Beilage 1005/1997 zum kurzschriftlichen Bericht des o.ö. Landtages, XXIV. Gesetzgebungsperiode

N:\VERF\VERFASSU\ABKAG97V.WPD

B e r i c h t

**des Ausschusses für öffentliche Wohlfahrt
betreffend das
Landesgesetz, mit dem das O.ö. Krankenanstaltengesetz
1976 geändert wird
(O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1997)**

/Landtagsdirektion: L-234/50-XXIV/

A. Allgemeiner Teil

I. Anlaß und Inhalt dieses Landesgesetzes:

1. 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 auf Grund der fehlenden Leistungsorientierung den an ein zeitgemäßes Finanzierungssystem gestellten Anforderungen nicht mehr entspricht.

2. 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.

3. Bund und Länder haben sich am 29. März 1996 auf eine grundlegende Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung geeinigt, die ab 1. Jänner 1997 in Kraft treten soll (**Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG** über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000).

4. In Ausführung dieser Vereinbarung hat der Bund
   - die Grundsatzbestimmungen des Bundes-Krankenanstaltengesetzes durch die **KAG-Novelle 1996**, BGBl.Nr. 751, und
   - die Grundsatzbestimmungen über die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern der Krankenanstalten in den Sozialversicherungsgesetzen (insbesondere §§ 148 und 149 Abs. 2 ASVG) durch das **2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996**, BGBl.Nr. 764,

   geändert.

5. Mit der vorliegenden O.ö. KAG-Novelle 1997 sollen die genannten Grundsatzbestimmungen und die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ausgeführt werden.
Die vorliegende Novelle enthält daher im wesentlichen folgende **Neuerungen**:

- Berücksichtigung der Einrichtung des **O.ö. Krankenanstaltenfonds**:

  Zur Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung kamen die Vertragsparteien der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG überein, Landesfonds mit einer weitreichenden Gestaltungsfreiheit auszustatten. Die Einrichtung des O.ö. Krankenanstaltenfonds in Oberösterreich erfolgt durch ein eigenes Landesgesetz (O.ö. Krankenanstaltenfonds-Gesetz).

- Abgeltung der Leistungen der Fondskrankenanstalten an stationären und ambulanten sozialversicherten Patienten über den O.ö. Krankenanstaltenfonds:

  Die Abgeltung durch den O.ö. Krankenanstaltenfonds bringt eine tiefgreifende Strukturänderung:

  Derzeit werden die Leistungen der Krankenanstalten wie folgt abgegolten:

  a) Die Pflege- und Ambulanzgebührenersätze leisten die Sozialversicherungsträger direkt an die Krankenanstalten.
  b) Betriebs- und Investitionszuschüsse werden vom KRAZAF an die Krankenanstalten überwiesen.
  c) Die Deckung des durch die Einnahmen gemäß a) und b) nicht gedeckten Abganges erfolgt im Wege der Betriebsabgangsdeckung durch das Land unter Mitfinanzierung der Gemeinden.

  Künftig erfolgt die Abgeltung wie folgt:
  Die Sozialversicherungsträger (und der frühere KRAZAF) leisten keine Direktzahlungen mehr an die Krankenanstalten, sondern leisten die Beiträge gemäß lit. a und b in der Höhe des Jahres 1994 (plus Valorisierung, plus S 3 Mrd. mehr Bundesmittel) an die einzelnen Landesfonds. Dies gilt für die Jahre 1997 bis 2000.

Die Krankenanstalten erhalten künftig nur mehr vom O.ö. Krankenanstaltenfonds eine Abgeltung für ihre an sozialversicherten Patienten erbrachten Leistungen. Der O.ö. Krankenanstaltenfonds übernimmt so im Namen der Träger der Sozialversicherung die Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung durch die Fondskrankenanstalten einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen.
Die bisherige Regelung der Abgangsdeckung (lit. c) soll zumindest für 1997 in der bisherigen Form beibehalten werden, um den Krankenanstalten vorerst den Übergang auf das neue Finanzierungssystem zu erleichtern.
Der vom O.ö. Krankenanstaltenfonds zu leistende LKF-Gebührenersatz wird nicht kostendeckend sein können, weil die Dotierung des O.ö. Krankenanstaltenfonds nicht ausschließlich nach erbrachten Leistungen (LDF-Punkte), sondern auch nach anderen nicht leistungsbezogenen Kriterien (wie KRAZAF-Verteilung 1978, Volkszahl) erfolgt. Weiters bleibt eine Steigerung der Leistungsmengen bei Dotierung des Fonds unberücksichtigt, ebenso eine Leistungssteigerung auf Grund des medizinischen Fortschritts.

