

# Landesgesetzblatt für Wien

Jahrgang 1989

Ausgegeben am 27. Oktober 1989

26. Stück

40. Gesetz: Wiener Krankenanstaltengesetz 1987; Änderung.

40.

## Gesetz vom 28. Juni 1989, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 geändert wird

Der Wiener Landtag hat in Ausführung der grundsätzlichen Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 745/1988, beschlossen:

### Artikel I

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. für Wien Nr. 23/1987, idF der Gesetze LGBl. für Wien Nr. 19/1988 und Nr. 22/1988 wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 3 Z 6 lautet:

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

2. § 2 lit. b lautet:

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

3. § 3 Abs. 1 lit. a und b lauten:

„(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

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

wenn ein Facharzt für Kinderheilkunde als ständiger Konsiliararzt für die Betreuung von Neugeborenen und für die Behandlung von Krankheiten des Kindesalters verpflichtet wird, kann eine bettenführende Abteilung für Kinderheilkunde entfallen; ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; andere fachärztliche Betreu-

ung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert sein;

b) Schwerpunktkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

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

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

4. § 4 Abs. 2 lit. a lautet:

„a) der Bedarf gegeben ist, der im Hinblick auf den angegebenen Anstaltszweck (§ 1 Abs. 3) unter Beachtung der Höchstgrenzen der systemisierten Betten nach den Verordnungen gemäß § 5 a Abs. 1 und 4 sowie nach der Anzahl und Betriebsgröße der in angemessener Entfernung gelegenen gleichartigen oder ähnlichen Krankenanstalten und nach der Verkehrslage zu beurteilen ist, wobei bei selbständigen Ambulatorien auch auf die Anzahl der in angemessener Entfernung niedergelassenen Fachärzte Bedacht zu nehmen ist;“

5. § 5 Abs. 2 lautet:

„(2) Im Bewilligungsverfahren zur Errichtung oder zum Betrieb von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte und bei Zahnambulatorien auch die der Dentisten Parteilstellung im Sinne des § 8 AVG 1950 und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG, wenn

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

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

6. Nach § 5 ist folgender § 5 a einzufügen:

„§ 5 a

(1) Die Höchstgrenzen für die Zahl der systemisierten Betten, ausgenommen die Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, sind durch Verordnung der Landesregierung für folgende Krankenanstalten festzusetzen:

- a) Öffentliche, allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten,
- b) private, gemeinnützige, allgemeine Krankenanstalten und private, gemeinnützige Sonderkrankenanstalten, ausgenommen solche des Bundes und der Träger der Sozialversicherung, und
- c) private, nicht gemeinnützige, allgemeine Krankenanstalten, private, nicht gemeinnützige Sonderkrankenanstalten und Sanatorien.

(2) Die Höchstgrenzen der in öffentlichen, allgemeinen Krankenanstalten, in öffentlichen Sonderkrankenanstalten und in privaten, gemeinnützigen, allgemeinen Krankenanstalten systemisierten Betten, ausgenommen die Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, sind so festzusetzen, daß die Zahl von 13.811 nicht überschritten wird. Zur Deckung eines dringenden Bedarfes darf diese Zahl um höchstens 2 vH überschritten werden.

(3) Nicht zu den systemisierten Betten im Sinne der Abs. 1 und 2 zählen solche, die als Funktionsbetten oder ausschließlich als Betten für Begleitpersonen vorgesehen sind. Funktionsbetten sind jedenfalls Dialysebetten, postoperative Aufwachbetten oder Betten, die zur Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen für Patienten während einer Anstaltsbetreuung vorübergehend oder für ambulante Patienten verwendet werden.

(4) Die nach Abs. 2 festgesetzten Höchstgrenzen der systemisierten Betten sind durch Verordnung der Landesregierung prozentuell nach der Zentral-

versorgungsfunktion und der sonstigen Versorgungsfunktion (Schwerpunkt- und Standardversorgung) aufzuteilen. Dabei ist auch der Prozentsatz jener systemisierten Betten, die für Patienten mit ordentlichem Wohnsitz außerhalb Wiens vorgesehen sind, getrennt nach ihrer Versorgungsfunktion festzusetzen. Weiters sind die nach Abs. 2 systemisierten Betten nach medizinischen Fachrichtungen aufzuteilen.

(5) Die in der Verordnung nach Abs. 4 erfolgten Aufteilungen und Festsetzungen von systemisierten Betten sind jährlich im nachhinein auf Grund der tatsächlichen Inanspruchnahme von stationären Krankenanstaltsleistungen zu überprüfen und bei Bedarfsänderung unter Beachtung der Höchstgrenzen entsprechend neu festzusetzen.

