94-10, eine Bestimmung des Oberösterreichischen Krankenanstaltengesetzes, die vorsieht, daß Patienten, die aus eigenem Wunsch in die Sonderklasse einer öffentlichen Krankenanstalt aufgenommen werden, auch die Differenz zwischen den Pflegegebührenersätzen der sozialen Krankenversicherung und den amtlichen Pflegegebühren zu tragen haben, als verfassungswidrig aufgehoben.

Der Verfassungsgerichtshof begründet dies damit, daß die Differenzverrechnung der aufgehobenen Regelung zu einer Erhöhung der Entgeltspflichten für Sonderklassepatienten führt, die in keiner sachadäquaten Korrelation zu dem Mehraufwand der Unterbringung in der Sonderklasse steht.

Dies gilt konsequenterweise auch für die LKF-Gebühren bzw. LKF-Gebührenersätze.

#### **Zu Art. I Z 17 (§ 27a):**

Diese Bestimmung war ebenfalls an das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung durch die Aufnahme des Begriffes „LKF-Gebührenersätze durch den Landesfonds“ anzupassen. In diesem Zusammenhang sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag geleistet wird, auch ausdrücklich von der Verpflichtung zur Leistung eines weiteren Kostenbeitrages auszunehmen.

#### **Zu Art. I Z 18 (§ 27b):**

In Übereinstimmung mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 regelt diese Bestimmung die Durchführung der Finanzierung durch die Landesfonds, insbesondere die Ermittlung der durch die Landesfonds zu leistenden LKF-Gebührenersätze.

In Krankenanstalten, die leistungsorientiert Zahlungen aus dem Landesfonds erhalten, werden stationär erbrachte Leistungen für sozialversicherte Patienten durch die LKF-Gebührenersätze abgegolten.

Darüber hinaus soll es der Landesgesetzgebung freistehen, zu regeln, daß die Leistungen auch für allfällige weitere Gruppen von Patienten dieser Krankenanstalten über den Landesfonds durch LKF-Gebührenersätze abgegolten werden.

Als LKF-Kernbereich wird der Bereich der Finanzierung bezeichnet, der auf den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen beruht. Dieser Teil stellt die Abgeltung des einzelnen Krankenhausfalles dar, wobei davon ausgegangen wird, daß die Behandlung einer bestimmten Diagnosenfallgruppe grundsätzlich den selben Ressourcenaufwand verursacht – unabhängig etwa von der Größe oder der Lage der jeweiligen Krankenanstalt und unabhängig vom Versorgungsauftrag der Krankenanstalt.

Neben dem LKF-Kernbereich ist im System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung als weitere Finanzierungsebene der LKF-Steuerungsbereich vorgesehen, in dem strukturspezifische Kriterien Berücksichtigung finden. Mit Hilfe des Steuerungsbereiches kann auf die landesspezifischen Erfordernisse insofern Bedacht genommen werden, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppe im Steuerungsbereich nach Maßgabe der im § 27b Abs. 2 Z 3 festgelegten Kriterien je Land unterschiedlich sein kann.

Dabei können strukturspezifische Kriterien Berücksichtigung finden, wie etwa die sich auf Grund des unterschiedlichen Versorgungsauftrages der Krankenanstalten ergebende unterschiedliche personelle und apparative Ausstattung der Krankenanstalten oder der sich daraus ergebende Krankenanstalten-Typ.

Unterschiede in der Bausubstanz der Krankenanstalten können auf Grund des beispielsweise höheren Investitions- bzw. Reparaturbedarfs oder auf Grund von höheren Logistikkosten zu gerechtfertigten Differenzierungen in der Finanzierung führen.

Im Falle von speziellen Versorgungssituationen (zB Grenzlandregionen) kann die sich dort ergebende geringe Auslastung von bedeutsamen Versorgungseinrichtungen durchaus gesundheitspolitisch vertretbar und in der Finanzierung berücksichtigungswürdig sein.

Die Hotelkomponente kann dann von Bedeutung sein, wenn in einem Bundesland Krankenanstalten mit stark unterschiedlichen Raumangeboten (Krankenanstalten mit Zwei- bis Dreibettzimmern einerseits und Krankenanstalten mit großen Krankensälen andererseits) vorhanden sind. Hier kann durch entsprechende finanzielle Anreize im Steuerungsbereich eine qualitative Verbesserung des Versorgungsangebotes erreicht werden.