- Verpflichtung der Krankenanstalten, auch Organen von Landesfonds die Einsichtnahme in Krankengeschichten zu ermöglichen;

- Regelung der Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden (Fondskrankenanstalten);

- Regelung der Beziehungen der Fondskrankenanstalten zu den Trägern der Krankenfürsorgeeinrichtungen und den Trägern der Sozialhilfe;

- Regelung der Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den privaten Krankenanstalten, die nicht unter die genannte Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG fallen;

- Übereinstimmung des O.ö. Krankenanstaltenplanes und des O.ö. Großgeräteplanes mit dem Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich Großgeräteplan;

- Übereinstimmung mit dem O.ö. Krankenanstaltenplan als weitere Voraussetzung für die Erteilung einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung für Krankenanstalten, die auf Grund der genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG finanziert werden (Fondskrankenanstalten) bzw. finanziert werden sollen;

- Übereinstimmung mit dem O.ö. Krankenanstaltenplan als Voraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes;

- Übereinstimmung mit dem O.ö. Krankenanstaltenplan als Voraussetzung für die Zulässigkeit von Angliederungsverträgen;

- Regelung der Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung;

- Definition der Tages- und Nachtklinik sowie des halbstationären Bereiches;

- Regelung der Facharztanwesenheit und der Rufbereitschaft.

II. Kompetenzgrundlage:

In den Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten obliegt nach Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG dem Bund die Gesetzgebung über die Grundsätze, den Ländern die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung.

Das Grundsatzgesetz des Bundes ist das Krankenanstaltengesetz, BGBl.Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz, BGBl.Nr. 751/1996; die vom Land zu erlassenden Ausführungsbestimmungen enthält das O.ö. Krankenanstaltengesetz 1976. Grundsatzbestimmungen sind ferner in den Sozialversicherungsgesetzen des Bundes enthalten.

III. Finanzielle Auswirkungen:

Die Bestimmungen dieser Novelle verlagern das finanzielle Gewicht der Krankenanstaltenfinanzierung zu den Ländern. Insbesondere wird die Umsetzung der genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG auf Landesebene folgende finanzielle Auswirkungen nach sich ziehen:

1. Administrativer Mehraufwand:

Die Wahrnehmung der Aufgaben des O.ö. Krankenanstaltenfonds einschließlich der Sicherstellung der Datenqualität durch das Amt der Landesregierung wird einen erhöhten Personal- und Sachaufwand bewirken (vgl. die Erläuterungen zum O.ö. Krankenanstaltenfonds-Gesetz).
Die Vergrößerung der Schiedskommission wird erhöhte Kosten nach sich ziehen (Entschädigung, Reisegebühren).

2. Auswirkungen der Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung:

Die Sozialversicherungen und der Bund haben ihre Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung bis einschließlich zum Jahr 2000 gedeckelt. Allfällige Mehrkosten werden vom Land, von den Gemeinden bzw. von den Rechtsträgern der Krankenanstalten (z.B. Kosten durch das neue Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, Kosten durch neue auf Grund des medizinischen Fortschritts resultierende Leistungen, Kosten durch Steigerung der Leistungsmengen seit 1994, vor allem in den Spitalsambulanzen - die Sozialversicherung hat ihre Leistungsmengen mit 1994 limitiert) zu tragen sein.

Wie hoch der finanzielle Aufwand für das Land sein wird bzw. ob Einsparungen zu erzielen sein werden, kann derzeit noch nicht beurteilt werden, weil zum neu gestalteten Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung noch keine Erfahrungen oder Vergleichsmöglichkeiten vorliegen. Eine Beurteilung kann erst nach Anlaufen dieses Modells erfolgen.

Schließlich ist darauf zu verweisen, daß der Landesgesetzgeber auf Grund der genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG und des vorliegenden Bundesgrundsatzgesetzes zur Erlassung dieses Ausführungsgesetzes verpflichtet ist und keine Möglichkeit besteht, entstehende zusätzliche Vollzugskosten zu vermeiden.

IV. EU-Konformität:

Diesem Landesgesetz stehen keine Rechtsvorschriften des EWR oder der EU entgegen.

B. Besonderer Teil

Zu Art. I

Zu Z. 1 (§ 1 Abs. 5):

Im Zusammenhang mit der Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung häufig verwendete Begriffe sollen bereits am Beginn des Gesetzestextes definiert werden.

