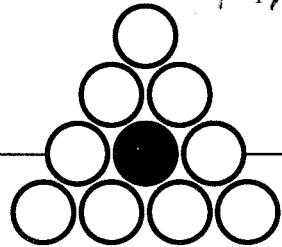


**REPUBLIK ÖSTERREICH**  
**BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT**  
**UND KONSUMENTENSCHUTZ**



Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

Mag. Paul Dukarich

Parlamentsdirektion  
Herrn Hermann PRUCKNER

Dr. Karl Renner-Ring 3  
1017 Wien

1031 WIEN,  
RADETZKYSTRASSE 2  
TELEFON: (0 22 2) 711 72  
TELEFAX: (0 22 2) 715 81 18

<b>Gesetzentwurf</b>	
1.	74 - GE/19 Pl
Datum	16. 9. 1996
Verteilt	17. 9. 96

Frist: 4.9.1996  
M. Th. Litsch (BMGK)

2 Kopie ky

Geschäftszahl:

Wien, am: 1996-09-13

Ihre Geschäftszahl:

Betreff: Begutachtung der Entwürfe

- der KAG-Novelle,
- des BG über die Dokumentation im Gesundheitswesen sowie
- der Ärztegesetz-Novelle

Sehr geehrter Herr Pruckner!

Aufgrund eines Mißverständnisses hat es das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz verabsäumt, die o.z. Gesetzesentwürfe der Parlamentsdirektion zu Beginn des Begutachtungsverfahrens zur Verfügung zu stellen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz bedauert dieses Mißverständnis und übermittelt beiliegend 25 Exemplare der genannten Gesetzesentwürfe.

Mit dem Ausdruck der vorzüglichen Hochachtung

*Sal. Renkl*

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

Der Nationalrat hat beschlossen:

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

**Artikel I  
(Grundsatzbestimmungen)**

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

"(2a) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel aufgrund 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 sowohl dem österreichweit einheitlichen und verbindlichen Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes als auch dem jeweiligen auf der Grundlage des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes von jedem Land als Verordnung zu erlassenden Landeskrankenanstaltenplan entspricht."

2. § 3 Abs. 4 lit. a und b lauten:

- "a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 und bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel aufgrund 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 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 Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel aufgrund 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 beabsichtigt, die Vorgaben des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;"

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

"Bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel aufgrund 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 Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind."

4. § 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 teilstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, aufgenommen werden."

5. § 7a wird folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Im übrigen kann die Landesgesetzgebung vorsehen, daß auch außerhalb von Universitätskliniken in Abteilungen für Chirurgie Departments für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie, plastische Chirurgie und Unfallchirurgie als Untergliederung bestehen können. Abs. 1 gilt sinngemäß."

6. § 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 Universitätskliniken und -instituten uneingeschränkt  
eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht  
kommenden Sonderfächer gegeben ist;
  3. im übrigen in Abteilungen und sonstigen Organisations-  
einheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin,  
Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburts-  
hilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Unfallchirurgie und  
Neurochirurgie jedenfalls ein Facharzt des betreffenden  
Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist und  
hinsichtlich der sonstigen Abteilungen und Organisations-  
einheiten jeweils durch die Rufbereitschaft eines  
Facharztes sichergestellt ist, daß eine fachärztliche  
Hilfe in der nach dem Stand der medizinischen Wissen-  
schaft vertretbaren Zeit, längstens aber binnen  
15 Minuten gegeben und bis dahin durch einen Turnusarzt,  
der bereits über die entsprechenden Kenntnisse und  
Fertigkeiten verfügt, eine ärztliche Hilfe gewährleistet  
ist;
  4. in Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger  
Ambulatorien für physikalische Therapie 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, geändert durch BGBl.Nr.  
327/1996, gewährleistet ist;
  5. die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte sich im  
erforderlichen Ausmaß fortbilden können;

6. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist."

7. § 10 Abs. 1 Z 4 lautet:

"4. den Gerichten, Verwaltungsbehörden und Organen von Landesfonds im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen 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 Pfleglingen zu übermitteln;"

8. § 10a lautet:

"§ 10a. Die Landesgesetzgebung hat 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, eine verbindliche österreichweite Krankenanstaltenplanung einschließlich einer Großgeräteplanung nach folgenden Grundsätzen 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, teilstationären 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 teilstationärer 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 sind 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."

9. Nach § 10a ist folgender § 10b einzufügen:

"§ 10b. Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, einen an den Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes angepaßten Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen."

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 Geburungskontrolle durch den Rechnungshof. In Ländern, in denen aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung Landesfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit bestehen, kann die Landesgesetzgebung vorsehen, daß die wirtschaftliche Aufsicht auch durch den Fonds wahrgenommen wird."

11. § 12 samt Überschrift lautet:

**"Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligung**

**§ 12. (1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist 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 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."**

12. § 15 lautet:

"§ 15. Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt verliehen werden, wenn sie den Vorgaben des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und 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."

13. § 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 teilstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;"

**14. Im § 18 Abs. 1 wird das Zitat "(§ 10a)" durch "(§ 10b)" ersetzt.**

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

"Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes und dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde."

16. § 27 samt Überschrift lautet:

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

"§ 27. (1) In Krankenanstalten, deren Finanzierung im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 erfolgt, werden die Leistungen für sozialversicherte Pfleglinge und allfällige weitere durch die Landesgesetzgebung festzulegende Gruppen von Pfleglingen durch von dem jeweiligen Landesfonds geleistete Gebühren auf Grundlage der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Gebühren) abgegolten. Darüber hinaus hat die Landesgesetzgebung für alle Krankenanstalten festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch kostendeckende LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden. Mit den kostendeckenden 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 durchgeföhrten 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, den kostendeckenden LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren nicht inbegriffen.

(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 kostendeckenden 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, den kostendeckenden 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, soferne 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, die kostendeckenden 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 Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltpflege als Sachleistung entweder LKF-Gebühren durch den Landesfonds oder 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 einzuhaben. Dieser Beitrag darf pro Pflegling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag geleistet wird, die Anstaltpflege 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 Pfleglingen in von der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung umfaßten Krankenanstalten 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 Pfleglinge in den von der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung umfaßten Krankenanstalten erbracht werden, über den Landesfonds abgerechnet werden.

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

1. Auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der aktuellen Fassung werden im LKF-Kernbereich die LKF-Punkte für den einzelnen Pflegling ermittelt.
2. Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus dem Landesfonds an die Träger der Krankenanstalten kann auf die landesspezifischen Erfordernisse insoferne Bedacht nehmen, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosefallgruppe 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-Gebühren 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 Pfleglingen gemäß Abs. 1 und Leistungen im Nebenkostenstellenbereich durch den Landesfonds abgegolten 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 aufgrund des Bundesgesetzes über die Dokumentation 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 erhält."

19. § 28 lautet:

"§ 28. (1) Der Schillingwert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der kostendeckenden LKF-Gebühr, 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 kostendeckenden 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 außerhalb des Landesfonds LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der aktuellen Fassung im Landesgesetzblatt kundzumachen. Der außerhalb des Landesfonds 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 festzuhalten und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Schillingwert, 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 kostendeckenden LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

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

(4) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten. Ansonsten werden das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe - und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 6, ausschließlich durch privat-rechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung.

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

(6) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Hauptverband nicht zustande kommt, entscheidet eine Schiedskommission auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß

Abs. 4 zu regelnden Angelegenheiten. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Träger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Träger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband gestellt werden.

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

(8) Bei der Festsetzung der Höhe der 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.

20. § 29 lautet:

"§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen kostendeckenden 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 (BGBl. Nr. 801/1993, Art. I Z 39).

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der kostendeckenden 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 (BGBl. Nr. 282/1988, Art. I Z 23),
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen Sicherheit oder auf Grund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind (BGBl. Nr. 801/1993, Art. I Z 40) und

5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben (BGBl. Nr. 801/1993, Art. I Z 41)."

21. § 30 samt Überschrift lautet:

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

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von LKF-Gebühren für nicht sozialversicherte Pfleglinge oder kostendeckende 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 für nicht sozialversicherte Pfleglinge oder die zu erwartende kostendeckende 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 des Landesfonds für LKF-Gebühren für nicht sozialversicherte Pfleglinge oder aufgrund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten kosten-deckende LKF-Gebühren oder 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 für sozialversicherte Pfleglinge oder die kostendeckenden LKF-Gebühren oder 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."**

23. § 34 lautet:

"§ 34. (1) Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, daß bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstalts-sprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebs-abgang in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstalts-sprengel 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.

(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 für jeden der gemäß Abs. 1 und 2 zur Deckung des Betriebsabganges Verpflichteten bestimmen, daß dieser seine Verpflichtung durch Zahlung seines Anteiles an den Landesfonds zu erfüllen hat."

**24. § 35 Abs. 2 letzter Satz lautet:**

"Die Landesregierung hat in dem Falle, daß der Träger der Krankenanstalt im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung finanziert wird, 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. Im § 42 wird nach dem Wort "Landeshauptmann" die Wendung "und der Strukturkommission" eingefügt.

