

Landesgesetzblatt für Wien

Jahrgang 1993

Ausgegeben am 2. März 1993

18. Stück

26. Gesetz: Wiener Krankenanstaltengesetz 1987; Änderung.

26.

Gesetz, 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. 701/1991, beschlossen:

Artikel I

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. für Wien Nr. 23/1987, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. für Wien Nr. 74/1990, wird wie folgt geändert:

1. § 5 a lautet:

„§ 5 a

(1) Das Land Wien hat auf eine Verringerung der Zahl der Akutbetten, ausgenommen die Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, in folgenden Krankenanstalten zu achten:

- 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) Zu den Akutbetten zählen solche Betten nicht, die als Funktionsbetten oder als Betten für Begleitpersonen vorgesehen sind. Funktionsbetten sind jedenfalls Dialysebetten, postoperative Aufwachbetten oder Betten, die für ambulante Patienten oder vorübergehend für andere Patienten zur Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen verwendet werden.

(3) Mit der Verringerung der Zahl der Akutbetten ist auch auf einen entsprechenden Abbau der tatsächlich aufgestellten Akutbetten sowie der personellen und apparativen Kapazitäten zu achten.

(4) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben jährlich bis zum 31. März für das vorhergehende Jahr die Anzahl der stationären Aufnahmen und die Anzahl der Pflégetage 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.“

1 a. In § 6 Abs. 1 lit. d ist der Klammerausdruck „(§ 12 Abs. 5)“ durch „(§ 12 Abs. 4)“ zu ersetzen.

2. Nach § 7 ist folgender § 7 a einzufügen:

„§ 7 a

Sollte sich nach Erteilung einer Bewilligung nach den §§ 4 bis 7 herausstellen, daß medizinische Geräte oder technische Einrichtungen der Krankenanstalt den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften nicht entsprechen, ist die Verschreibung weiterer Auflagen zulässig, die zur Erfüllung dieser Vorschriften erforderlich sind; dabei ist mit möglicher Schonung erworbener Rechte vorzugehen.“

3. § 10 Abs. 1 lautet:

„(1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat – unter besonderer Rücksichtnahme auf die den Patienten zustehenden Rechte (Patientenrechte) – jedenfalls zu enthalten:

- a) Die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in allgemeine Gebührenklasse und Sonderklasse, die Gliederung in Abteilungen und Departments (Unterabteilungen) und die Bezeichnung der Bereiche für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung;
- b) Angaben über ihre Organisation, die Person ihres Rechtsträgers, die wesentlichen Rechtsverhältnisse und ihre Vertretung nach außen;
- c) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform Patienten nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen werden;
- d) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen;
- e) Bestimmungen über die Qualitätssicherung der Leistungen der Krankenanstalt und über die dafür erforderlichen organisatorischen Einrichtungen;
- f) die Voraussetzungen für die Aufnahme und die Entlassung der Patienten, den Vorgang bei der Aufnahme, Entlassung und im Todesfall,

- die Dokumentation über die Gründe der Ablehnung der Aufnahme von Patienten;
- g) Richtlinien für den Aufenthalt von Patienten, Begleitpersonen und Besuchern.“

4. Nach § 11 ist folgender § 11 a einzufügen:

„§ 11 a

Spitalsausschuß

(1) In einer Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen – ausgenommen Universitätskliniken – kann ein Spitalsausschuß eingerichtet werden, der in wichtigen innerbetrieblichen Angelegenheiten zu hören ist. Wichtige innerbetriebliche Angelegenheiten sind jedenfalls die Besetzung leitender Posten, die Budgetgestaltung sowie bauliche oder strukturelle Änderungen.

(2) Der Spitalsausschuß besteht aus der kollegialen Führung (§ 11), mindestens drei Vertretern der betrieblichen Interessenvertretung und mindestens fünf gewählten Vertretern der in der Krankenanstalt tätigen Berufsgruppen, die nach dem Grundsatz der Verhältniswahl zu wählen sind.

(3) Die Funktionsdauer für die gewählten Mitglieder des Spitalsausschusses beträgt mindestens zwei Jahre und höchstens fünf Jahre.

(4) Die erste Einberufung des Spitalsausschusses erfolgt durch den Rechtsträger der Krankenanstalt.