Unter Fondskrankenanstalten (lit. b) sind diejenigen Krankenanstalten zu verstehen, die über die Landesfonds finanziert werden. Nach Art. 2 der genannten Vereinbarung sind dies

1. öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und
2. private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z. 1 des Krankenanstaltengesetzes bezeichneten Art, die gemäß § 16 des Krankenanstaltengesetzes gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind,

soweit diese Krankenanstalten am 31. Dezember 1996 ein Recht auf Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds hatten.

In Oberösterreich bestehen keine der in Z. 2 angeführten Krankenanstalten, sodaß unter Fondskrankenanstalten in Oberösterreich nur öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten gemäß Z. 1 fallen.

Zu Z. 2 und 3 (§ 2a Abs. 1 lit. a und Abs. 3 u. 4):

In Standardkrankenanstalten mußten bisher bettenführende Abteilungen für Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Kinderheilkunde eingerichtet werden. Die Verpflichtung zum Betrieb der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde entfällt.

Zu Z. 4 und 5 (§ 3 Abs. 2 und § 3a Abs. 1 lit. g):

Jene Rechtsträger von Krankenanstalten, die für die Errichtung Mittel auf Grund der genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG in Anspruch nehmen wollen, müssen dies im Ansuchen bekanntgeben. In diesem Fall wird als weitere Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung festgelegt, daß das Vorhaben dem O.ö. Krankenanstaltenplan und dem O.ö. Großgeräteplan nicht widersprechen darf. Diese zusätzliche Bewilligungsvoraussetzung soll ein optimales Kapazitäts- und Leistungsangebot sicherstellen und regionale Überkapazitäten verhindern.

Zu Z. 6 (§ 4 Abs. 2 lit. a):

Aus den gleichen Überlegungen wie zu Z. 3 und 4 müssen auch bei der Betriebsbewilligung die Vorgaben des O.ö. Krankenanstaltenplanes und des O.ö. Großgeräteplanes erfüllt sein.

Zu Z. 7 (§ 7 Abs. 2 lit. c):

Die Anstaltsordnung muß festlegen, ob neben der herkömmlichen Betriebsform auch Leistungen im Rahmen einer Tagesklinik, einer Nachtklinik oder im halbstationären Bereich erbracht werden sollen. Diese im § 7 Abs. 2 lit. c definierten Leistungen werden nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung als Leistungen im stationären Bereich abgerechnet. Bei der halbstationären Aufnahme werden Patienten längerfristig nur während des Tages oder nur während der Nacht betreut; in der Tagesklinik erfolgt die Aufnahme einmalig über Tag, in der Nachtklinik einmalig über Nacht.

Zu Z. 8 (§ 7b):

Nach § 7c Abs. 3 sind die Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder in Ausübung ihrer Tätigkeit in der Patientenvertretung weisungsfrei. Zur Sicherstellung dieser Weisungsfreiheit soll es künftig auch nicht mehr möglich sein, daß die Landesregierung einen Geschäftsfall der Patientenvertretung an sich zieht.

Zu Z. 9 (§ 7c):

Das bisherige Erfordernis, daß der namhaft gemachte Arzt gerichtlich beeideter Sachverständiger sein muß, soll entfallen, da der Kreis der als Mitglied der Patientenvertretung in Frage kommenden Ärzte erweitert werden soll.

Zu Z. 10 (§ 9):

Der ärztliche Dienst in Krankenanstalten muß so eingerichtet sein, daß ärztliche Hilfe jederzeit sofort erreichbar ist. Der ärztliche Dienst darf nur von Ärzten versehen werden, die nach den Bestimmungen des Ärztegesetzes dazu berechtigt sind. Sind nun, wie im § 2 Abs. 3 des Ärztegesetzes 1984 ausdrücklich festgelegt, Turnusärzte bloß zur unselbständigen Ausübung ärztlicher Tätigkeiten unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt, so führen diese Bestimmungen zu dem Ergebnis, daß in Krankenanstalten eine permanente Anwesenheit von zumindest einem Facharzt des jeweiligen Sonderfaches gegeben sein muß und eine "Herbeiholung" von Fachärzten von auswärts etwa durch Funk 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).