**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 Heilkostenersatzes entstanden ist, in jener Höhe auf den Rechtsträger der Krankenanstalt über, als diesem die Kosten der Anstaltsbehandlung durch Zahlungen Dritter, insbesonders LKF-Gebühren durch den Landesfonds oder Pflegegebühren, nicht abgegolten sind."

29. 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 1,416vH des gesamten Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr.
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 Übergenüsse 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.

## 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
4. Qualitätssicherung
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
6. Festlegung des Ambulanz(leistungs)planes unter Berücksichtigung des niedergelassenen Bereiches
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

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

"§ 59b. Organe des Bundes und Beauftragte der Struktur-kommission 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 soferne 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 1750 Millionen Schilling jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:
  - a) 50 Millionen Schilling für das Bundesland Oberöster-reich
  - b) 60 Millionen Schilling für das Bundesland Steiermark
  - c) 50 Millionen Schilling für das Bundesland Tirol.
2. Sodann sind von den verbleibenden 1590 Millionen Schil-ling die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 30 Millionen Schilling jährlich, bei einem Mehrbedarf jedoch bis höchstens 40 Millionen Schilling jährlich, und die Mittel für die Finanzierung von allge-meinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit im Ausmaß von 30 Millionen Schilling jährlich abzuziehen und vom Strukturfonds einzubehalten und gemäß § 59e und § 59f zu verwenden.

3. Die nach dem Abzug gemäß Z 2 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl, 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 allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit den einzelnen Ländern (Landesfonds) zuzuteilen.

(2) Die Mittel gemäß Abs. 1 Z 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils innerhalb einer dreimonatigen Frist nach Ablauf eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen, soferne die Voraussetzungen des § 59d erfüllt sind.

§ 59d. Bei maßgeblichen Verstößen gegen den Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes und Verstößen gegen die Dokumentationspflicht aufgrund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBI.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:

S 17.000,-- .... Entnahmekosten Niere  
 S 34.000,-- .... Entnahmekosten Leber  
 S 34.000,-- .... Entnahmekosten Herz  
 S 34.000,-- .... Entnahmekosten Lunge  
 S 8.500,-- .... Transportkosten Niere  
 S 26.500,-- .... Transportkosten Leber  
 S 26.500,-- .... Transportkosten Herz  
 S 26.500,-- .... 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 etc.)	12,9 %
- Hirntoddiagnostik	3,2 %
- HLA-Bestimmung	19,4 %
- Organentnahme (operative Leistung)	12,9 %
- Koordination und Organisation Transplantationskoordinator ÖBIG-Transplant	6,5 %
	<u>8,0 %</u>
	100,0 %

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

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

S 2.500,-- .... HLA-A, B Typisierung.

b) Zusätzlich sind an die Organisation "Knochenmarkspende Österreich" jährlich pro HLA-A,B Typisierung 250,-- Schilling, jedoch insgesamt höchstens 500.000,-- Schilling 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 20 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 Landeskommision
3. 6 Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
4. je ein Mitglied bestellen die Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinde;
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 Beschlüffähigkeit 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.

§ 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.

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

32. In § 64 wird die Wendung "des Umsatzsteuergesetzes 1972" durch die Wendung "des Umsatzsteuergesetzes ...." ersetzt.

33. § 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**  
**(Grundsatzbestimmung)**

**§ 28 lautet:**

"§ 28. (1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

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

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

(4) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten. Ansonsten werden das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren – unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe – und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 6, ausschließlich durch privat-rechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Auffassung.

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

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

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

(8) Bei der Festsetzung der Höhe der 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. (BGBl. Nr. 474//1995, Art. II; Art. I Abs. 3 BGBl. Nr. 853/1995)]

**Artikel IV**  
**(Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)**

**"Zweckzuschüsse des Bundes**  
**(§§ 12 und 13 F.-VG. 1948, BGBl. Nr. 45)**

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

§ 58. Anträge der Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten um Gewährung eines Zweckzuschusses gemäß § 57 sind zugleich mit den hiefür 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 v.H. der für die Krankenanstalt festgesetzten Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse, höchstens jedoch 10 v.H. des Betriebsabganges betragen darf.

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

§ 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.

## Artikel V

(1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu Art. I bis zum 31. Dezember 1996 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 die Art. I und II außer Kraft.

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

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

**E R L Ä U T E R U N G E N****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.

Aufgrund 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. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994, BGBI.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. 15 a 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 (§ 10a) sowie Anpassung der Landeskrankenanstaltenpläne an den ÖKAP (§ 10b):

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 aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in einzelnen Fachbereichen (z.B. 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 Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes (ÖKAP) und dem jeweiligen - an den ÖKAP angepaßten - Landeskrankenanstaltenplan als weitere Voraussetzung für die Erteilung einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung für Krankenanstalten, die aufgrund der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG finanziert werden bzw. finanziert werden sollen (§ 3 Abs. 2a sowie § 3 Abs. 4 lit. a und b);
3. Übereinstimmung mit dem ÖKAP und dem Landeskrankenanstaltenplan als Voraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes (§ 15);
4. Übereinstimmung mit dem ÖKAP und 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 Nachtklinik sowie des teilstationären Bereiches (§ 6 Abs. 1 lit. b);

7. Einrichtung von Departments in Abteilungen für Chirurgie (§ 7 Abs. 3);
8. Regelung der Facharztanwesenheit und der Rufbereitschaft (§ 8 Abs. 1);
9. Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (§§ 27, 27a und 27b):

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 aufgrund 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. 15 a 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, auch 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. 15 a 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.

Freilich räumt die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 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 (§ 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 ÖKAP und dem jeweili-gen an den ÖKAP angepaßten Landeskrankenanstaltenplan eine weitere Voraussetzung für die Erteilung einer Errichtungs-bewilligung für Krankenanstalten, die Mittel aus der öffent-lichen Hand aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinan-zierung für die Jahre 1997 bis 2000 erhalten bzw. erhalten sollen, dar.

**Zu Art. I Z 2 (§ 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 ÖKAP und den an den ÖKAP angepaßten Landeskrankenanstaltenplänen erteilt werden.

**Zu Art. I Z 3 (§ 4 Abs. 1):**

Die Übereinstimmung mit den Vorgaben des ÖKAP und der angepaß-ten Landeskrankenanstaltenpläne stellt auch eine zentrale Vor-aussetzung für die Bewilligung von wesentlichen Veränderungen einer Krankenanstalt dar.

**Zu Art. I Z 4 (§ 6 Abs. 1 lit. b):**

Diese Bestimmung enthält folgende Legaldefinitionen:

In einer Tagesklinik oder Nachtklinik werden anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag bzw. über Nacht aufgenommen.

Im teilstationären Bereich verweilen anstaltsbedürftige Personen, die längerfristig aufgenommen werden, nur über Tag oder nur über Nacht.

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

**Zu Art. I Z 5 (§ 7a):**

In Abteilungen für Chirurgie können Departments für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie, Plastische Chirurgie und Unfallchirurgie als Untergliederung bestehen, sofern die Landesgesetzgebung dies vorsieht.

Diese Festlegung ist für die Planung der Vorhaltung von Departments im Rahmen des ÖKAP von Bedeutung.

**Zu Art. I Z 6 (§ 8 Abs. 1):**

Die fachärztliche Anwesenheitspflicht ist nunmehr so geregelt, daß in Universitätskliniken und -instituten eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer uneingeschränkt gegeben sein muß sowie außerhalb von Universitätskliniken und -instituten in Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder-

und Jugendheilkunde, Unfallchirurgie und Neurochirurgie jedenfalls ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches dauernd in der Anstalt anwesend zu sein hat.

Ansonsten ist die Erreichbarkeit der fachärztlichen Hilfe in der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft vertretbaren Zeit, längstens aber binnen 15 Minuten jeweils durch die Rufbereitschaft eines Facharztes sicherzustellen. Bis zu diesem Zeitpunkt ist die ärztliche Hilfe durch einen Turnusarzt, der bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, sicherzustellen.

**Zu Art. I Z 7 (§ 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 in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten zu übermitteln.

**Zu Art. I Z 8 und 9 (§§ 10a und 10b):**

Die Vertragsparteien haben sich in der Vereinbarung gemäß Art. 15 a 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.

In Umsetzung dieser Einigung soll die Landesgesetzgebung für Krankenanstalten, die Mittel aufgrund der genannten Vereinbarung erhalten, eine verbindliche österreichweite Kranken-

anstaltenplanung einschließlich einer Großgeräteplanung sicherstellen und jeweils die Landesregierung verpflichten, einen an den ÖKAP angepaßten Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen.

Als Grundsatzgesetz obliegt dem Krankenanstaltengesetz mit der vorliegenden Novelle jedenfalls die Formulierung der Grundsätze aufgrund der Ziel- und Zweckbestimmungen des § 10a.