(6) Die Rechtsträger der Krankenanstalten nach den Abs. 1 und 2 haben jährlich bis zum 31. März für das vorhergehende Jahr die Anzahl der stationären Aufnahmen und die Anzahl der Pflgetage je Abteilung, getrennt nach Patienten, die ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben, und solchen, die ihren ordentlichen Wohnsitz nicht in Wien haben, der Landesregierung schriftlich zu melden.“

7. § 7 Abs. 2 lautet:

„(2) Eine wesentliche Veränderung einer Krankenanstalt bedarf der Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber ist der § 4 sinngemäß anzuwenden. Die dem Bewilligungsbescheid entsprechend geänderte Anlage der Krankenanstalt darf in Betrieb genommen werden, doch ist darüber spätestens gleichzeitig mit der Inbetriebnahme vom Rechtsträger der Krankenanstalt bei der Landesregierung unter Angabe des Zeitpunktes der Inbetriebnahme die Anzeige zu erstatten. Dies gilt auch für selbständige Ambulatorien (§ 1 Abs. 3 Z 7) der Sozialversicherungsträger. Bei wesentlichen Veränderungen von anderen Krankenanstalten der Sozialversicherungsträger ist § 6 sinngemäß anzuwenden.“

8. § 10 Abs. 1 lit. a lautet:

„a) Die Aufgaben, welche die Krankenanstalt nach ihrem besonderen Anstaltszweck (§ 1 Abs. 3) erfüllen soll, und die Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in allgemeine Gebührenklasse und Sonderklasse, in Abteilungen für Akutkranke und neben diesen Abteilungen auch in zusätzliche Abteilungen für Langzeitbehandlung oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für die Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;“

9. Nach § 12 wird folgender § 12 a eingefügt:

**„§ 12 a**

(1) In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten, die als Universitätskliniken oder als Klinische Institute in Klinische Abteilungen gegliedert sind, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß § 12 Abs. 2 mit der Führung der Abteilung bzw. sonstigen Organisationseinheit betrauten Arzt, sondern dem Leiter der Klinischen Abteilung zu.

(2) In Gemeinsamen Einrichtungen von Kliniken und Instituten an Medizinischen Fakultäten, zu deren Aufgaben auch die Erbringung ärztlicher Leistungen gehört, kommt die Verantwortung für diese ärztlichen Aufgaben dem Vorstand der Gemeinsamen Einrichtung zu.“

10. Nach § 15 wird folgender § 15 a eingefügt:

**„§ 15 a**

**Kommission**

(1) In einer Krankenanstalt, an der klinische Prüfungen von Arzneimitteln durchgeführt werden (§§ 28 bis 48 Arzneimittelgesetz, BGBI. Nr. 185/1983), ist mindestens eine Kommission einzurichten, welche die Durchführung dieser Prüfungen in der Krankenanstalt aus ethischer Sicht beurteilt.

(2) Die Kommission besteht aus

1. zwei zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Ärzten aus verschiedenen Sonderfächern der Krankenanstalt, die weder ärztlicher Leiter (§ 12 Abs. 3) noch Prüfungsleiter (§ 32 Abs. 1 Arzneimittelgesetz) sind und durch die Abteilungsvorstände (Institutsvorstände usw.) der Krankenanstalt zu bestellen sind,
2. einem Vertreter des Krankenpflegefachdienstes der Krankenanstalt, der durch den Leiter des Pflegedienstes der Krankenanstalt zu bestellen ist,
3. einem Vertreter des Rechtsträgers der Krankenanstalt,
4. einer mit der Seelsorge in Krankenanstalten betrauten Person, die einvernehmlich von den in der Krankenanstalt seelsorgerisch tätigen Personen aus ihrem Kreis zu bestellen ist,
5. dem Leiter der Anstaltsapotheke der Krankenanstalt oder dem Leiter der die Krankenanstalt beliefernden Apotheke oder dem Konsiliarapotheker und
6. einer von der Personalvertretung zu bestellenden Person.

(3) Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen. Das Mitglied nach Abs. 2 Z 5 hat ein Ersatzmitglied namhaft zu machen.

(4) Ist die Kommission erstmalig an einer Krankenanstalt einzurichten, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt die Bestellung der Mitglieder (Ersatzmitglieder) zu veranlassen. Das für die Kommission bestellte Mitglied des Vertreters des Rechtsträgers der Krankenanstalt hat die Kommission zu ihrer konstituierenden Sitzung einzuberufen und diese bis zur Wahl des Vorsitzenden zu leiten.

(5) Die Kommission wählt einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter.

(6) Dem Vorsitzenden obliegt die Führung der laufenden Geschäfte und die Vorbereitung der Sitzungen der Kommission. Der Vorsitzende eröffnet, leitet und schließt die Sitzungen und handhabt die Sitzungsordnung. Für den Fall seiner Verhinderung obliegen diese Aufgaben dem Stellvertreter.

(7) Scheidet ein Mitglied (Ersatzmitglied) aus, ist an seiner Stelle ein anderes Mitglied (Ersatzmitglied) zu bestellen.

(8) Die Kommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben.

(9) Der Prüfungsleiter (§ 32 Abs. 1 Arzneimittelgesetz) ist verpflichtet, dem Vorsitzenden die Durchführung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln anzuzeigen. Er hat bei der Anzeige sämtliche Unterlagen und Informationen zu geben, die eine Beurteilung möglich machen. Falls er zu Beratungen der Kommission eingeladen wird, ist er verpflichtet, dieser Einladung Folge zu leisten.