An dieser Rechtslage wurde seit mehreren Jahren wiederholt Kritik geübt, weil eine Reihe von Sonderfächern keine permanente Anwesenheit eines Facharztes während Wochenend- und Feiertagsdiensten oder in den Nachtstunden in einer Krankenanstalt erfordere und weil es vielmehr ausreiche, wenn in einem angemessenen zeitlichen Intervall ein in Rufbereitschaft

befindlicher Facharzt in der Krankenanstalt eintrifft. Diese Rechtssituation, die ohne Differenzierung generell eine Facharztpräsenz in der Krankenanstalt gebietet, führe daher entweder zu höheren Personalkosten, als dies nach sachlichen Gesichtspunkten notwendig wäre, oder zu wiederholten Verstößen gegen die Rechtsordnung.

Dieser Kritik hat der Bund als Grundsatzgesetzgeber Rechnung getragen und in der Krankenanstaltengesetz-Novelle 1996 die Vorschriften über die Organisation des ärztlichen Dienstes in Krankenanstalten abgeändert. Ausdrücklich darauf hingewiesen sei, daß es sich bei der "Rufbereitschaftsregelung" nur um eine Ausnahmeregelung für den Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst handelt und durch die Formulierung "in der übrigen Zeit" (vgl. Abs. 1 lit. c und d, jeweils letzter Satz) ersichtlich ist, daß während der üblichen Tagesarbeitszeit werktags in Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten in allen bestehenden Abteilungen und Organisationseinheiten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Krankenanstalt anwesend sein müssen.

In **Zentralkrankenanstalten**, die an der Spitze der Versorgungshierarchie stehen, ist weiterhin eine ständige Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer erforderlich (Abs. 1 lit. b).

Der im Grundsatzgesetz vorgesehene Mindeststandard für Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten wird für die oberösterreichischen Krankenanstalten im Sinn einer Anhebung und Sicherung der Versorgungsqualität sowie einer praxisgerechten Lösung durch zusätzliche Erfordernisse ergänzt. Dabei wurde bei Festlegung der Standards für den ärztlichen Dienst von folgenden Überlegungen ausgegangen:

In **Schwerpunktkrankenanstalten** ist in bestimmten Abteilungen und Organisationseinheiten ebenfalls eine Dauerfacharztpräsenz rund um die Uhr erforderlich. Die ständige Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie wird dann erforderlich sein, wenn eine bewilligte neurologische Intensivbehandlungseinheit besteht, weil in dieser die Patienten einer besonderen Therapie und Überwachung bedürfen. Die Anführung der Abteilungen für Psychiatrie mit geschlossenen Bereichen (§ 51b O.ö. KAG) ergibt sich insbesondere aus den Bestimmungen des Unterbringungsgesetzes, das eine "unverzügliche" fachärztliche Untersuchung eines potentiell (zwangs-

weise) Unterzubringenden fordert (§ 10 Unterbringungsgesetz). In den nicht explizit angeführten Abteilungen und Organisationseinheiten von Schwerpunktkrankenanstalten kann im Nachtdienst und vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst der ärztliche Dienst ohne ständige Anwesenheit von Fachärzten der einschlägigen Sonderfächer organisiert sein, wenn für sie eine Rufbereitschaft eingerichtet ist. Das Wort "vorübergehend" im Zusammenhang mit dem Wochenend- und Feiertagsdienst soll sicherstellen, daß in der Zeit von Freitag abend bis Montag früh Fachärzte zumindest für Visiten die Abteilung aufsuchen. Dies ist im Interesse der Patienten erforderlich (Abs. 1 lit. c).

In **Standardkrankenanstalten** ist im Nachtdienst und Wochenend- und Feiertagsdienst die notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt ständig anwesenden Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin oder für Innere Medizin **sowie** durch einen Facharzt für Chirurgie oder Unfallchirurgie sicherzustellen. Anästhesist und Internist sind durch ihre Fachkenntnisse in erster Linie für die Erhaltung der lebensnotwendigen Funktionen (Atmung, Herz-Kreislauf, Stoffwechselfunktion) und die Einleitung erster Sofortmaßnahmen prädestiniert. Die genannten Fachärzte sind auch gemäß § 13 Abs. 2 der Ärztegesetz-Novelle, BGBl.Nr. 752/1996, berechtigt - sofern sie eine Fortbildung gemäß § 15a Ärztegesetz absolviert haben - fachüberschreitend tätig zu werden, wenn erste ärztliche Sofortmaßnahmen dies erfordern.