**Zu Art. I Z 10 (§ 11 Abs. 2):**

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

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

**Zu Art. I Z 11 (§ 12):**

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

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

Zu den im § 12 angesprochenen Voraussetzungen gehört selbstverständlich auch die Übereinstimmung mit dem Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes und dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan.

**Zu Art. I Z 12 und 25 (§§ 15 und 36 Abs. 2):**

Die Übereinstimmung mit dem Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes und dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan wurde als weitere Voraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes vorgesehen.

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

**Zu Art. I Z 13 (§ 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 14 (§ 18 Abs. 1):**

Da nunmehr in § 10b bestimmt wird, daß in jedem Bundesland ein an den Österreichischen Krankenanstaltenplan angepaßter Landeskrankenanstaltenplan zu erlassen ist, war das Zitat entsprechend zu verändern.

**Zu Art. I Z 15 (§ 19 Abs. 1):**

Die Übereinstimmung mit dem ÖKAP und dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan wurde als Voraussetzung für die Genehmigung eines Angliederungsvertrages durch die Landesregierung vorgesehen.

**Zu Art. I Z 16 (§ 27):**

In Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 trifft der novellierte § 27 Abs. 1 folgende Regelungen:

In Krankenanstalten, die leistungsorientiert Zahlungen aus dem Landesfonds erhalten, werden stationär erbrachte Leistungen für sozialversicherte Patienten durch die LKF-Gebühren abgegolten. Die LKF-Gebühr wird als eine von dem jeweiligen Landesfonds geleistete Gebühr auf der Grundlage der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung definiert.

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

Abgesehen von dieser Finanzierungsregelung, die sich ausschließlich auf die Landesfonds bezieht, hat die Landesgesetzgebung die Entscheidung zu treffen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse ab 1. Jänner 1997 durch kostendeckende LKF-Gebühren oder durch Pflegegebühren abgegolten werden.

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

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

**Zu Art. I Z 17 (§ 27a):**

Diese Bestimmung war ebenfalls an das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung durch die Aufnahme des Begriffes "LKF-Gebühren durch den Landesfonds" anzupassen. In diesem Zusammenhang waren 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. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 regelt diese Bestimmung die Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung durch die Landesfonds.

Als LKF-Kernbereich wird der Bereich der Finanzierung bezeichnet, der auf den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen beruht. Dieser Teil stellt die Abgeltung des einzelnen Krankenhauses 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 Qualitätskriterien Berücksichtigung finden. Diese sind etwa die sich aufgrund des unterschiedlichen Versorgungsauftrages der Krankenanstalten ergebende unterschiedliche personelle und apparative Ausstattung der Krankenanstalten, Unterschiede in der Bausubstanz der Krankenanstalten oder im Bereich der Hotelkomponente. Es kann auch die aufgrund einer speziellen Versorgungssituation sich ergebende geringe Auslastung von Versorgungseinrichtungen - wenn berechtigt und erwünscht - in der Abrechnung finanziell berücksichtigt werden.

Ebenfalls über den Landesfonds abzugelten sind die für sozialversicherte Patienten erbrachten Ambulanzleistungen und sonstigen Leistungen der Krankenanstalten (z.B. 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.

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

**Zu Art. I Z 19, 20, 21 und 22 (§§ 28, 29, 30 und 32):**

In konsequenter Anpassung dieser Bestimmungen an das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wurde auch hier jeweils dem Begriff "Pflegegebühr" die Begriffe "LKF-Gebühren" bzw. "kostendeckende LKF-Gebühren" hinzugefügt.

Auch die Ermittlung der kostendeckenden 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 23 (§ 34):**

Die Verpflichtung zur Deckung des Betriebsabganges kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland durch Zahlung des jeweiligen Anteiles an den Landesfonds erfüllt werden, sofern die Landesgesetzgebung dies vorsieht.

Damit ist es grundsätzlich möglich, diese Zahlungen künftig ebenfalls nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung über die Landesfonds an die Krankenanstalten zu leisten.

**Zu Art. I Z 24 und 26 sowie zu Art. II Z 27, 28 und 32  
(§ 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 29 und 30 (§§ 57 bis 59j samt Überschrift):**

Aufgrund der bis 31. Dezember 1996 geltenden Rechtslage (Vereinbarung gemäß Art. 15 a 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. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 darauf geeinigt, daß der Bund die Mittel, der er auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15 a 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 gesamten Aufkommens an der Umsatzsteuer sowie jährlich 330 Millionen Schilling) an die Länder (Landesfonds) als Zweckzuschüsse leisten.

Zusätzlich wird der Bund jährlich 1250 Millionen Schilling als Zweckzuschüsse an die Länder (Landesfonds) leisten.

Die restlichen zusätzlichen Mittel in der Höhe von jährlich 1750 Millionen Schilling jährlich wird der Bund an den Strukturfonds gemäß § 59 leisten.

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.

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

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 Verstößen

gegen die Dokumentationspflicht den entsprechenden Länderanteil aus seinen Mitteln zurückzuhalten hat, bis der Landesfonds (das Land) Maßnahmen zur Herstellung des plankonformen Zustandes gegenüber den Krankenanstalten eingeleitet hat.

Die Organisation des Strukturfonds wird im § 59g geregelt.

Die detaillierten Verteilungsvorschriften der §§ 57ff 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. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000.

**Zu Art. II Z 31 (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 33 (§ 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. 15 a 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 ergehen

den Bundes- und Landesgesetze mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung auch außer Kraft treten. Die Vertragsparteien haben sich verpflichtet, rechzeitig Verhandlungen über die Neuregelung aufzunehmen.

Soferne 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.

**KAG - geltende Fassung****Hauptstück B****Allgemeine Bestimmungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten.**

...§3. (1) und (2) unverändert.

... (3) unverändert.

1

**KAG - die vorgeschlagene Fassung****Hauptstück B****Allgemeine Bestimmungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten.**

**§ 3 (1) und (2) unverändert.**

"(2a) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel aufgrund 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 sowohl dem österreichweit einheitlichen und verbindlichen Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes (ÖKAP) als auch dem jeweiligen auf der Grundlage des ÖKAPs von jedem Land als Verordnung zu erlassenden Landeskrankenanstaltenplan (LKAP) entspricht."

**(3) unverändert.**

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

- a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 erteilt worden ist;
- b) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
- c) und d) unverändert.
- (5) bis (8) unverändert.

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

- "a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 und bei einer Krankenanstalten, deren Träger Mittel aufgrund 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 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 Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel aufgrund 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 beabsichtigt, die Vorgaben des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;"
- c) und d) unverändert.

(5) bis (8) unverändert.

...§ 4. (1) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung.

... (2) unverändert.

...§ 4. (1) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Bei einer Krankenanstalten, deren Träger Mittel aufgrund 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 Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind."

(2) unverändert.

## Anstaltsordnung

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

- a) unverändert.
  - b) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen werden;
  - c) bis e) unverändert.
- (2) bis (5) unverändert.

...§ 7a. (1) und (2) unverändert.

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

- a) unverändert.
- "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 (Nacht-klinik), oder längerfristig im teilstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, aufgenommen werden."
- c) bis e) unverändert.

(2) bis (5) unverändert.

§ 7a. (1) und (2) unverändert.

(3) Im übrigen kann die Landesgesetzgebung vorsehen, daß auch außerhalb von Universitätskliniken in Abteilungen für Chirurgie Departments für Zahn-, Mund- und Kiefer-chirurgie, plastische Chirurgie und Unfall-chirurgie als Untergliederung bestehen können. Abs. 1 gilt sinngemäß."

... § 8. (1) Der ärztliche Dienst muß so eingerichtet sein, daß

1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
2. 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. 449/1992, gewährleistet ist;
3. die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortfördern können;

§ 8. (1) Der ärztliche Dienst muß so eingerichtet sein, daß

1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
2. in Universitätskliniken und -instituten uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben ist;
3. im übrigen in Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Unfallchirurgie und Neurochirurgie jedenfalls ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist und hinsichtlich der sonstigen Abteilungen und Organisationseinheiten jeweils durch die Rufbereitschaft eines Facharztes sichergestellt ist, daß eine fachärztliche Hilfe in der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft vertretbaren Zeit, längstens aber binnen 15 Minuten gegeben und bis dahin durch einen Turnusarzt, der bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, eine ärztliche Hilfe gewährleistet ist;

4. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist.
4. in Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien für physikalische Therapie 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, geändert durch BGBl.Nr. 327/1996, gewährleistet ist;
5. die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können;
6. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist."

(2) und (3) unverändert.

... (2) und (3) unverändert.

### **Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen**

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

1. bis 3. unverändert.
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 Pfleglingen zu übermitteln;

5. bis 8. unverändert.

...(2) bis (5) unverändert.

...§ 10a. Jedes Land hat einen Landeskrankenanstaltenplan zu erlassen. Dabei ist auf eine Verringerung der Zahl der Akutbetten - ausgenommen die Betten von Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie - in

1. öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2,

7

### **Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen**

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

1. bis 3. unverändert.
- "4. den Gerichten, Verwaltungsbehörden und Organen von Landesfonds im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen 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 Pfleglingen zu übermitteln;"
5. bis 8. unverändert.