(5) Der Spitalsausschuß hat sich eine Geschäftsordnung zu geben.

(6) Durch die Tätigkeit des Spitalsausschusses werden die Rechte der betrieblichen Interessenvertretung nicht eingeschränkt.“

5. § 12 lautet:

„§ 12

Ärztlicher Dienst

(1) Der ärztliche Dienst darf nur von Ärzten versehen werden, die zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind.

(2) Zur Führung von Abteilungen und Departments (Unterabteilungen) für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen sind Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn ein solches nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte zu bestellen, die zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet sind.

(3) Als Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben ist ein Arzt zu bestellen, der zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist (ärztlicher Leiter). Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt.

(4) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur ist außer bei Stellen, die auf

Grund der einschlägigen Hochschulvorschriften besetzt werden, von der Landesregierung zu genehmigen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die vorgesehenen Ärzte den gesetzlichen Voraussetzungen entsprechen. Diese Genehmigung ist, sofern sie nicht im Rahmen der Bewilligung zum Betrieb der Krankenanstalt erfolgt, vor Dienstantritt zu erteilen.

(5) Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muß er durch einen geeigneten Arzt vertreten werden, der der Landesregierung anzuzeigen ist.

(6) Für Genesungsheime und für Pflegeanstalten für chronisch Kranke kann die Landesregierung bewilligen, daß von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand genommen wird, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist.

(7) Die Landesregierung hat eine Genehmigung nach Abs. 4 zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen dafür weggefallen sind, wenn sich nachträglich herausstellt, daß die Voraussetzungen nicht gegeben waren, oder wenn die betreffenden Ärzte schwerwiegend oder wiederholt gegen ihre Pflichten verstoßen haben.“

6. Nach § 13 ist folgender § 13 a einzufügen:

„§ 13 a

(1) In Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt – ausgenommen Universitätskliniken – ist auf je 15 Betten, die am 31. Dezember des Vorjahres systemisiert waren, mindestens ein zum praktischen Arzt auszubildender Arzt zu beschäftigen.

(2) Ausbildungsstätten nach Abs. 1 sind allgemeine Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind, und Sonderkrankenanstalten für jene Gebiete, für die sie nach § 4 Abs. 2 des Ärztegesetzes 1984 als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind.

(3) Zwei oder mehrere Krankenanstalten eines Rechtsträgers, die als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind, sind für die Berechnung der nach Abs. 1 zu beschäftigenden Ärzte als Einheit zu betrachten.

(4) Zu den systemisierten Betten zählen solche Betten nicht, die als Funktionsbetten oder als Betten für Begleitpersonen vorgesehen sind. Funktionsbetten sind jedenfalls Dialysebetten, postoperative Aufwachtbetten oder Betten, die für ambulante Patienten oder vorübergehend für andere Patienten zur Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen verwendet werden.

(5) Auf die Zahl der nach Abs. 1 zu beschäftigenden Ärzte können in Ausbildung zum Facharzt stehende Ärzte angerechnet werden, wenn sie auf Ausbildungsstellen beschäftigt werden, die wegen des dringenden Bedarfes an Fachärzten der betreffenden Sonderfächer nach dem 31. Dezember 1987 geschaffen werden; diese Sonderfächer sind von der Landesregierung durch Verordnung zu bestimmen.

Ärzte, die in Ausbildung zum Facharzt eines solchen Sonderfaches stehen, können auch während der Absolvierung der Ausbildung in den einschlägigen Nebenfächern entsprechend angerechnet werden.

(6) Die Rechtsträger der in Abs. 2 genannten Krankenanstalten haben die in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte und die nach Abs. 5 in Ausbildung zum Facharzt anzurechnenden Ärzte halbjährlich der Landesregierung unter Angabe des Namens und des Geburtsdatums zu melden.“

7. § 14 lautet:

„§ 14

(1) Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt zur Wahrung der Belange der Hygiene (Krankenhaushygieniker) zu bestellen.

(2) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers zumindest eine qualifizierte diplomierte Krankenpflegeperson als Hygienefachkraft zu bestellen.