Zur fachspezifischen Betreuung der Patienten sind die nicht mit einem Facharzt besetzten oben angeführten Abteilungen sowie Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe während der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen zumindest mit einem in Ausbildung zum betreffenden Sonderfach stehenden Arzt mit entsprechendem Ausbildungsstand zu besetzen. Es ist davon auszugehen, daß die Kenntnisse und Fertigkeiten, die ein Turnusarzt besitzen muß, um vorübergehend ohne Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes tätig zu werden, erst nach erfolgreicher Vermittlung der einschlägigen Inhalte der Ärzte-Ausbildungsordnung erworben sein können. Die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten werden im Regelfall erst dann gegeben sein, wenn bereits zumindest eine zweijährige Ausbildung absolviert wurde. Der vom Ausbildungsverantwortlichen bestätigte ausreichende Ausbildungsstand wird im Rahmen der Diensteinteilung zu berücksichtigen sein.

Die gesetzlichen Regelungen für Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten stellen einen Mindeststandard für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste dar. Eine den regionalen Gegebenheiten angepaßte darüber hinausgehende ärztliche Besetzung kann durch den ärztlichen Direktor jeder Krankenanstalt festgelegt werden.

Ausdrücklich wird darauf verwiesen, daß auch Umstände des Einzelfalles (Zustand des Patienten) und äußere Umstände (z.B. auch Wetterlage) die Inanspruchnahme der Rufbereitschaft ausschließen. Auch bleibt die Pflicht des Rechtsträgers der Krankenanstalten, die nach dem O.ö. KAG 1976 (§ 9 Abs. 3) und aus dem Behandlungsvertrag geschuldete Leistung auf dem Stand der medizinischen Wissenschaft zu erbringen ("Grundsätze und anerkannte Methoden der medizinischen Wissenschaft"), durch die Einführung der Rufbereitschaft unberührt. Unberührt bleiben auch die zivil- und strafrechtlichen Sorgfaltspflichten. Das bedeutet, daß insbesondere aus medizinischen Gründen Rufbereitschaft nicht in Anspruch genommen werden darf, wenn das Patientenwohl dem entgegensteht.

Die für die neue Organisationsform erforderlichen Änderungen des Ärztegesetzes wurden mit der Novelle, BGBl.Nr. 752/1996, durchgeführt, in der die Möglichkeit einer vorübergehenden Tätigkeit von Turnusärzten in Krankenanstalten ohne Präsenz eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes ausdrücklich für zulässig erklärt wird, wenn die Turnusärzte über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen.

Für Sonderkrankenanstalten ergibt sich hinsichtlich der Organisation des ärztlichen Dienstes keine Änderung der bisherigen Rechtslage.

Die dauernde ärztliche Anwesenheit in selbständigen Ambulatorien für physikalische Medizin kann nur dann eingeschränkt werden,

- wenn keine Turnusärzte ausgebildet werden und
- wenn in dem Ambulatorium die dauernde Anwesenheit von zumindest einem(r) diplomierten Physiotherapeuten(in) gegeben ist. Gemäß den Bestimmungen des MTD-Gesetzes haben diplomierte Physiotherapeuten auf Grund der Diagnose des Arztes die anzuwendende physiotherapeutische Behandlung eigenverantwortlich durchzuführen.

Die regelmäßige tägliche ärztliche Anwesenheit ist so zu organisieren, daß der Arzt zumindest 60 % der täglichen Betriebszeit anwesend ist. Diese Anwesenheit wird deshalb nötig sein, da der Arzt auch die Untersuchung der zugewiesenen Patienten mit Überprüfung der ärztlichen Verordnung und der Indikation sowie allenfalls auftretende Kontraindikationen vorzunehmen hat. Weiters sind Verlaufskontrollen während der Therapie sowie die Abschlußuntersuchung durch den Arzt durchzuführen. Diese ärztlichen Untersuchungen sind notwendig, um den Kriterien der Qualitätssicherung zu entsprechen (Abs. 1 lit. e).

Korrespondierend zu den Bestimmungen des Ärztegesetzes über die Ausbildung der Turnusärzte und die Fortbildungsverpflichtung sollen die Träger von Krankenanstalten verpflichtet werden, durch die Organisation des ärztlichen Dienstes sicherzustellen, daß

- den Ärzten Gelegenheit geboten wird, der Fortbildungsverpflichtung nachzukommen und
- in anerkannten Ausbildungsstätten die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist (Abs. 1 lit. f und g).

Abs. 2 soll sicherstellen, daß bei der Festlegung der Anwesenheitsdienste auf die spezifische Situation in bestimmten Krankenanstalten eingegangen werden kann.

Zu Abs. 4 wird darauf hingewiesen, daß bei Minderjährigen auch die Obsorgeregelungen des ABGB (§§ 176ff) zu beachten sind. Erforderlichenfalls ist anstelle der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters die ersatzweise Einwilligung des Pflegschaftsgerichts einzuholen.