(2) bis (5) unverändert.

"§ 10a. Die Landesgesetzgebung hat für öffentliche 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 Kranken

2. privaten Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, ausgenommen Krankenanstalten des Bundes und der Träger der Sozialversicherung,
3. privaten, nicht gemeinnützig geführten Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6 sowie auf einen entsprechenden Abbau der personellen und apparativen Kapazitäten sowie der tatsächlich aufgestellten Akutbetten zu achten.

anstalten sind, eine verbindliche österreichweite Krankenanstaltenplanung einschließlich einer Großgeräteplanung nach folgenden Grundsätzen 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, teilstationären 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 teilstationärer 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 sind 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."

§ 10b. Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, einen an den Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes angepaßten Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen."

§ 11. (1) unverändert.

"(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 Geburungskontrolle durch den Rechnungshof. In Ländern, in denen aufgrund der Vereinbarung

## **Wirtschaftsführung und Wirtschaftsaufsicht**

... § 11. (1) unverändert.

...(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 Geburungskontrolle durch den Rechnungshof.

gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung Landesfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit bestehen, kann die Landesgesetzgebung vorsehen, daß die wirtschaftliche Aufsicht auch durch den Fonds wahrgenommen wird."

... (3) bis (5) unverändert.

#### **Zurücknahme der Bewilligung**

... § 12.

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

a) eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betrieb vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fort dauernder Mangel nachträglich hervorkommt;

(3) bis (5) unverändert.

#### **"Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligung**

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

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

a) eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betrieb vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fort dauernder Mangel nachträglich hervorkommt;

b) der Betrieb der Krankenanstalt entgegen den Vorschriften des § 35 unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

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

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

#### **Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes**

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

b) der Betrieb der Krankenanstalt entgegen den 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."

#### **Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes**

"§ 15. Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt verliehen werden, wenn sie den Vorgaben des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und 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.

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

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

...(2) unverändert.

#### **Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege**

...§ 18. (1) Jedes Land ist verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landes-Krankenanstaltenplan (§ 10a) Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 22 Abs. 3) im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer

anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird. Wenn der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft ist, so ist ferner nachzuweisen, daß ihr Rechtsträger über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt."

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

- a) bis d) unverändert.
- 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 teilstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;"
- f) bis g) unverändert.

(2) unverändert.

#### **Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege**

Im § 18 Abs. 1 wird das Zitat "(§ 10a)" durch "(§ 10b)" ersetzt.

Krankenanstalten sicherzustellen. Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitversorgung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen. Für Personen, die im Grenzgebiet zweier oder mehrerer Länder wohnen, kann die Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden, daß diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes eingewiesen werden.

...(2) bis (4) unverändert.

#### Angliederungsverträge

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

...(2) und (3) unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

#### Angliederungsverträge

...§ 19. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die Unterbringung von Pfleglingen der erstenen Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederten Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), zulässig sind. Die Rechtsgültigkeit solcher Verträge hängt von der Genehmigung der Landesregierung ab. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes und dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde."

(2) und (3) unverändert.

## 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 Pfleglings in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes - sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeföhrten 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.

## LKF-Gebühr; Pflege- und Sondergebühr

"§ 27. (1) In Krankenanstalten, deren Finanzierung im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 erfolgt, werden die Leistungen für sozialversicherte Pfleglinge und allfällige weitere durch die Landesgesetzgebung festzulegende Gruppen von Pfleglingen durch von dem jeweiligen Landesfonds geleistete Gebühren auf Grundlage der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Gebühren) abgegolten. Darüber hinaus hat die Landesgesetzgebung für alle Krankenanstalten festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch kostendeckende LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden. Mit den kostendeckenden 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 durchgeföhrten 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, den kostendeckenden LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren nicht inbegriffen.

... (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) aufgehoben
- e) 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) unverändert.

(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 kostendeckenden 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, den kostendeckenden 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, soferne 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) unverändert.

... (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.

... § 27a. (1) Von Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltpflege 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 einzuhaben. Dieser Beitrag darf pro Pflegling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, die Anstaltpflege 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.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die LKF-Gebühren, die kosten-deckenden 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."

"§ 27a. (1) Von sozialversicherten Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltpflege als Sachleistung entweder LKF-Gebühren durch den Landesfonds oder 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 einzuhaben. Dieser Beitrag darf pro Pflegling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag geleistet wird, die Anstaltpflege 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.

(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."

### **Landesfonds**

§27b. (1) Die an sozialversicherten Pfleglingen in von der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung umfaßten Krankenanstalten 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 Pfleglinge in den von der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung umfaßten Krankenanstalten erbracht werden, über den Landesfonds abgerechnet werden.

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

1. Auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der aktuellen Fassung werden im LKF-Kernbereich die LKF-Punkte für den einzelnen Pflegling ermittelt.
2. Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus dem Landesfonds an die Träger der Krankenanstalten kann auf die landesspezifischen Erfordernisse insoferne Bedacht nehmen, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosefallgruppe 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-Gebühren richtet sich nach der Dotierung 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 Pfleglingen gemäß Abs. 1 und Leistungen im Nebenkostenstellenbereich durch den Landesfonds abgegolten 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 aufgrund des Bundesgesetzes über die Dokumentation 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 erhält."

...§ 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 festzuhalten und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

"§ 28. (1) Der Schillingwert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der kosten-deckenden LKF-Gebühr, 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 kosten-deckend zu ermitteln. Die kostendeckenden LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflegling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung fest-gelegten Schillingwert je LKF-Punkt. Gelangen außerhalb des Landesfonds LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit ein-heitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der aktuellen Fassung im Landesgesetzblatt kundzumachen. Der außerhalb des Landesfonds zur Verrechnung gelan-gende 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 festzuhalten und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Schillingwert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

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

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

...(4) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren

1. sind in den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz in voller Höhe zu entrichten;
2. werden ansonsten hinsichtlich des Ausmaßes - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe - ebenso wie allfällige Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) und die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen

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

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

(4) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten. Ansonsten werden das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe - und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 6, ausschließlich durch

- von den Fällen des Abs. 12, 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 Träger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Auffassung;
3. nach Z 2 erhöhen sich für Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit oder auf Grund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 einer Gebietskrankenkasse zur Betreuung zugewiesen werden und die in einer Krankenanstalt betreut werden, deren Rechtsträger im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, zuschußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Verpflegstag eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltpflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede

Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Verpflegstage in zuschußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahrs als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen.

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

... (6) Von den Beitragseinnahmen eines Kalenderjahres sind vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses abzuziehen:

1. die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung gemäß § 51b ASVG, § 27a GSVG, § 24a BSVG und § 20a B-KUVG;
2. jene Beträge, die die Krankenversicherungsträger gemäß § 447f Abs. 2 Z 1 und 2 ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten bereitstellen;

privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung.

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

(6) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Hauptverband nicht zustande kommt, entscheidet eine Schiedskommission auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß Abs. 4 zu regelnden Angelegenheiten. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Träger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch

3. jene Beitragseinnahmen, die sich ab 1. Jänner 1991 aus Änderungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Ertrag gesetzlich zweckgebunden ist; weiters haben bei der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 5 die auf Grund der 50. Novelle zum ASVG, der 18. Novelle zum GSVG, der 16. Novelle zum BSVG und der 21. Novelle zum B-KUVG vorgesehenen Beitragsveränderungen außer Betracht zu bleiben.

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

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

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

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

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

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

...(13) Wenn ein Antrag nach Abs. 12 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft. (BGBI. Nr. 474/1995, Art. I Z 2; gemäß Art. I Z 2 BGBI. Nr. 853/1995 ab 1.1.1991 bis Ablauf des 31.12.1996)

...§ 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. bis 5. unverändert.

#### **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.

§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen kostendeckenden 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 kostendeckenden LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. bis 5. unverändert.

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

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von LKF-Gebühren für nicht sozialversicherte Pfleglinge oder kostendeckende 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 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.

... § 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.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfleglinge eine Vorauszahlung auf die zu erwartende LKF-Gebühr für nicht sozialversicherte Pfleglinge oder die zu erwartende kostendeckende 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 des Landesfonds für LKF-Gebühren für nicht sozialversicherte Pfleglinge oder aufgrund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten kostendeckende LKF-Gebühren oder 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."

"§ 32. Die LKF-Gebühren für sozialversicherte Pfleglinge oder die kostendeckenden LKF-Gebühren oder 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."

### Deckung des Betriebsabganges

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

"§ 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. Hierbei 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 für jeden der gemäß Abs. 1 und 2 zur Deckung des Betriebsabganges Verpflichteten bestimmen, daß dieser seine Verpflichtung durch Zahlung seines Anteiles an den Landesfonds zu erfüllen hat."

## **Betriebsunterbrechung und Auflassung**

... § 35. (1) unverändert.

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

## **Betriebsunterbrechung und Auflassung**

... § 35. (1) unverändert.