(10) Die Kommission hat innerhalb von zwei Monaten nach Einlangen der Anzeige beim Vorsitzenden eine Beurteilung abzugeben.

(11) Über jede Sitzung ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt und dem Prüfungsleiter zur Kenntnis zu bringen und gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen unter sinngemäßer Anwendung des § 17 Abs. 2 aufzubewahren.“

11. § 16 Abs. 1 erster Satz lautet:

„(1) Für die in Krankenanstalten beschäftigten Personen sowie für die Mitglieder von Kommissionen gemäß § 15 a besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist.“

12. § 17 Abs. 1 letzter Satz hat zu entfallen.

13. § 17 Abs. 2 bis 4 lauten:

„(2) Krankengeschichten und Operationsniederschriften sind bei ihrem Abschluß vom behandelnden Arzt, der für ihren Inhalt verantwortlich ist, und vom Abteilungsleiter zu unterfertigen. Der Teil der Niederschrift über die Entnahme von Organen und Organteilen, der sich mit der Feststellung des Todes

befäßt, ist von dem den Tod feststellenden Arzt, und der Teil dieser Niederschrift, der sich mit der Entnahme befaßt, von dem die Entnahme durchführenden Arzt zu unterfertigen. Die Krankengeschichten (Abs. 1 lit. a bis d) sind während der Behandlungsdauer so zu verwahren, daß sie durch unbefugte Personen nicht eingesehen werden können. Nach ihrem Abschluß sind Krankengeschichten von der Krankenanstalt mindestens 30 Jahre, von einem Ambulatorium mindestens 10 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung, so aufzubewahren, daß ein Mißbrauch ausgeschlossen ist. Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

(3) Bei Auflassung der Krankenanstalt sind die Krankengeschichten der Landesregierung zu übermitteln. Nach Ablauf der Aufbewahrungsdauer können die Krankengeschichten vernichtet werden.

(4) Abschriften von Krankengeschichten und von ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten sind von den Krankenanstalten den Gerichten sowie den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, kostenlos zu übermitteln. Das Vorliegen des öffentlichen Interesses ist bei Anforderung einer Krankengeschichte anzuführen. Ferner sind den Sozialversicherungsträgern sowie den einweisenden oder behandelnden Ärzten über Anforderung kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspatienten zu übermitteln. Soweit dies für die Erfüllung ihrer vertraglichen Pflichten und zur Antragsprüfung notwendig ist, sind sonstigen Versicherungsunternehmen Abschriften von Krankengeschichten ihrer Versicherten gegen Kostenersatz zu übermitteln, wenn und soweit dies mit dem Rechtsträger der Krankenanstalt vereinbart ist und der Versicherte im Versicherungsvertrag oder gesondert zugestimmt hat.“

14. Die bisherigen Abs. 4 bis 6 des § 17 sind als Abs. 5 bis 7 zu bezeichnen; im Abs. 6 ist die Zitierung „Abs. 1 bis 4“ durch „Abs. 1 bis 5“ zu ersetzen.

15. § 25 Abs. 2 lautet:

„(2) Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt bei Vorliegen eines Bedarfes zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege (§ 30 Abs. 1) von der Landesregierung verliehen werden, wenn sie gemeinnützig ist, die Erfüllung der ihr nach diesem Gesetz 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. Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft, so hat der Rechtsträger überdies nachzuweisen, daß er über die für den gesicherten Bestand der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt.“

16. § 26 lit. d lautet:

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

17. Im letzten Satz des § 29 ist der Klammerausdruck „(§ 43 Abs. 2)“ durch „(§ 56 Abs. 2)“ zu ersetzen.

18. § 30 Abs. 1 lautet:

„(1) Das Land Wien ist verpflichtet, Anstaltspflege für Personen, die Wiener Landesbürger sind oder als Fremde ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben, sofern sie anstaltsbedürftig sind oder sich einem operativen Eingriff unterziehen, in der allgemeinen Gebührenklasse entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Das Land Wien ist außerdem verpflichtet, Anstaltspflege für unabweisbare Kranke (§ 36 Abs. 4) auf dieselbe Weise sicherzustellen.“

19. § 30 Abs. 3 hat zu entfallen.

20. § 32 Abs. 4 lautet:

„(4) Patienten der Sonderklasse sind von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse räumlich getrennt unterzubringen. Ausnahmen sind aus medizinischen Gründen zulässig. Die Sonderklasse hat durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen.“

21. § 34 Abs. 4 lautet:

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

22. § 35 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Bewerbungsgesuche sind dem Landessanitätsrat zur Erstattung eines Gutachtens über die fachliche Befähigung, die Befähigung zur Leitung und die Reihung der Bewerber vorzulegen.“

23. § 36 lautet:

„(1) Patienten können nur durch die Anstaltsleitung auf Grund der Untersuchung durch den hiezu bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden. Bei der Aufnahme ist auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen Bedacht zu nehmen.