Zu Z. 11 (§ 11 Abs. 1 lit. b sublit. ee):

Es handelt sich um eine legistische Berichtigung.

Zu Z. 12 (§ 11 Abs. 6 lit. b):

Die bisherigen Möglichkeiten zur Ausfolgung von Abschriften von Krankengeschichten und von ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand des Patienten werden erweitert: Zusätzlich zu den nach der bisherigen Rechtslage Berechtigten können künftig auch Organe des O.ö. Krankenanstaltenfonds sowie von diesem beauftragte Sachverständige die kostenlose

Ausfolgung von Abschriften verlangen. Dieses Informationsrecht soll stichprobenweise Kontrollen des O.ö. Krankenanstaltenfonds ermöglichen. Grundsätzlich ist dabei zur Sicherstellung der Interessen des betroffenen Patienten an der Geheimhaltung die Angabe des Namens des Patienten nicht erforderlich. Wenn für Kontroll- und Abrechnungszwecke personenbezogene Krankengeschichten benötigt werden, ist eine streng vertrauliche Behandlung dieser Daten durch organisatorische und rechtliche Maßnahmen sicherzustellen.

Zu Z. 13 (§ 11 Abs. 8):

Nach dem bisherigen § 11 Abs. 8 entscheidet über die Pflicht zur Ausfolgung der Abschrift einer Krankengeschichte die Bezirksverwaltungsbehörde. Da es sich aber dabei um ein aus dem Behandlungsvertrag resultierendes Recht und somit um eine zivilrechtliche Regelung handelt, soll diese Bestimmung entfallen. In Streitfällen ist der ordentliche Rechtsweg zu beschreiten.

Zu Z. 14 (§ 13 Abs. 1):

Es handelt sich um eine Anpassung an den durch die Novelle neu eingeführten Begriff der Fondskrankenanstalten (vgl. die Definition im neu formulierten § 1 Abs. 5 lit. b).

Zu Z. 15 (§ 18):

Ein Anspruch auf die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes besteht nicht. Als weitere Voraussetzung für die Verleihung wird - ebenso wie für die Erteilung der Errichtungs- und Betriebsbewilligung - die Übereinstimmung mit dem O.ö. Krankenanstaltenplan und dem O.ö. Großgeräteplan verlangt.

Zu Z. 16 (§ 19 lit. e):

Es handelt sich um eine Anpassung an die Änderung des § 7 Abs. 2 lit. c.

Zu Z. 17 und 18 (§ 21 Abs. 4, 5 und 6):

In der genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG haben sich der Bund und die Länder darauf geeinigt, einen verbindlichen Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes mit 1. Jänner 1997 festzulegen. In Umsetzung der genannten Einigung ist die Landesgesetzgebung verpflichtet, für Krankenanstalten, die Mittel auf Grund der zitierten Vereinbarung erhalten, einen O.ö. Krankenanstaltenplan und einen O.ö. Großgeräteplan durch Verordnung zu erlassen, die sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befinden (Abs. 4).

Die Ziel- und Zweckbestimmungen des O.ö. Krankenanstaltenplans werden in Übereinstimmung mit dem Grundsatzgesetz des Bundes im Abs. 5 festgelegt.

Zu Z. 19, 20 und 21 (§ 27 Abs. 2, 8 und 9):

Abs. 2 erster Satz und Abs. 8 in der Fassung LGBl.Nr. 44/1991 waren bereits bisher durch Art. II der Novelle LGBl.Nr. 65/1992 für die Dauer der KRAZAF-Vereinbarung außer Kraft. Da diese Bestimmungen auch der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG nicht entsprechen, sollen sie endgültig entfallen bzw. neu formuliert werden.

Zu Z. 22 (§ 33 Abs. 1):

Die Pflegegebühren als Entgelt der Fondskrankenanstalten sind nur mehr für jene stationären Patientengruppen zu verrechnen, die **nicht** im Inland sozialversichert sind. Darunter fallen insbesondere diejenigen Patienten, die bei einer Körperschaft des öffentlichen Rechts versichert sind, die kein Sozialversicherungsträger ist, wie z.B. Krankenfürsorgeeinrichtungen der Länder und Gemeinden, der Lehrer, der Wohlfahrtskasse der Ärztekammer.

Die Pflegegebühr ist weiters von Selbstzahlern zu entrichten, sowie für Personen, für die der Bund oder die Sozialhilfeträger zahlungspflichtig sind bzw. die gemäß § 27 Abs. 3 eingewiesen werden.