(2) Die Landesregierung hat in dem Falle, daß der Träger der Krankenanstalt im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung finanziert wird, das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

... (3) unverändert.

## **Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes**

... § 36. (1) unverändert.

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

(3) unverändert.

## **Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes**

... § 36. (1) unverändert.

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

**Hauptstück E****Gemeinsame Bestimmungen**

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

**ZWEITER TEIL****Unmittelbar anwendbares Bundesrecht****Hauptstück A****Besondere Vorschriften für Universitätskliniken und für Bundes-Hebammenlehranstalten**

... § 43. (1) unverändert.

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

**Hauptstück E****Gemeinsame Bestimmungen**

Im § 42 wird nach dem Wort "Landeshauptmann" die Wendung "und der Strukturkommission" eingefügt.

**ZWEITER TEIL****Unmittelbar anwendbares Bundesrecht****Hauptstück A****Besondere Vorschriften für Universitätskliniken und für Bundes-Hebammenlehranstalten**

... § 43. (1) unverändert.

In der Überschrift zu § 43 und in § 43 Abs. 2 wird jeweils der Ausdruck "Bundes-Hebammenlehranstalten" durch "Bundes-Hebammenakademien" ersetzt.

... § 44. Personen, die an Universitätskliniken oder an sonstigen Krankenanstalten, in denen klinischer Unterricht erteilt wird, oder an Bundes-Hebammenlehranstalten behandelt werden, dürfen nur, soweit es ihrem Gesundheitszustand nicht abträglich ist und sie nicht ausdrücklich Widerspruch erhoben haben, für Unterrichtszwecke herangezogen werden.

**Übergang  
von Schadenersatzansprüchen  
an eine öffentliche Krankenanstalt**

... § 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.

**Hauptstück D**

**Kostenersätze für den klinischen  
Mehraufwand**

... § 55. Der Bund ersetzt:

1. die Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der zugleich dem Unterricht an medizinischen Fakultäten oder an Bundes-

Im § 44 wird der Ausdruck "Bundes-Hebammenlehranstalten" durch "Bundes-Hebammenakademien" ersetzt.

**Übergang  
von Schadenersatzansprüchen  
an eine öffentliche Krankenanstalt**

§ 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, in jener Höhe auf den Rechtsträger der Krankenanstalt über, als diesem die Kosten der Anstaltsbehandlung durch Zahlungen Dritter, insbesonders LKF-Gebühren durch den Landesfonds oder Pflegegebühren, nicht abgegolten sind."

**Hauptstück D**

**Kostenersätze für den klinischen  
Mehraufwand**

Im § 55 z 1 und im § 56 wird der Ausdruck "Bundes-Hebammenlehranstalten" durch "Bundes-Hebammenakademien" ersetzt.

**Hebammenlehranstalten dienenden  
öffentlichen Krankenanstalten aus den  
Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;  
2. und 3. unverändert.**

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

#### [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 Geisteskrankheiten, leistet der Bund einen Zweckzuschuß, dessen Höhe pro Verpflegstag 10 v.H. der für die betreffende Krankenanstalt amtlich festgesetzten Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse, höchstens jedoch 18.75 v.H. des gesamten Betriebsabganges beträgt.

#### 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 1,416vH des gesamten Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr.
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, BGBI.Nr. ..., zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Länder (Landesfonds) sind auszugleichen.

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

(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.

#### Strukturfonds

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

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

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

... § 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 Umweltschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen festzulegen.

§ 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
4. Qualitätssicherung
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
6. Festlegung des Ambulanzen(Leistungs)planes unter Berücksichtigung des niedergelassenen Bereiches
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**

"§ 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 soferne 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 1750 Millionen Schilling jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:
  - a) 50 Millionen Schilling für das Bundesland Oberösterreich
  - b) 60 Millionen Schilling für das Bundesland Steiermark

c) 50 Millionen Schilling für das Bundesland Tirol.

2. Sodann sind von den verbleibenden 1590 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, und die Mittel für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und von Grundlagenarbeiten im Ausmaß von 30 Millionen Schilling jährlich abzuziehen und vom Strukturfonds einzubehalten und gemäß § 59e und § 59f zu verwenden.
3. Die nach dem Abzug gemäß Z 2 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommasstellen 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 allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit den einzelnen Ländern (Landesfonds) zuzuteilen.

(2) Die Mittel gemäß Abs. 1 Z 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils innerhalb einer dreimonatigen Frist nach Ablauf eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen, soferne die Voraussetzungen des § 59d erfüllt sind.

§ 59d. Bei maßgeblichen Verstößen gegen den Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes und Verstößen gegen die Dokumentationspflicht aufgrund 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 plankonformen 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:

S 17.000,-- .... Entnahmekosten Niere  
S 34.000,-- .... Entnahmekosten Leber

S 34.000,-- .... Entnahmekosten Herz  
S 34.000,-- .... Entnahmekosten Lunge  
S 8.500,-- .... Transportkosten Niere  
S 26.500,-- .... Transportkosten Leber  
S 26.500,-- .... Transportkosten Herz  
S 26.500,-- .... 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:

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

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

S 2.500,-- .... HLA-A,B Typisierung.

b) Zusätzlich sind an die Organisation "Knochenmarkspende Österreich" jährlich pro HLA-A,B Typisierung 250,-- Schilling, jedoch insgesamt höchstens 500.000,-- Schilling 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 20 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 Landeskommision

3. 6 Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
4. je ein Mitglied bestellen die Interessenvertretungen der Städte und der Gemeinde;
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.

§ 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 Geburung 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.

**Hauptstück G****Diagnosen- und Leistungserfassung**

...§ 62d. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in einer vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Fassung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patienten originär zu erfassen.

...(2) Die Träger öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 bezeichneten Art, mit Ausnahme der Pflegeabteilungen der öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie, sowie die Träger privater Krankenanstalten, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, sind weiters zur Meldung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf der Grundlage eines vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Leistungskatalogen verpflichtet. Der Umfang der Leistungserfassung richtet sich insbesondere nach dem Ziel, das Modell "Leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung" zum frühestmöglichen Zeitpunkt als Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung heranzuziehen.

**Hauptstück G****Diagnosen- und Leistungserfassung**

entfällt.

...§62e. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben auf der Grundlage der im § 62d Abs. 1 genannten Klassifikation bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz in maschinlesbarer Form einen Bericht über die Diagnosen der im Berichtsjahr aus stationärer Behandlung entlassenen Pfleglinge sowie nach Maßgabe des § 62d Abs. 2 an ihnen erbrachte ausgewählte medizinische Einzelleistungen vorzulegen. Gleiches gilt hinsichtlich verstorbener oder in eine andere Krankenanstalt überstellte Pfleglinge.

... (2) Der Bericht hat zu enthalten:

1. administrative Daten:
  - a) Krankenanstaltennummer,
  - b) Aufnahmезahl,
  - c) entlassende Abteilung,
  - d) Geburtsdatum,
  - e) Geschlecht,
  - f) Staatsbürgerschaft,
  - g) Postleitzahl des ordentlichen Wohnsitzes,
  - h) kostentragender Sozialversicherungsträger,
  - i) Aufnahmedatum,
  - j) Art der Aufnahme,
  - k) Entlassungsdatum und
  - l) Art der Entlassung.

**2. medizinische Daten:**

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

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

...§ 62f. Der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz hat die von den Trägern der Krankenanstalten vorgelegten Diagnoseberichte dem Österreichischen Statistischen Zentralamt in maschinellenlesbarer Form zwecks Erstellung einer länderbezogenen Statistik über die Krankenbewegung und deren Veröffentlichung im Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich zu übermitteln. Die Statistik hat die Krankheitsarten, gegliedert nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, zu enthalten. Zur Sicherstellung der Anonymität sind Einzelfallkategorien durch entsprechend erweiterte Gliederungsbreiten auszuschließen.

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

... § 67. (1) unverändert.

... (2) Mit der Vollziehung

1. der §§ 43, 55 und 56 ist, soweit durch Angelegenheiten der Universitätskliniken geregelt werden, der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen und, soweit hiervon durch Angelegenheiten der Bundes-Hebammenlehranstalten geregelt werden, der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
2. des § 44 der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, hinsichtlich der Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung,
3. des § 46 der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,

In § 64 wird die Wendung "des Umsatzsteuergesetzes 1972" durch die Wendung "des Umsatzsteuergesetzes ...." ersetzt.

§ 67 (1) unverändert.

(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. des § 48 der Bundesminister für Justiz,
5. des § 50 der Bundesminister für Justiz,
6. der §§ 57 bis 62f der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz hinsichtlich der §§ 57 bis 59a im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen, und
7. des § 64 der Bundesminister für Finanzen betraut.

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.

## Vorblatt

### Problem und Ziel:

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

Wesentliche Vorarbeiten für diese Reform (insbesondere die Ausarbeitung des Entwurfes des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes sowie des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) konnten nur auf der Grundlage der vorhandenen Daten des österreichischen Gesundheits- und Krankenanstaltenwesens geleistet werden.