(2) Die Aufnahme von Patienten in öffentlichen Krankenanstalten ist auf Personen beschränkt, die Wiener Landesbürger sind oder als Fremde ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben, sofern sie anstaltsbedürftig sind oder sich einem operativen Eingriff unterziehen. Unabweisbare Kranke müssen jedenfalls in Anstaltspflege genommen werden, auch wenn sie ihren ordentlichen Wohnsitz nicht in Wien haben.

(3) Anstaltsbedürftig sind Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert, sowie Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist.

(4) Unabweisbar sind Personen, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Ferner sind Personen, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden, als unabweisbar anzusehen.

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

(6) Für die Aufnahme von Personen, die ihren ordentlichen Wohnsitz in einem anderen Bundesland haben, in einer öffentlichen Krankenanstalt gilt, abgesehen von Abs. 2, letzter Satz, folgendes:

- a) Anstaltsbedürftige Personen und Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, sind in der allgemeinen Gebührenklasse aufzunehmen, wenn sie eine Kostenübernahmeerklärung über den Behandlungsbeitrag (§ 51 a) des Bundeslandes vorweisen, in dem sie ihren ordentlichen Wohnsitz haben, oder wenn dieses Bundesland nach den, dem § 30

Abs. 1 dieses Gesetzes entsprechenden jeweiligen landesgesetzlichen Vorschriften eine Vereinbarung mit dem Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt abgeschlossen hat.

- b) Liegen die Voraussetzungen nach lit. a nicht vor, können anstaltsbedürftige Personen und Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, aufgenommen werden, wenn dadurch die Versorgung von Patienten, die Wiener Landesbürger sind oder als Fremde ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben, nicht gefährdet wird.

(7) Krankenanstalten sind, soweit die Voraussetzungen nach den Abs. 1 bis 6 gegeben sind, verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Patienten aufzunehmen.

(8) Unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden.“

24. § 38 Abs. 2 lautet:

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

25. Die bisherigen Abs. 2 bis 4 des § 38 sind als Abs. 3 bis 5 zu bezeichnen.

26. § 38 Abs. 5 lautet:

„(5) Kann der Patient nicht sich selbst überlassen werden und ist seine Unterbringung nicht anderweitig sichergestellt, so ist der Sozialhilfeträger rechtzeitig vor der Entlassung zu verständigen.“

27. § 42 Abs. 3 lautet:

„(3) Für die Untersuchung und Behandlung, insbesondere nach Abs. 1 lit. c und d sowie Abs. 2, gelten die §§ 36, 51 und 51 a sinngemäß.“

28. Die bisherigen Abs. 3 und 4 des § 42 sind als Abs. 4 und 5 zu bezeichnen.

29. § 44 Abs. 1 lautet:

„(1) Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 4 und des § 46 a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten. Die Bestimmungen der §§ 51 und 51 a bleiben davon unberührt.“

30. Der letzte Satz des § 44 a entfällt.

31. § 45 Abs. 2 lautet:

„(2) Für die Inanspruchnahme der Sonderklasse (Abs. 1 lit. a) ist vom Patienten eine Anstaltsgebühr zu entrichten. Die Anstaltsgebühr ist von der

Landesregierung unter Bedachtnahme auf die von der Krankenanstalt erbrachten Leistungen in der Sonderklasse festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen.“

32. § 45 Abs. 8 lautet:

„(8) Ein anderes als das in den §§ 44, 44 a und in den vorstehenden Bestimmungen der Abs. 1 bis 6 vorgesehene Entgelt darf, unbeschadet der Bestimmungen der §§ 46 a, 47 und 51, von Patienten oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.“

33. § 46 a Abs. 1 lautet:

„(1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege Pflegegebührenersätze zur Gänze (kein Selbstbehalt) durch einen Sozialversicherungsträger oder durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG) getragen werden, ist durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Tag, für den Pflegegebührenersätze zu entrichten sind, einzuheben. Dieser Betrag darf pro Patient für höchstens 28 Tage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.“

34. § 47 Abs. 1 lit. c lautet:

„c) Außer den gemäß lit. b vom Versicherungsträger bezahlten Pflegegebührenersätzen, dem vom Versicherten für Angehörige zu entrichtenden Kostenbeitrag und dem Kostenbeitrag gemäß § 46 a dürfen vom Versicherungsträger und vom Versicherten keine weiteren Entgelte verlangt werden. Die im § 44 Abs. 4 angeführten Leistungen bleiben davon unberührt.“

35. § 48 lautet:

„§ 48

(1) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren sind in den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 36 Abs. 3 zweiter Halbsatz in voller Höhe zu entrichten. Diese Pflegegebühren sind sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 4 vH über der jeweiligen Bankrate zu entrichten.

(2) Das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung sonst an die Rechtsträger der Krankenanstalt zu entrichtenden Pflegegebührenersätze — unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe — und allfälligen Sondergebühren (§ 45 Abs. 1) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebührenersätze zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des § 49 Abs. 1, wird durch privatrechtliche Verträge geregelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die

Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung. Pflegegebührenersätze und Sondergebühren sind binnen sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 4 vH über der jeweiligen Bankrate zu entrichten.