(3) An allen bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygiene-Team zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker und die Hygienefachkraft bzw. Hygienefachkräfte angehören. Zu den Aufgaben des Hygiene-Teams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen und der Gesunderhaltung dienen. Es ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern beizuziehen, durch die eine Gefahr von Infektionen besteht.“

8. Nach § 15 a ist folgender § 15 b einzufügen:

„§ 15 b

Qualitätssicherung

Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für die Sicherung der Qualität der Leistungen der Krankenanstalten vorzusorgen. Dazu sind organisatorische Einrichtungen zu schaffen, die den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Leistungsqualität ermöglichen.“

9. Im § 17 Abs. 1 wird der Punkt am Ende von lit. d durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende lit. e wird angefügt:

„e) über Maßnahmen der Pflege und deren Verlauf eigene Dokumentationsblätter zu führen und der Krankengeschichte beizulegen.“

10. § 17 Abs. 2, 3. und 4. Satz lauten:

„Die Krankengeschichten (Abs. 1 lit. a bis e) sind während der Behandlung so zu verwahren, daß sie von unbefugten Personen nicht eingesehen werden können. Krankengeschichten sind nach ihrem Ab-

schluß von der Krankenanstalt mindestens 30 Jahre, von einem Ambulatorium mindestens 10 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen oder in gleichwertiger Weise in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren.“

11. Nach § 17 ist folgender § 17 a einzufügen:

„§ 17 a

Sicherung der Patientenrechte

(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat vorzusorgen, daß die Rechte der Patienten in der Krankenanstalt beachtet werden und daß den Patienten die Wahrnehmung ihrer Rechte in der Krankenanstalt ermöglicht wird.

(2) Dies betrifft insbesondere folgende Patientenrechte:

- a) Recht auf rücksichtsvolle Behandlung;
- b) Recht auf Wahrung der Privatsphäre;
- c) Recht auf Vertraulichkeit;
- d) Recht auf fachgerechte und möglichst schmerzarme Behandlung und Pflege;
- e) Recht auf umfassende Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken;
- f) Recht auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung;
- g) Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer Kopie;
- h) Recht auf Kontakte mit den Angehörigen;
- i) Recht auf religiöse Betreuung;
- j) Recht auf vorzeitige Entlassung;
- k) Recht auf Ausstellung eines Arztbriefes;
- l) Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden;
- m) Recht auf Sterbebegleitung.

(3) Die Organisations- und Behandlungsabläufe in der Krankenanstalt sind nach den Bedürfnissen der Patienten auszurichten.

(4) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat dafür zu sorgen, daß die Patienten über ihre Rechte und deren Durchsetzung in der Krankenanstalt schriftlich informiert werden.

(5) In jeder Krankenanstalt ist den Patienten eine Person oder Stelle bekanntzugeben, die ihnen für Informationen, Anregungen oder Beschwerden zur Verfügung steht.

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Patienten über die Wiener Patientenanzwtschaft zu informieren.“

12. § 18 Abs. 1 lautet:

„(1) Jede Krankenanstalt muß über das erforderliche Verwaltungspersonal verfügen. Für eine Krankenanstalt mit nicht mehr als 800 Betten ist eine Person als Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen, die auf dem Gebiet der Betriebsführung besonders ausgebildet und erfahren ist sowie zur Leitung

(Organisation, Personalführung) geeignet ist. Für eine Krankenanstalt mit mehr als 800 Betten ist jeweils eine nach den gleichen Gesichtspunkten geeignete Person als Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten sowie als Leiter der technischen Angelegenheiten zu bestellen. Für Ausbildung und Fortbildung des Verwaltungspersonals ist vorzuzorgen.“

13. § 22 Abs. 1 lautet:

„(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine diplomierte Krankenpflegeperson, die zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist, als Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung muß sie von einer geeigneten diplomierten Krankenpflegeperson vertreten werden.“

14. § 35 Abs. 1, erster Satz lautet:

„(1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, ein Department (Unterabteilung), eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als ständige Konsiliarärzte bestellt werden sollen, sowie die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapothekes betraut werden sollen, sind im Amtsblatt der Stadt Wien auszu-schreiben.“

15. § 35 Abs. 3 lautet:

„(3) Dem Bewerbungsgesuch sind folgende Unterlagen anzuschließen:

- a) Nachweis des Alters,
- b) Nachweis der Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes oder des Apothekerberufes,
- c) Nachweis der fachlichen Qualifikation oder der Facharzt-Eigenschaft,
- d) Nachweis über eine spezielle Ausbildung für Organisation und Personalführung (Managementausbildung),
- e) ein Lebenslauf,
- f) ein amtsärztliches Gesundheitszeugnis und eine Strafregisterbescheinigung, wenn der Bewerber nicht im öffentlichen Dienst steht.