Für die Beobachtung, Analyse und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zur Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche werden auch in Zukunft zweckentsprechende Daten unverzichtbar sein.

Der Bund und die Länder haben sich daher in der eingangs genannten Vereinbarung darauf geeinigt, die bestehende Dokumentation im Krankenanstaltenwesen sicherzustellen und weiterzuentwickeln und die Erfassung weiterer erforderlicher Daten zu ermöglichen.

Das vorliegende Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen ist zur Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 notwendig.

**Inhalt:**

In Transformation der neuen Vereinbarung regelt das vorliegende Bundesgesetz die folgenden Teilbereiche:

- Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich;
- Diagnosen- und Leistungsdokumentation im spitalsambulanten Bereich;
- Dokumentation von Statistik- und Kostendaten in Krankenanstalten;
- Erfassung weiterer Daten;
- Strafbestimmungen;
- Inkrafttretens- und Schlußbestimmungen.

**Alternative:**

Keine, weil die zur Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15 a 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 sind. Dazu gehört als bundesgesetzliche Regelung jedenfalls dieses Bundesgesetz.

**Kosten:**

Das vorliegende Bundesgesetz verursacht für den Bund keine Mehrkosten im Vergleich zur Rechtslage aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1996 und des Bundesgesetzes über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl.Nr. 700/1991, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl.Nr. 473/1995 und 853/1995.

**EU-Konformität:**

Ist gegeben.

## ERLÄUTERUNGEN

### I.

#### Allgemeiner Teil

Die Dokumentation im österreichischen Krankenanstaltenwesen findet ihre Rechtsgrundlage derzeit in verschiedenen Gesetzen bzw. Rechtsquellen:

Die Diagnosen- und Leistungserfassung der Krankenanstalten regelt das Hauptstück G des Krankenanstaltengesetzes, BGBl.Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl.Nr. 853/1995.

Das Bundesgesetz über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl.Nr. 700/1991, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl.Nr. 473/1995 und 853/1995 verpflichtet die Träger von Krankenanstalten zur Meldung von Statistik- und Kostendaten als Voraussetzung für die Leistung von Zuschüssen durch den Fonds.

Das genannte Bundesgesetz knüpft im Zusammenhang mit der Meldung von Kosten- daten an die Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung (KRV), BGBl.Nr. 327/1977, an.

Weiters wurden vom Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds Richtlinien zur bundeseinheitlichen Durchführung der Kostenstellenrechnung sowie für ein einheitliches System der Leistungsstatistik in den Krankenanstalten erlassen.

Im Zusammenhang mit diesen bisher auf verschiedene Gesetze, Verordnungen bzw. Richtlinien verstreuten Rechtsgrundlagen für die Dokumentation im Krankenanstaltenwesen wird mit dem vorliegenden Gesetz der Zweck verfolgt, eine bundesgesetzliche Grundlage für die Dokumentation im österreichischen Gesundheitswesen zu schaffen, mit zweckentsprechenden Ermächtigungen für den Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz, nähere Bestimmungen durch Verordnung zu erlassen.

Dies dient jedenfalls der Rechtssicherheit und der Verwaltungsvereinfachung.

Die wesentlichen Punkte des vorliegenden Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen sind:

Im Zusammenhang mit der Konzentration aller bundesgesetzlichen Grundlagen für die Dokumentation im Gesundheitswesen erschien es zweckmäßig, die bisher im Krankenanstaltengesetz des Bundes geregelte Diagnosen- und Leistungserfassung der Krankenanstalten als Hauptstück A (§§ 1 bis 5) in das vorliegende Gesetz aufzunehmen.

Weiters ist das vorliegende Bundesgesetz zur Sicherstellung der bestehenden Dokumentation notwendig.

Das Bundesgesetz über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl.Nr. 700/1991, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl.Nr. 473/1995 und 853/1995 wird als gesetzliche Grundlage für die Meldung von Statistik- und Kosten- daten mit Ablauf des 31. Dezember 1996 außer Kraft treten.

Der Bund und die Länder haben sich jedoch in der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 darauf geeinigt, die derzeitige Diagnosen- und Leistungs- erfassung im stationären Bereich der Krankenanstalten sowie die Erfassung von Statistikdaten (Krankenanstalten-Statistik, Ausgaben und Einnahmen) und Kosten- daten (Kostenstellenrechnung) durch die Träger von Krankenanstalten sicherzustellen und weiterzuentwickeln.

Daher sind jedenfalls die Bestimmungen des vorliegenden Bundesgesetzes, welche die Dokumentation von Statistik- und Kostendaten in Krankenanstalten regeln (§§ 9 und 10 im Hauptstück C) zur Transformation der Vereinbarung unbedingt erforderlich.

Auch das Hauptstück D – Erfassung weiterer Daten (§ 11) und das Hauptstück B – Diagnosen- und Leistungsdokumentation im spitalsambulanten Bereich (§§ 6 bis 8) sind zur Transformation der genannten Vereinbarung unbedingt erforderlich, weil sich der Bund die Länder darauf geeinigt haben, daß weitere erforderliche Daten zur Beobachtung, Analyse und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zur Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche erfaßt und angefordert werden können.

Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im spitalsambulanten Bereich schafft dabei die Grundlage, das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung weiterzuentwickeln und in Zukunft auch auf die Finanzierung der Ambulanzleistungen anzuwenden sowie weiters wertvolle Informationen über das Leistungsgeschehen im spitalsambulanten Bereich und über Zusammenhänge und Wechselwirkungen im Hinblick auf den extramuralen Bereich zu gewinnen.

## II.

### Besonderer Teil

#### Zu Haupstück A (§§ 1bis 5):

Hinsichtlich der Krankenanstalten, die ab 1. Jänner 1997 auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B–VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden, wurden die bisher im Krankenanstaltengesetz enthaltenen Regelungen über die Diagnosen- und Leistungserfassung an die neue Vereinbarung angepaßt.

Aufgrund der Vereinbarung entfallen die bisher direkt von diesen Krankenanstalten an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz übermittelten jährlichen Diagnosen- und Leistungsberichte.

Ab dem Berichtsjahr 1997 sollen die Länder (Landesfonds) die entsprechenden Diagnosen- und Leistungsberichte an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz übermitteln.

Die Regelung der Termine sowie aller weiterer Einzelheiten entspricht vollinhaltlich der genannten Vereinbarung.

**Zu Hauptstück B (§§ 6 bis 8):**

Voraussetzung für die Durchführung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation im spitalsambulanten Bereich ist jedenfalls die Ausarbeitung eines zweckentsprechenden Diagnosen- und Leistungskataloges.

Dies hat möglichst rasch zu erfolgen, um eine leistungsorientierte Finanzierung der Ambulanzzleistungen zu ermöglichen und um wertvolle Informationen für die Krankenanstaltenplanung zu gewinnen.

Die Verordnungsermächtigung gemäß § 8 letzter Satz ermöglicht die Erlassung zweckdienlicher Bestimmungen für einen Entwicklungs- und Erprobungszeitraum.

**Zu Hauptstück C (§§ 9 und 10):**

Das Hauptstück C dient der Sicherstellung der Dokumentation von Statistik- und Kostendaten in Krankenanstalten, die bisher im Rahmen des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erfolgt ist.

Inhaltlich verändern die vorliegenden Bestimmungen die bisherigen Meldepflichten der Träger von Krankenanstalten vorerst nicht.

Die Ermächtigung für den Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz, nähere Bestimmungen durch Verordnung zu erlassen, ermöglicht jedoch eine ständige Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Statistik- und Kostenrechnungssystems.

**Zu Haupstück D (§ 11):**

Sachlich fundierte Planungsentscheidungen im Gesundheitswesen können nur getroffen werden, wenn der Bedarf an Gesundheitseinrichtungen und die Dringlichkeit struktureller Maßnahmen aufgrund der gegebenen Ist-Situation (u.a. Patientenstruktur, Leistungsangebot) und aufgrund der sich abzeichnenden Entwicklungen (z.B. Veränderungen des Krankheitsspektrums) auf der Grundlage gesicherter Daten festgestellt und beurteilt werden kann.

Auch allfällige Verschiebungen der Leistungserbringung zwischen den einzelnen Bereichen und Institutionen des Gesundheitswesens können nur auf der Grundlage zweckentsprechender Daten festgestellt werden. In Transformation der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 stellt der § 11 die gesetzliche Grundlage für die Erfassung weiterer Daten dar, die als gesundheitspolitisch notwendig erkannt werden.

**Zu Hauptstück E und F (§§ 12 bis 15):**

Um die Dokumentation von Statistik- und Kostendaten in Krankenanstalten bis zum Zeitpunkt der Erlassung einer Verordnung über ein weiterentwickeltes bundeseinheitliches Statistik- und Kostenrechnungssystem sicherzustellen, sieht der § 13 Abs. 2 vor, daß die Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung (KRV), BGBl.Nr. 328/1977, vorläufig als Bundesgesetz weiter gilt.