(3) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührenersätze nach Abs. 2 erhöhen sich für Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit einer Gebietskrankenkasse zur Betreuung zugewiesen werden und die in einer Krankenanstalt betreut werden, deren Rechtsträger im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 281/1988, zuschlußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Pfl egetag eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltspflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Pfl egetage in zuschlußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahres als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen. Für die Fälligkeit und Verzinsung gilt Abs. 2.

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

(5) Von den Beitragseinnahmen eines Kalenderjahres ist vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses zunächst jener Betrag abzuziehen, den die Krankenversicherungsträger gemäß § 447 f ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten gesondert bereitzustellen haben. Ferner haben bei Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 4 jene Beitragseinnahmen außer Betracht zu bleiben, die sich ab 1. Jänner 1988 aus Änderungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Betrag gesetzlich zweckgebunden ist.

(6) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) angehörenden Krankenversicherungsträger sind den Beitragseinnahmen des zuletzt vorangegangenen Kalenderjahres unter Berücksichtigung des Abs. 5 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.

(7) 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 Pflegegebührensätze ab nachfolgendem 1. Jänner maßgeblich ist. Die neuen Pflegegebührensätze sind auf volle Schilling zu runden. Den Rechtsträgern der Krankenanstalten sind die erhöhten Pflegegebührensätze so rechtzeitig bekanntzugeben, daß sie ab 1. Jänner der Verrechnung zugrunde gelegt werden können.

(8) 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 Pflegegebührensätze ab dem nächsten 1. Jänner sind sodann für das Vorjahr fiktiv jene Pflegegebührensätze zu errechnen, die sich bei Anwendung des endgültigen Hundertsatzes ergeben hätten. Diese fiktiven Pflegegebührensätze sind sodann um den in Betracht kommenden provisorischen Hundertsatz zu erhöhen.

(9) Die von den Krankenversicherungsträgern und vom Hauptverband zur Durchführung der Regelung gemäß Abs. 4 bis 8 erstellten Unterlagen und Berechnungen sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales zu überprüfen.

(10) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband andererseits aus einem gemäß Abs. 2 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet die Schiedskommission (§ 50). Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitteile gestellt werden.“

36. Im ersten Satz des § 49 Abs. 1 ist der Begriff „§ 48 Abs. 1“ durch „§ 48 Abs. 2“ zu ersetzen; im

ersten Satz des § 49 Abs. 3 ist der Klammerausdruck „(§ 48 Abs. 1, § 49 Abs. 2)“ durch „(§ 48 Abs. 2, § 49 Abs. 2)“ zu ersetzen.

37. § 49 Abs. 4 und 5 lauten:

„(4) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührensätze nach Abs. 1 ist die Schiedskommission an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgesetzten Erhöhungsätze gemäß § 48 Abs. 4 bis 9 gebunden. Für Krankenanstalten, für die bis zum 31. Dezember 1987 noch keine Verträge über das Ausmaß der zu entrichtenden Pflegegebührensätze bestehen, sind die zu entrichtenden Pflegegebührensätze so zu bestimmen, daß sie 80 vH der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse nicht übersteigen und 60 vH dieser Pflegegebühren nicht unterschreiten. Innerhalb dieses Rahmens sind die Pflegegebührensätze unter Bedachtnahme darauf zu bestimmen, welche Einrichtungen und Ausstattungen die betreffende Krankenanstalt besitzt, welcher Kostenaufwand mit der Einstellung und dem Betrieb von besonders aufwendigen Einrichtungen verbunden ist und wieweit die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger gegeben ist.

(5) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Sondergebühren (§ 48 Abs. 2), so darf das Ausmaß 70 vH der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Sondergebühren nicht unterschreiten, wobei das Ausmaß der Sondergebühren unter Bedachtnahme auf die Einrichtungen und Ausstattungen der betreffenden Krankenanstalt, auf die Kosten der für die Untersuchung oder Behandlung notwendigen besonders aufwendigen Einrichtungen und auf die von den Sozialversicherungsträgern an andere Personen und Institutionen für gleichartige Leistungen zu entrichtenden Entgelte festzusetzen ist. Über Antrag einer Partei hat die Festsetzung des Ausmaßes der Sondergebühren in Bauschbeträgen zu erfolgen, die nach den durchschnittlich pro Patient anfallenden Gesamtkosten aller ambulanten Untersuchungen und Behandlungen zu ermitteln sind und mindestens 70 vH dieser durchschnittlichen Kosten zu betragen haben; von der Festsetzung in Bauschbeträgen sind besonders kostenintensive Untersuchungen und Behandlungen ausgenommen.“

38. § 50 Abs. 1 lautet:

„(1) Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten, die sich zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits aus einem gemäß § 48 geschlossenen Vertrag ergeben, sowie zur Entscheidung gemäß § 49 Abs. 1 ist eine Schiedskommission berufen.“

39. § 51 lautet:

„§ 51

(1) Die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die sich nicht seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten haben und welche die voraussichtlichen Pflegegebühren (Sondergebühren) bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, wird auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 36 Abs. 4) beschränkt.