Auch für ausländische Gastpatienten sind Pflegegebühren zu verrechnen. Für jene ausländischen Gastpatienten, für die auf Grund von zwischenstaatlichen Übereinkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit Leistungen erbracht werden, erfolgt die Verrechnung der Pflegegebühren über den O.ö. Krankenanstaltenfonds (Art. 27 Abs. 2 der im § 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG). Für die übrigen ausländischen Gastpatienten erfolgt die Verrechnung der Pflegegebühren direkt durch die Krankenanstalten.

Für im Inland sozialversicherte Patienten in Fondskrankenanstalten ist das Entgelt nunmehr der vom O.ö. Krankenanstaltenfonds zu leistende LKF-Gebührenersatz.

Zu Z. 23 (§ 33 Abs. 2):

Bereits im geltenden § 33 Abs. 2 erster Satz sind jene Leistungen von Krankenanstalten aufgezählt, die in der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse nicht inbegriffen sind. Diese Aufzählung ist in Ausführung des vorliegenden Grundsatzgesetzes um jene Zusatzleistungen zu ergänzen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen (z.B. Telefon, Fernsehen und dgl.).

Zu Z. 24 (§ 33a Abs. 1):

Die inhaltlichen Änderungen ergeben sich aus der Einführung des LKF-Gebührenersatzes und der Valorisierung des Kostenbeitrages auf Basis des Verbraucherpreisindex 1986 seit 1988. Die Ausdehnung der Befreiung von der Kostenbeitragspflicht ist Folge der Ratifikation der Teile II und III des Übereinkommens (Nr. 102) der Internationalen Arbeitsorganisation über die Mindestnorm der Sozialen Sicherheit, BGBl.Nr. 33/1970.
Nach Art. 10 Abs. 1 lit. b dieses Übereinkommens hat die ärztliche Betreuung im Fall der Schwangerschaft und der Niederkunft sowie deren Folgen u.a. erforderlichenfalls Krankenhauspflege zu umfassen. Aus Art. 10 Abs. 2 ergibt sich, daß diese Anstaltspflege in diesem Fall ohne Kostenbeteiligung des Betroffenen zu erfolgen hat.

Zu Z. 25 (§ 34 Abs. 2 bis 4):

Da bei Bemessung der Anstaltsgebühr nur der durch die Führung der Sonderklasse entstehende Mehraufwand zu berücksichtigen ist, wurde von der bisherigen Bemessung in Prozentsätzen der Pflegegebühr Abstand genommen (**Abs. 2**).

Die Ambulanzgebühr soll analog zur Pflegegebühr zur Abgeltung der Leistung der Fondskrankenanstalten von demselben nicht im Inland sozialversicherten Personenkreis zu entrichten sein, der in den Erläuterungen zu Z. 22 angeführt ist. Zusätzlich zu diesem Personenkreis ist die Ambulanzgebühr von Patienten einzuheben, für die die AUVA leistungspflichtig ist (vgl. die Erläuterungen zu Z. 28 bis 33).

Für im Inland sozialversicherte Patienten in Fondskrankenanstalten ist das Entgelt nunmehr der vom O.ö. Krankenanstaltenfonds zu leistende Ambulanzgebührenersatz.(**Abs. 3**).

Der Rechtsträger kann den Ärzten Anteile an der Ambulanzgebühr abtreten. Diese Abtretung geschieht schon derzeit durch vertragliche Vereinbarungen und soll auch künftig so geschehen. Da die Beträge für Ambulanzleistungen im O.ö. Krankenanstaltenfonds "gedeckelt" sind und zwar mit den Ambulanzgebührenersätzen der Sozialversicherungsträger des Jahres 1994, sollen auch die künftigen prozentuellen Anteile der Ärzte das prozentuelle Ausmaß des Jahres 1994 nicht übersteigen. Die Aufteilung der Ärzteanteile zwischen den Ärzten soll durch Richtlinien erfolgen (Abs. 4).

Zu Z. 26 (§§ 38a, 38b und 38c):

Zu den §§ 38a und 38b:

In Übereinstimmung mit der genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG regeln diese Bestimmungen die Durchführung der Finanzierung durch den O.ö. Krankenanstaltenfonds, insbesondere die Ermittlung der durch den O.ö. Krankenanstaltenfonds zu leistenden LKF-Gebührenersätze.