**Bundesgesetz über die  
Dokumentation im Gesundheitswesen**

Der Nationalrat hat beschlossen:

**"Hauptstück A  
Diagnosen- und Leistungsdokumentation  
im stationären Bereich**

**§ 1.** (1) Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), in einer vom Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Fassung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Pfleglinge originär zu erfassen.

(2) Die Träger von Krankenanstalten sind weiters zur Erfassung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf der Grundlage eines vom Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Leistungskataloges verpflichtet. Umfang und Inhalt der Leistungserfassung haben den Erfordernissen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung Rechnung zu tragen.

**§ 2.** (1) Die Träger von Krankenanstalten haben auf der Grundlage der im § 1 Abs. 1 und 2 genannten Klassifikationen bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz einen Bericht vorzulegen.

(2) Die Träger von Krankenanstalten, die auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden, haben keinen Bericht gemäß Abs. 1 vorzulegen. Diese Krankenanstalten haben zu den in den landesgesetzlichen Bestimmungen über die Finanzierung durch den Landesfonds festgelegten Terminen Berichte dem Land oder dem Landesfonds vorzulegen.

(3) Die Berichte gemäß Abs. 1 und 2 und gemäß § 3 haben in maschinenlesbarer Form zu erfolgen und die Diagnosen der im Berichtszeitraum aus stationärer Behandlung entlassenen, verstorbenen oder in andere Krankenanstalten überstellten Pfleglinge sowie die während des stationären Aufenthaltes erbrachten ausgewählten medizinischen Einzelleistungen zu beinhalten.

(4) Der Bericht pro stationärem Krankenhausaufenthalt hat zu enthalten:

1. Administrative Daten:

- a) Krankenanstaltennummer,
- b) Aufnahmезahl,
- c) entlassende Abteilung,
- d) Geburtsdatum,
- e) Geschlecht,
- f) Staatsbürgerschaft
- g) Postleitzahl des Hauptwohnsitzes,
- h) Kostenträger,
- i) Aufnahmedatum
- j) Art der Aufnahme
- k) Entlassungsdatum und
- l) Art der Entlassung.

**2. medizinische Daten:**

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

**§ 3. (1)** Die Länder (Landesfonds) haben – beginnend mit dem Berichtsjahr 1997 – Diagnosen- und Leistungsberichte gemäß § 2 Abs. 3 und 4 der über den Landesfonds abgerechneten Krankenanstalten an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz für folgende Berichtszeiträume spätestens zu folgenden Terminen zu übermitteln:

1. einen Bericht über das 1. Quartal bis 31. Mai des laufenden Jahres,
2. einen Bericht über das 1. Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres und
3. einen Jahresbericht bis 31. März des Folgejahres.

(2) Diese Berichte haben je stationärem Aufenthalt weiters die Ergebnisse der Bepunktung im LKF-Kernbereich auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen zu beinhalten.

**§ 4.** Der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten sowie von den Ländern (Landesfonds) vorzunehmenden Datenübermittlung sowie über die Gliederung der Merkmale der im § 2 Abs. 4 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung zu erlassen.

**§ 5.** Der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz hat die vorgelegten Jahresberichte dem Österreichischen Statistischen Zentralamt in maschinenlesbarer Form zwecks Erstellung einer länderbezogenen Statistik über die Krankenbewegung

und deren Veröffentlichung im Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich zu übermitteln. Die Statistik hat die Krankheitsarten, gegliedert nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, zu enthalten. Zur Sicherstellung der Anonymität sind Einzelfallkategorien durch entsprechend erweiterte Gliederungsbreiten auszuschließen.

**Hauptstück B**  
**Diagnosen- und Leistungsdokumentation**  
**im spitalsambulanten Bereich**

**§ 6. (1)** Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), in einer vom Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Fassung, die Diagnosen der in spitalsambulanter Behandlung befindlichen Personen originär zu erfassen.

**(2)** Die Träger von Krankenanstalten sind weiters zur Erfassung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf der Grundlage eines vom Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Leistungskataloges verpflichtet. Umfang und Inhalt der Leistungserfassung sind nach den Erfordernissen einer zukünftigen leistungsorientierten Finanzierung der ambulanten Leistungen der Krankenanstalten auszurichten.

§ 7. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben auf der Grundlage der im § 6 Abs. 1 und 2 genannten Klassifikationen bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, einen Bericht über die Diagnosen der im Berichtsjahr ambulant behandelten Fälle sowie über die dabei erbrachten ausgewählten medizinischen Einzelleistungen vorzulegen.

(2) Der Bericht hat pro ambulanten Fall zu enthalten:

1. Administrative Daten:

- a) Krankenanstaltennummer,
- b) Fallnummer des ambulanten Falles,
- c) abrechnende nichtbettenführende Hauptkostenstelle,
- d) Geburtsdatum,
- e) Geschlecht,
- f) Staatsbürgerschaft,
- g) Postleitzahl des Hauptwohnsitzes,
- h) Kostenträger,
- i) Datum des Beginnes der Behandlung (als ambulanter Fall),
- j) Datum des Endes der Behandlung (als ambulanter Fall),
- k) Art der Inanspruchnahme (Art des Behandlungsscheines),
- l) Tage der Inanspruchnahme der Krankenanstalt und
- m) Art der Beendigung der Behandlung.

2. medizinische Daten:

- a) Hauptdiagnose,
- b) zusätzliche Diagnosen,
- c) Anzahl der Frequenzen,
- d) Zuweisung zu Leistungsstellen innerhalb der Krankenanstalt und
- e) ausgewählte medizinische Einzelleistungen.

§ 8. Der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzunehmenden Datenübermittlung sowie über die Gliederung der Merkmale der im § 7 Abs. 2 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung zu erlassen. Der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz kann, solange eine leistungsorientierte Finanzierung für Ambulanzzleistungen noch nicht eingeführt ist, durch Verordnung den Kreis der zur Dokumentation gemäß § 6 Verpflichteten und den Umfang des Berichts gemäß § 7 auf das für die Entwicklung und Erprobung des Systems der leistungsorientierten Finanzierung von Ambulanzzleistungen erforderliche Ausmaß einschränken.

## Hauptstück C

### Dokumentation von Statistik- und Kostendaten in Krankenanstalten

§ 9. (1) Die Träger von Krankenanstalten, die auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden, haben Statistikdaten über ihre Krankenanstalten und deren Kostenstellen, die das beschäftigte Personal (gegliedert nach Gruppen), die medizinisch-technische Ausstattung, die Gebärung und weitere Leistungsdaten betreffen, sowie die Sammel-Kosten-nachweise der Krankenanstalten und Kostennachweise der Kostenstellen – gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten – jährlich zu erfassen. Dem Landeshauptmann sind für das vorangegangene Kalenderjahr die Statistikdaten sowie der Kostenstellenplan bis 28. Februar jeden Jahres und die Kostendaten bis 31. März jeden Jahres in maschinenlesbarer Form zu melden.

(2) 1. Die Statistikdaten über die Krankenanstalten und deren Kostenstellen gemäß Abs. 1 und der Kostenstellenplan sind vom Landeshauptmann zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und von diesem dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz bis 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr in maschinenlesbarer Form vorzulegen.

2. Die Sammel-Kostennachweise der Krankenanstalten, gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten, sowie über Verlangen des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz die Kostennachweise der Kostenstellen, gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten, und die Kostenstellenbeschreibungen sind vom Landeshauptmann zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und von diesem dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz bis 30. April jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr in maschinenlesbarer Form vorzulegen.

(3) Als Grundlage für die Erfassung und Meldung der Statistik- und Kostendaten haben die Träger der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten ein bundeseinheitliches Statistik- und Kostenrechnungssystem anzuwenden. Der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über dieses System zu erlassen. Weiters hat der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz durch Verordnung nähere Bestimmungen über die zu meldenden Statistik- und Kostendaten sowie über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzunehmenden Datenübermittlung und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung zu erlassen.

§ 10. (1) Die Träger von Krankenanstalten, die nicht unter die Bestimmungen des § 9 fallen, haben Statistikdaten über ihre Krankenanstalten, die das beschäftigte Personal (gegliedert nach Gruppen), die medizinisch-technische Ausstattung und weitere Leistungsdaten betreffen, jährlich zu erfassen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz bis 28. Februar jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr einen entsprechenden Bericht in maschinenlesbarer Form vorzulegen.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über die zu erfassenden und zu meldenden Statistikdaten sowie über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzunehmenden Datenübermittlung und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung zu erlassen.

**Hauptstück D**  
**Erfassung weiterer Daten**

**§ 11.** (1) Zur Beobachtung, Analyse und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zur Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche können weitere erforderliche Daten erfaßt und angefordert werden.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die zu erfassenden Daten, die zur Datenerfassung und –übermittlung Verpflichteten, die Form und die Termine für die Datenübermittlung erlassen sowie festlegen, an wen die Datenübermittlung zu erfolgen hat.

**Hauptstück E**  
**Strafbestimmungen**

**§ 12.** Die Träger der Krankenanstalten, die den ihnen durch dieses Gesetz auferlegten Verpflichtungen nicht nachkommen, begehen, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und sind mit Geldstrafe bis zu 30.000,-- zu bestrafen.