(2) Die Landesregierung kann durch Verordnung vorsehen, daß bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der Pflegegebühren (Sondergebühren) die tatsächlich erwachsenden Untersuchungs- und Behandlungskosten zu bezahlen sind. Die tatsächlichen Untersuchungs- und Behandlungskosten umfassen jedenfalls die Pflegegebühren (Sondergebühren) einschließlich der mit Verordnung der Landesregierung festzusetzenden anteiligen Auslagen, die sich durch die Errichtung, die Umgestaltung oder die Erweiterung der Krankenanstalt ergeben, insbesondere Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen. Abweichend davon kann für kostenintensive Untersuchungs- und Behandlungsfälle die Landesregierung mit Verordnung als tatsächliche Untersuchungs- und Behandlungskosten die für die jeweiligen Leistungen durchschnittlich erwachsenden Kosten einschließlich der anteiligen Auslagen, die sich durch die Errichtung, die Umgestaltung oder die Erweiterung der Krankenanstalt ergeben, insbesondere Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen, festsetzen.

(3) Die Bestimmungen der Abs. 1 und 2 gelten nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 36 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind.
2. Flüchtlinge im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. 126/1968, idF BGBl. Nr. 796/1974 über die Aufenthaltsberechtigung von Flüchtlingen im Sinne der Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, BGBl. Nr. 55/1955,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten, und
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.

(4) Für die im Abs. 2 festgesetzten Untersuchungs- und Behandlungskosten finden die Bestim-

mungen des § 46 Abs. 3 und der §§ 52 bis 54 sinngemäß Anwendung.“

40. Nach § 51 ist folgender § 51 a einzufügen:

„§ 51 a

(1) Für Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, die ihren ordentlichen Wohnsitz nicht in Wien haben, ist von jenem Bundesland, in dem der Patient seinen ordentlichen Wohnsitz hat, ein Behandlungsbeitrag zu leisten, falls dieses Bundesland mit dem Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt keine Vereinbarung (§ 36 Abs. 6 lit. a) geschlossen hat.

(2) Der Behandlungsbeitrag ist der Differenzbetrag zwischen den tatsächlichen Untersuchungs- und Behandlungskosten im Sinne des § 51 Abs. 2 und den vom Patienten bzw. dem Sozialversicherungsträger oder einem Dritten auf Grund gesetzlicher Vorschriften zu leistenden Beträgen. Dieser Differenzbetrag ist durch Verordnung der Landesregierung festzusetzen, wobei allfällige Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln in Durchschnittssätzen zu berücksichtigen sind.

(3) Für die Entrichtung und Einbringung des Behandlungsbeitrages gelten die Vorschriften der §§ 53 und 54 sinngemäß.“

41. § 52 lautet:

„§ 52

(1) Zur Bezahlung der Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge ist der Patient, im Falle der Einweisung gemäß § 36 Abs. 4, letzter Satz, der Rechtsträger der Behörde verpflichtet. Soweit eine andere physische oder juristische Person auf Grund gesetzlicher Vorschriften Ersatz zu leisten hat, haftet diese im Rahmen ihrer Ersatzverpflichtung mit dem Patienten zur ungeteilten Hand. Ist der Patient sozialversichert, ist er zur Bezahlung der Pflege- und Sondergebühren nur soweit verpflichtet, als der Sozialversicherungsträger auf Grund des ASVG, anderer Gesetze bzw. von Verträgen dem Rechtsträger der Krankenanstalt keinen Ersatz leistet.

(2) Zur Bezahlung der Pflegegebühren (Sondergebühren) für eine Begleitperson (§ 37 Abs. 2) ist die Begleitperson verpflichtet.

(3) Für die Einbringung der Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge gelten die Vorschriften des § 54.“

42. § 53 Abs. 2 und 3 lauten:

„(2) Wenn ein Patient, seine unterhaltspflichtigen Angehörigen, der Versicherte (§ 47 Abs. 1 lit. b) oder die Begleitperson (§ 37 Abs. 2) zur Zahlung verpflichtet sind, dürfen die Pflegegebühren, die Sondergebühren sowie die Kostenbeiträge für die voraussichtliche Pflegedauer, höchstens jedoch für



jeweils 28 Tage, vom Zahlungspflichtigen im vorhinein eingehoben werden.

(3) Die Pflege- und Sondergebühren sowie die Kostenbeiträge für die in einer angegliederten Krankenanstalt untergebrachten Patienten oder Begleitpersonen (§ 37 Abs. 2) sind von der Hauptanstalt (§ 33) einzubringen.“

43. § 54 Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Die Pflege- und Sondergebühren sowie Kostenbeiträge sind mit dem Entlassungstag des Patienten, dem Tag der jeweiligen Ambulatoriumsbehandlung oder am letzten Tage des Aufenthaltes einer Begleitperson (§ 37 Abs. 2) abzurechnen; der Zahlungspflichtige ist unverzüglich gemäß Abs. 2 zur Zahlung der Pflege- und Sondergebühren sowie Kostenbeiträge aufzufordern. Bei länger dauernder Pflege kann die Abrechnung auch mit dem letzten Tag jedes Pflegemonats erfolgen. Die Gebühren und Beiträge sind mit dem Tag der Aufforderung fällig. Nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag können gesetzliche Verzugszinsen verrechnet werden.