Ebenfalls über den Landesfonds abzugelten sind die Ambulanzleistungen und sonstigen Leistungen der Krankenanstalten (zB Krankenpflegeschulen). Bei der Finanzierung dieser Leistungsbereiche ist den Ländern ein großer Gestaltungsfreiraum gegeben, der eine Berücksichtigung der derzeit sehr unterschiedlichen Situationen in den einzelnen Bundesländern in diesen Leistungsbereichen ermöglicht.

Im Rahmen der Landesfonds kann weiters eine Investitionsfinanzierung sowie eine Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen, das sind alle Maßnahmen, die zur Entlastung des stationären Akutbereiches der Krankenanstalten führen, vorgesehen sein.

Weiters können im Landesfonds finanzielle Mittel vorgesehen werden, um die auf Grund der Umstellung der Krankenanstaltenfinanzierung notwendigen strukturellen Anpassungen im Krankenanstaltenbereich zu unterstützen.

#### **Zu Art. I Z 19 (§ 28):**

Abgesehen von der Finanzierungsregelung über Landesfonds hat die Landesgesetzgebung für alle öffentlichen und gemäß § 16 gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die Nichtfondskrankenanstalten sind, sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über die Landesfonds abgerechnet werden, festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch LKF-Gebühren oder durch Pflegegebühren abgegolten werden.

Die Ermittlung der LKF-Gebühr wurde in Analogie zur bisherigen Ermittlung der Pflegegebühr in § 28 geregelt.

Weitere Regelungen betreffen im Landesgesetzblatt vorzunehmende Kundmachungen über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, um die erforderliche Transparenz zu gewährleisten.

#### **Zu Art. I Z 20, 21 und 22 (§§ 29, 30 und 32):**

In konsequenter Anpassung dieser Bestimmungen an das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wurde auch hier jeweils dem Begriff „Pflegegebühren“ der Begriff „LKF-Gebühren“ hinzugefügt.

#### **Zu Art. I Z 23 (§ 34):**

Die Deckung des Betriebsabganges kann einerseits wie bisher erfolgen (Abs. 1 und 2), andererseits kann die Landesgesetzgebung die Regelungen gemäß Abs. 1 und 2 für Fondskrankenanstalten durch Finanzierungsregelungen über den Landesfonds zur Gänze oder teilweise ersetzen.

Im Art. 26 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 verpflichten sich die Länder, dafür zu sorgen, daß es durch die Umstellung auf die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung zu keiner Verschiebung der Anteile an der Aufbringung der Mittel und der Betriebsabgangsdeckung zuungunsten der Städte und Gemeinden kommt.

#### **Zu Art. I Z 24 und 26 sowie zu Art. II Z 27, 28, 29 und 33 (§ 35 Abs. 2, § 42, § 43, § 43 Abs. 2, § 44, § 55 Z 1, § 56, § 48 und § 64):**

Durch die vorliegende Novelle sollen Begriffe und Zitierungen des Krankenanstaltengesetzes an zwischenzeitlich erfolgte Änderungen in anderen Bundesgesetzen angepaßt werden.

Weitere Anpassungen und Ergänzungen sind im Hinblick auf das vorgesehene System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung erforderlich.

**Zu Art. II Z 30 und 31 (§§ 57 bis 59j samt Überschrift):**

Auf Grund der bis 31. Dezember 1996 geltenden Rechtslage (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1996 und Bundesgesetz über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 473/1995 und 853/1995) stellt der Bund Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung zur Verfügung.

Die Vertragsparteien Bund und Länder haben sich in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 darauf geeinigt, daß der Bund die Mittel, die er auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1995, BGBl. Nr. 863/1992, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 20/1996 für die Krankenanstaltenfinanzierung zur Verfügung gestellt hat, bis zum Ablauf der neuen Vereinbarung weiterhin leisten wird.

Zusätzlich wird der Bund jährlich drei Milliarden Schilling bzw. insgesamt 12 Milliarden Schilling im Zeitraum vom 1. Jänner 1997 bis 31. Dezember 2000 für die Finanzierung der Träger von Krankenanstalten, die auf der Grundlage der neuen Vereinbarung leistungsorientierte Zahlungen erhalten, zur Verfügung stellen.