**Hauptstück F**  
**Inkraftretens- und Schlußbestimmung**

**§ 13.** (1) Die aufgrund dieses Gesetzes zu erlassenden Verordnungen können sofort nach der Kundmachung dieses Gesetzes erlassen werden. Sie dürfen frühestens mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes in Kraft gesetzt werden.

(2) Bis zur Erlassung einer Verordnung gemäß § 9 Abs. 3 gilt die Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung (KRV), BGBl.Nr. 328/1977, als Bundesgesetz weiter.

**§ 14.** Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Jänner 1997 in Kraft.

**§ 15.** Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz betraut."

## Vorblatt

### Problem:

Die im Ärztegesetz festgelegte Tätigkeit von Turnusärzten ausschließlich unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte führt im Zusammenhang mit Vorschriften des KAG zum Gebot einer permanenten Facharztpräsenz in Krankenanstalten. Eine derartige Bestimmung ist jedoch nicht auf allen Gebieten in gleicher Weise geboten, sodaß entweder die Kosten für den ärztlichen Personalaufwand höher liegen, als dies erforderlich ist, oder die Organisation des ärztlichen Dienstes zwar den sachlichen Anforderungen, nicht aber der Rechtslage entspricht.

### Ziel und Inhalt:

Beschränkung des Gebotes einer permanenten Facharztpräsenz in Krankenanstalten auf jene Sonderfächer, in denen dies tatsächlich fachlich unverzichtbar ist (§ 8 Abs. 1 Z. 2 KAG idF der KAG-Novelle 1996), und Anpassung des § 2 Abs. 3 Ärztegesetz 1984 durch Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Tätigkeit von Turnusärzten bei bloßer Rufbereitschaft der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte.

### Alternativen:

Beibehaltung des gegenwärtigen Zustandes mit seinen unökonomischen oder zu Rechtsverletzungen führenden Konsequenzen.

### Kosten:

Durch den vorliegenden Gesetzesentwurf entstehen weder dem Bund noch den sonstigen Gebietskörperschaften Kosten, er führt vielmehr bei allen Trägern von Krankenanstalten zu Einsparungen auf dem Personalsektor.

### EU-Konformität:

Gegeben.

## Erläuterungen

Gemäß § 8 Abs. 1 Z. 1 KAG und den im wesentlichen gleichlautenden Bestimmungen in den Landesausführungsgesetzen muß der ärztliche Dienst in 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 Ärztegesetz 1984 ausdrücklich festgelegt, Turnusärzte bloß zur unselbständigen Ausübung ärztlicher Tätigkeiten unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt, so führen diese Bestimmungen zum Ergebnis, daß in Krankenanstalten eine permanente Anwesenheit zumindest von 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 Art. VI Abs. 2 der Ärztegesetz-Novelle BGBl.Nr. 314/1984, der nur als zeitlich befristete Sondervorschrift für qualifizierte Turnusärzte eine Mitwirkung in organisierten Notarztdiensten vorsah. Diese Bestimmung ist mit 31. Dezember 1993 ersatzlos außer Kraft getreten. Schließlich ist auch auf § 8 Abs. 1 Z. 2 KAG in der Fassung der Novelle BGBl.Nr. 801/1993 hinzuweisen, 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 Spitalerhalter 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 etwa während der 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. Dies insbesondere auch deshalb, da Notfallpatienten während der ersten Phase der Spitalsversorgung beispielsweise intensivmedizinischer oder chirurgischer bzw. unfallchirurgischer Erstversorgung bedürften, sodaß Fachärzte anderer Sonderfächer auch erst mit geringer zeitlicher Verzögerung von außerhalb der Krankenanstalt herbeigerufen werden könnten, ohne daß dadurch ein Qualitätsverlust in der Versorgung des Patienten eintreten würde. Eine Rechtslage, die ohne Differenzierung zwischen verschiedenen Sonderfächern 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.

Mit dem Entwurf einer KAG-Novelle 1996 soll dieser Kritik durch eine Änderung der Vorschriften über die Organisation des ärztlichen Dienstes in einer Krankenanstalt Rechnung getragen werden. So soll nach einem neuzufassenden § 8 Abs. 1 Z. 2 KAG anstelle einer permanenten Facharztpräsenz auch eine Rufbereitschaft eines Facharztes zulässig sein, wenn die fachärztliche Hilfe in der Krankenanstalt längsten binnen 15 Minuten gegeben und bis dahin durch einen Turnusarzt, der bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, eine ärztliche Hilfe gewährleistet ist. Von dieser Regelung sollen aufgrund der zuvor dargestellten Erwägungen hinsichtlich sofort gebotener Erstversorgung die Sonderfächer Anästhesiologie, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie und Unfallchirurgie ausgenommen sein, für die jedenfalls

uneingeschränkt (dauernd) ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Krankenanstalt anwesend zu sein hat. Weiters sollen von der Neuregelung des KAG auch Universitätskliniken und -institute ausgenommen sein.

Eine solche Änderung der Organisationsvorschriften für den ärztlichen Dienst in Krankenanstalten erfordert auch eine Anpassung des Ärzterechts, was mit der vorliegenden Erweiterung des § 2 Abs. 3 Ärztegesetz 1984 geschehen soll. Da der bisherige Wortlaut des § 2 Abs. 3 leg. cit. eine Tätigkeit von Turnusärzten ohne die Anwesenheit auch nur eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes in der Krankenanstalt ausschließt, ist die Möglichkeit einer vorübergehenden Rufbereitschaft und damit die temporäre Tätigkeit von Turnusärzten in Krankenanstalten ohne Facharztpräsenz ausdrücklich für zulässig zu erklären.

Die Intensität der vom Ärztegesetz 1984 geforderten Anleitung und Aufsicht über Turnusärzte war schon bisher durch den Stand der vom Turnusarzt bereits erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten bestimmt (vgl. auch Kopetzki, Turnusärzte und Famulanten, 34ff). Entsprechend dem Ausbildungsfortschritt konnten daher schon bisher Turnusärzte ohne unmittelbare Anleitung und Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes tätig sein. Es ist sachgerecht und dem gebotenen Versorgungsniveau entsprechend, wenn die vorgeschlagene Regelung an diesen Umstand anknüpft. Der erforderliche Ausbildungsstand wird sich insbesondere aus den die Ausbildungsschritte dokumentierenden Rasterzeugnissen ergeben (vgl. § 8 Ärztegesetz 1984). Schließlich ist auch nicht zu übersehen, daß auch das Herbeirufen eines in der Krankenanstalt anwesenden Facharztes nicht ohne Zeitaufwand möglich ist.

Das Ausmaß der vorübergehenden Rufbereitschaft berührt Belange des Dienstrechts und der Organisation der ärztlichen Dienstes in einer Krankenanstalt. Diesbezüglich können daher durch den vorliegenden auf Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B-VG („Gesundheitswesen“) gestützten Gesetzesentwurf im Rahmen des Ärztegesetzes keine Regelungen getroffen werden.

Der vorliegende Entwurf wird für den Bund und die sonstigen Gebietskörperschaften zu keinem finanziellen Mehraufwand führen. Es werden vielmehr für den Bund, die Länder, Städte und Gemeinden als Spitalsträger wie auch für sonstige Träger von Krankenanstalten finanzielle Einsparungsmöglichkeiten am Personalsektor eröffnet.

Schließlich ist auch die EU-Konformität des Gesetzesentwurfs gegeben.

**Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1984 geändert wird**

**Der Nationalrat hat beschlossen:**

**Das Ärztegesetz 1984, BGBl. Nr. 373, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 78/1987, 314/1987, 138/1989, 45/1991, 461/1992, 100/1994, 505/1994, 1105/1994, 201/1996 und 378/1996 sowie der Kundmachungen BGBl. Nr. 851/1992, 939/1993, 9/1994, 798/1994, 573/1995, 192/1996 und 204/1996 wird wie folgt geändert:**

**Dem § 2 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:**

**"Die vorübergehende Rufbereitschaft eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes ist, ausgenommen die Sonderfächer Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie sowie Unfallchirurgie, zulässig, sofern der Turnusarzt bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt."**

# T E X T G E G E N Ü B E R S T E L L U N G

## **Alte Fassung**

## **Neue Fassung**

§ 2. ....

(3) Die in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt befindlichen Ärzte (Turnusärzte) sind lediglich zur unselbstständigen Ausübung der im § 1 Abs. 2 und 3 umschriebenen Tätigkeiten in gemäß §§ 6 bis 6 b als Ausbildungsstätten anerkannten Einrichtungen, im Rahmen von Lehrpraxen (§ 7) oder in Lehrambulatorien (§ 7 a) unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt.

*d.h. nicht enthalten*

Dem § 2 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

*"Die vorübergehende Rufbereitschaft eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes ist, ausgenommen die Sonderfächer Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie sowie Unfallchirurgie, zulässig, sofern der Turnusarzt bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt."*