(2) Zur Einbringung der Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge ist eine Zahlungsaufforderung auszufertigen.

In dieser Zahlungsaufforderung ist anzuführen:

- a) Die Dauer der Krankenanstaltspflege,
- b) die Dauer des Aufenthaltes der Begleitperson,
- c) die Höhe der täglichen Pflegegebühr,
- d) die Höhe des täglichen Kostenbeitrages,
- e) die Höhe der aufgelaufenen Pflegegebühren,
- f) die Höhe der aufgelaufenen Kostenbeiträge,
- g) die Höhe der aufgelaufenen Sondergebühren,
- h) die geleisteten Teilzahlungen,
- i) die Höhe der aushaftenden Gebühren und Beiträge,
- j) der Hinweis auf die Fälligkeit der Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge und auf die Verzugszinsen (Abs. 1),
- k) die Belehrung über das Recht, Einwendungen zu erheben.“

44. § 55 lautet:

#### „§ 55

Die Sozialhilfeträger sind berechtigt, bezüglich jener Patienten, für deren Kosten sie aufzukommen haben, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt, wie Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, Einsicht zu nehmen und den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen oder ein ärztliches Gutachten einzuholen, aus dem die Notwendigkeit und die voraussichtliche Dauer der Pflege hervorgeht. Geht daraus hervor, daß der Patient nicht mehr anstaltsbedürftig ist, kann der Sozialhilfeträger begehren, daß der Patient gemäß § 38 Abs.1 sofort entlassen wird.“

45. § 56 Abs. 1 lautet:

„(1) Für alle öffentlichen Krankenanstalten, die für die Versorgung von Patienten mit ordentlichem Wohnsitz in Wien zunächst bestimmt sind, ist das Gebiet des Bundeslandes Wien Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel zugleich.“

46. Nach § 56 Abs. 2 ist folgender Abs. 3 anzufügen:

„(3) Der Ermittlung des Betriebsabganges nach Abs. 2 ist jener Betriebs- und Erhaltungsaufwand nicht zugrunde zu legen, der auf stationäre Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse und auf ambulante Leistungen einschließlich Gesundenuntersuchungen an Personen entfällt, die ihren ordentlichen Wohnsitz in einem anderen Bundesland haben; gleiches gilt für die für diese Leistungen gebührenden Erträge bzw. Einnahmen.“

47. § 57 Abs. 2 lautet:

„(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht, die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die entsprechenden Anträge sind sechs Monate vorher einzubringen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn dagegen keine schwerwiegenden öffentlichen Interessen bestehen. Wenn die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, ist das Bundeskanzleramt von der Sachlage durch die Landesregierung in Kenntnis zu setzen.“

48. § 57 Abs. 3 hat zu entfallen.

49. § 60 lautet:

#### „§ 60

Für den Betrieb öffentlicher psychiatrischer Krankenanstalten gelten die Bestimmungen der §§ 25 bis 27, der §§ 30 bis 37, der §§ 39 bis 56 und des § 65.“

50. § 62 lautet:

#### „§ 62

Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des I. Abschnittes (§§ 1 bis 24). Von den Bestimmungen des II. Abschnittes (§§ 25 bis 60) sind auf private Krankenanstalten folgende anzuwenden:

- a) Leichenöffnungen dürfen nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen und nur dann, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist, vorgenommen werden; über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift nach den Vorschriften des § 40 Abs. 3 und 4 aufzunehmen und zu verwahren;
- b) für die Beurteilung der Gemeinnützigkeit gelten die Vorschriften des § 26;
- c) unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe darf auch in privaten Krankenanstalten niemandem verweigert werden;