Für Personen, die sich um eine Stelle als ständiger Konsiliararzt bewerben, entfällt der Nachweis nach lit. d.“

16. § 37 Abs. 2 lautet:

„(2) Im übrigen sind Begleitpersonen aufzunehmen, wenn dies räumlich möglich ist.“

17. § 38 Abs. 5 lautet:

„(5) Kann ein zu entlassender Patient sich nicht selbst versorgen und ist auch keine andere Betreuung sichergestellt, ist mit dem Sozialhilfeträger rechtzeitig vor der Entlassung Kontakt aufzunehmen.“

18. § 48 lautet:

„§ 48

(1) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrich-

tenden Pflegegebühren sind in den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 36 Abs. 3, 2. 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 (Hauptverband) 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. 700/1991, zuschlußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Pflergetag 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 Pflergetage 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

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 sind vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses abzuziehen:

1. die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung gemäß § 51 b ASVG, § 27 a GSVG, § 24 a BSVG und § 20 a B-KUVG;
2. jene Beträge, die die Krankenversicherungsträger gemäß § 447 f Abs. 2 Z 1 und 2 ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten bereitstellen;
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. 4 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.

(6) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem 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 Beträge. 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 Pflegegebührenersätze ab nachfolgendem 1. Jänner maßgeblich ist. Die neuen Pflegegebührenersätze sind auf volle Schilling zu runden. Den Rechtsträgern der Krankenanstalten sind die erhöhten Pflegegebührenersätze 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 Nachzahlen 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.

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

(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 Streitparteien gestellt werden.“

19. § 49 Abs. 4 bis 6 lauten:

„(4) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze 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 1990 noch keine Verträge über das Ausmaß der zu entrichtenden Pflegegebührenersätze bestehen, sind die zu entrichtenden Pflegegebührenersätze 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 wieweit die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger gegeben ist.

(5) Entscheidungen der Landesregierung gemäß § 46 Abs. 3 über die Gleichartigkeit oder annähernde Gleichwertigkeit dürfen von der Schiedskommission nicht berücksichtigt werden, wenn die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit

1. Krankenanstalten betrifft, die nach der Verordnung gemäß § 5 a Abs. 1 nicht ausdrücklich als gleichartig oder annähernd gleichwertig bezeichnet sind, oder
2. Krankenanstalten betrifft, deren Ausstattung hinsichtlich der Zahl der Abteilungen, der Bettenzahl, des Personalstandes oder der medizinisch-technischen Geräte wesentliche Unterschiede aufweist.

(6) In den Fällen des Abs. 5 hat die Schiedskommission nach den von ihr angenommenen sachlichen Kriterien zu entscheiden.“

20. Der bisherige Abs. 5 des § 49 ist als Abs. 7 zu bezeichnen.

21. § 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.“

22. § 69 lautet:

„§ 69

(1) Die §§ 48 und 49 Abs. 4 bis 6 treten gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 außer Kraft.

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

23. § 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 für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 oder der an deren Stelle tretenden Vereinbarungen nicht anzuwenden.“

Artikel II

(1) Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes tritt das Gesetz über die Anzahl der in Krankenanstalten in Wien in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte, LGBl. Nr. 26/1990, außer Kraft.

(2) Art. II des Gesetzes, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 geändert wird, LGBl. für Wien Nr. 40/1989, wird aufgehoben.

Artikel III

Die Bestimmungen der §§ 51 a und 56 Abs. 3 Wr. KAG sind in der Zeit vom 1. Jänner 1991 bis 31. Dezember 1994 nicht anzuwenden.

Artikel IV

(1) Art. I Z 1, 18, 19, 20, 23, Art. II Abs. 2 und Art. III treten mit 1. Jänner 1991 in Kraft.

(2) Die übrigen Bestimmungen treten mit 1. Jänner 1993 in Kraft.

Der Landeshauptmann:
Zilk

Der Landesamtsdirektor:
Bandion