Im einzelnen ist folgendes vorgesehen:

Im Sinne der neuen Vereinbarung wird der Bund seine bisherigen Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung (jährlich 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer nach Abzug des im § 7 Abs. 2 Z 2 des Finanzausgleichsgesetzes 1997 genannten Betrages sowie jährlich 330 Millionen Schilling) an die Länder (Landesfonds) als Zweckzuschüsse leisten.

Zusätzlich wird der Bund jährlich 1 250 Millionen Schilling als Zweckzuschüsse an die Länder (Landesfonds) leisten.

Die restlichen zusätzlichen Mittel in der Höhe von jährlich 1 750 Millionen Schilling wird der Bund an den Strukturfonds gemäß § 59 leisten.

Der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und die Strukturkommission als Organ des Strukturfonds haben zentrale Aufgaben im Rahmen der umfassenden Reform des Gesundheitswesens zu erfüllen.

Die Strukturkommission soll die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung steuern. Sie soll die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche vorantreiben und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen forcieren. Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus Rationalisierungspotentiale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren.

Der Strukturkommission gehören Vertreter des Bundes, der Landeskommissionen, der Sozialversicherung, der Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden und ein gemeinsamer Vertreter der Österreichischen Bischofskonferenz und des Evangelischen Oberkirchenrates an.

In der Erfüllung ihrer Aufgaben wird die Strukturkommission geeignete Gremien (zB Beiräte, Arbeitskreise) für spezielle Themenbereiche einrichten. Diesen Gremien werden Gesundheitsberufs- und Interessensvertretungen der verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens angehören.

Die demonstrative Aufzählung der Aufgaben des Strukturfonds erfolgt im § 59a.

Hinsichtlich der im § 59b eingeräumten Einschaurechte ist darauf Bedacht zu nehmen, daß eine streng vertrauliche Behandlung der eingesehenen Daten durch entsprechende organisatorische und rechtliche Maßnahmen sicherzustellen ist.

Im Zusammenhang mit der im §§ 59c ff. geregelten Verteilung der Mittel des Strukturfonds an die Länder (Landesfonds) ist insbesondere auf die Regelung des § 59d hinzuweisen, wonach der Strukturfonds bei maßgeblichen Verstößen gegen den Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes und bei Verstößen der Fondskrankenanstalten gegen die Dokumentationspflicht den entsprechenden Länderanteil aus seinen Mitteln zurückzuhalten hat, bis der Landesfonds (das Land) Maßnahmen zur Herstellung des plan- bzw. gesetzeskonformen Zustandes gegenüber den Krankenanstalten eingeleitet hat.

Die Organisation des Strukturfonds wird im § 59g geregelt.

Die detaillierten Verteilungsvorschriften der §§ 57 ff. sowie die Vorschriften zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59e) sowie die Vorschriften über den Einsatz der Mittel für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit (§ 59f) transformieren vollinhaltlich den entsprechenden Inhalt der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000.

**Zu Art. II Z 32 (Hauptstück G):**

Das Hauptstück G im zweiten Teil des KAG hat bisher Regelungen über die Diagnosen- und Leistungserfassung enthalten.

Da diese Regelungen in das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen aufgenommen werden sollen, entfällt das Hauptstück G.

**Zu Art. II Z 34 (§ 67 Abs. 2):**

Die Vollzugsklausel ist an zwischenzeitlich erfolgte Änderungen des Bundesministeriengesetzes sowie an die vorliegende Novelle anzupassen.

**Zu Art. III, IV und V:**

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 haben sich der Bund und die Länder darauf geeinigt, daß die in Durchführung dieser Vereinbarung ergehenden Bundes- und Landesgesetze mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung auch außer Kraft treten. Die Vertragsparteien haben sich verpflichtet, rechtzeitig Verhandlungen über die Neuregelung aufzunehmen.

Sofern in diesen Verhandlungen keine Einigung über eine Neuregelung zustande kommt, werden mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften, soweit sie in Durchführung der Vereinbarung geändert wurden, wieder in Kraft gesetzt.

Durch die Art. III, IV und V wird die Vereinbarung auch in diesem Punkt vollinhaltlich erfüllt.