- d) für die Ausstellung des Arztbriefes gelten die Vorschriften des § 38 Abs. 2;
- e) Anstaltsambulatorien können nur für die im § 42 Abs. 1 angeführten Untersuchungen oder Behandlungen betrieben werden und bedürfen der Genehmigung der Landesregierung; in diesen kann auch die Vorsorgeuntersuchung gemäß § 42 Abs. 2 ambulant durchgeführt werden, jedoch ist die Aufnahme dieser Tätigkeit der Landesregierung anzuzeigen; in Anstaltsambulatorien von Sozialversicherungsträgern dürfen Versicherte und deren anspruchsberechtigte Angehörige ohne Rücksicht auf die Bestimmungen des § 42 Abs. 1 behandelt werden;
- f) für die Ermittlung der Pflege- und Sondergebühren gelten § 44 und § 45 Abs. 1, 4 und 7, hinsichtlich ihrer Fälligkeit und Verzinsung § 54 Abs. 1 vorletzter und letzter Satz;
- g) für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme kann ein Sonderentgelt berechnet werden;
- h) selbständige Ambulatorien haben die freiwillige Betriebsunterbrechung oder ihre Auflassung vorher der Landesregierung anzuzeigen;
- i) für die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung von Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 18 Abs. 5) unterliegen, gelten die Vorschriften des § 57 Abs. 2; ansonsten haben bettenführende Krankenanstalten eine freiwillige Betriebsunterbrechung oder ihre Auflassung sechs Monate vorher der Landesregierung anzuzeigen;
- j) auf gemeinnützige private Krankenanstalten (§ 26) ist die Vorschrift des § 46 Abs. 3 erster Satz sinngemäß anzuwenden; die Feststellung der Gemeinnützigkeit sowie der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit der Einrichtungen einer privaten Krankenanstalt obliegt der Landesregierung;
- k) § 46 a auf gemeinnützige Krankenanstalten, hinsichtlich der Fälligkeit und Verzinsung der Kostenbeiträge § 54 Abs. 1 vorletzter und letzter Satz;
- l) der § 34 mit der Maßgabe, daß Krankenanstalten, deren Betrieb die Erzielung eines Gewinnes bezweckt, die Arzneimittel aus einer inländischen öffentlichen Apotheke zu beziehen haben.“

51. § 69 lautet:

„§ 69

(1) Die §§ 48 und 49 Abs. 4 treten gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 619/1988 und LGBl. für Wien Nr. 23/1988, außer Kraft.

(2) Mit dem Außerkrafttreten der im Abs. 1 genannten Vereinbarung treten die Bestimmungen der Anlage 2 in Kraft.“

52. § 70 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Bestimmungen des § 19 lit. b Z 1 sind für die Dauer der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 619/1988 und LGBl. für Wien Nr. 23/1988, oder der an deren Stelle tretenden Vereinbarungen nicht anzuwenden.“

**Artikel II**

(1) Bewilligungsbescheide von Krankenanstalten, die unter die Bestimmungen des § 5 a Abs. 2 fallen, sind zu ändern oder aufzuheben, wenn dies zur Einhaltung der nach der Verordnung gemäß § 5 a Abs. 4 festgesetzten Höchstgrenzen von systemisierten Betten erforderlich ist. Bei einer notwendigen Reduzierung der systemisierten Betten einer Krankenanstalt ist insbesondere auf die Altersstruktur, die Krankenhaushäufigkeit, die ärztliche Versorgungsdichte, die Verkehrsverbindungen, die berufliche Struktur und den Fremdenverkehr im Einzugsgebiet dieser Krankenanstalt Bedacht zu nehmen.

(2) Ist aus den Bewilligungsbescheiden von Krankenanstalten, die unter die Bestimmungen des § 5 a fallen, die Anzahl der systemisierten Betten nicht oder nicht eindeutig feststellbar, so sind diese von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die erteilten Bewilligungen und den diesen zugrundeliegenden Bestandteilen (wie zB Pläne der Krankenzimmer, Bettenverzeichnisse usw.) bescheidmäßig festzuhalten.

**Artikel III**

Die Anlage 2 der Kundmachung LGBl. für Wien Nr. 23/1987 lautet:

„§ 48

(1) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren sind in den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 36 Abs. 3 zweiter Halbsatz in voller Höhe zu entrichten. Diese Pflegegebühren sind sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 4 vH über der jeweiligen Bankrate zu entrichten.

(2) Das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührensätze — unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe — und allfälligen Sondergebühren (§ 45 Abs. 1) sowie die Dauer, für welche die

Pflegegebührenersätze zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des § 49 Abs. 1, wird durch privatrechtliche Verträge geregelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung. Pflegegebührenersätze und Sondergebühren sind binnen sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 4 vH über der jeweiligen Bankrate zu entrichten.

(3) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits aus einem gemäß Abs. 2 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet die Schiedskommission (§ 50). Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitparteien gestellt werden.

#### § 49

(4) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der

Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührenersätze, so sind diese so zu bestimmen, daß sie 80 vH der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse nicht übersteigen und 60 vH dieser Pflegegebühren nicht unterschreiten. Innerhalb dieses Rahmens sind die Pflegegebührenersätze unter Bedachtnahme darauf zu bestimmen, welche Einrichtungen und Ausstattungen die betreffende Krankenanstalt besitzt, welcher Kostenaufwand mit der Einstellung und dem Betrieb von besonders aufwendigen Einrichtungen verbunden ist und inwieweit die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger gegeben ist.“

#### Artikel IV

(1) § 49 Abs. 4 in der Fassung des Art. III tritt mit 1. Dezember 1977 in Kraft.

(2) Art. I Z 35 bis 37 treten mit 1. Jänner 1988 in Kraft.

(3) Art. I Z 23, 40 und 46 treten mit 1. Jänner 1990 in Kraft.

Der Landeshauptmann:

Zilk

Der Landesamtsdirektor:

Bandion