Da die Ambulanzgebühren der AUVA nicht in den Mitteln der Landesfonds enthalten sind, sind die Leistungen, die die Fondskrankenanstalten an ambulanten Patienten, für die die AUVA leistungspflichtig ist, erbringen, nicht über den O.ö. Krankenanstaltenfonds durch Ambulanzgebürenersatz abzurechnen (vgl. Art. 11 Abs. 2 der genannten Vereinbarung). Die übrigen Ausnahmen ergeben sich aus Art. 11 Abs. 3 der genannten Vereinbarung in Verbindung mit den eingangs angeführten Grundsatzbestimmungen des Bundes (§ 38a Abs. 1).

In Fondskrankenanstalten, die leistungsorientiert Zahlungen aus dem O.ö. Krankenanstaltenfonds erhalten, werden stationär erbrachte Leistungen für sozialversicherte Patienten durch die LKF-Gebührenersätze abgegolten.

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

Neben dem LKF-Kernbereich ist im System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung als weitere Finanzierungsebene der LKF-Steuerungsbereich vorgesehen, in dem strukturspezifische Kriterien Berücksichtigung finden. Mit Hilfe des Steuerungsbereiches kann auf die landesspezifischen Erfordernisse insofern Bedacht genommen werden, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppe im Steuerungsbereich nach Maßgabe der im § 38b Abs. 1 Z. 4 festgelegten Kriterien unterschiedlich sein kann. Vor der Festlegung, ob bei der Ermittlung der LKF-Gebührenersätze neben dem LKF-Kernbereich auch der LKF-Steuerungsbereich zu berücksichtigen ist, wird nach dem O.ö. Krankenanstaltenfondsgesetz auch die Landeskommission zu hören sein.

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

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

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

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

§ 38a Abs. 4 regelt die Termingestaltung für die Übermittlung von Diagnosen und Leistungsberichten durch Fondskrankenanstalten an den O.ö. Krankenanstaltenfonds. Die Notwendigkeit der Aufnahme dieser Bestimmung ergibt sich auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, durch das der O.ö. Krankenanstaltenfonds verpflichtet wird, Diagnosen und Leistungsberichte an das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu übermitteln.

Zu § 38c:

Für die Abrechnung der Ambulanzleistungen steht derzeit noch kein leistungsorientiertes Finanzierungssystem zur Verfügung. Ein solches soll vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in den nächsten Jahren entwickelt werden. Hiezu ist vorerst die Ausarbeitung einer bundeseinheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation für den ambulanten Bereich erforderlich.

Gemäß Art. 9 der genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG leisten die Sozialversicherungsträger in den Jahren 1997 bis 2000 einen Pauschalbetrag (Teilbetrag 1) an den O.ö. Krankenanstaltenfonds, der sich aus den Pflegegebührenersätzen, den Jahresausgleichszahlungen und

den Ambulanzgebühren jeweils des Jahres 1994 zusammensetzt. Dieser Pauschalbetrag wird jährlich einer Valorisierung gemäß § 28 Krankenanstaltengesetz, BGBl.Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl.Nr. 853/1995 unterzogen (vgl. auch § 447f Abs. 1 ASVG).

Die Ambulanzleistungen sollen daher - analog der Leistung der Sozialversicherungsträger an den O.ö. Krankenanstaltenfonds - für die Dauer der genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG bzw. des Fehlens einer leistungsorientierten Finanzierung ebenfalls als Pauschale an die einzelnen Rechtsträger der Krankenanstalt vom O.ö. Krankenanstaltenfonds geleistet werden. Die Höhe des Jahrespauschales 1997 hat der Höhe der Ambulanzgebühren, die die Sozialversicherungsträger für das Jahr 1994 an die jeweilige Krankenanstalt geleistet haben, zu entsprechen.

Voraussetzung für die Zahlung des Pauschales, das vierteljährlich zu leisten ist, ist, daß die Krankenanstalten ihre Leistungen mit einem Ambulanzleistungsbericht, dessen Inhalt vom O.ö. Krankenanstaltenfonds festzulegen ist, fristgerecht dokumentieren.

Änderungen bei den ambulanten Leistungen ab 1997 (z.B. neue Leistungen in einem Krankenhaus, geänderte Leistungszahlen) sollen aus den Ambulanzleistungsberichten ersichtlich sein und können ab 1998 zu Verschiebungen in der Höhe des Jahrespauschales zwischen den Krankenanstalten führen.
Die Ermittlung der Änderung der Ambulanz-Gebührenersätze (Jahrespauschale) obliegt dem O.ö. Krankenanstaltenfonds (Landeskommission).

Nicht mit den Ambulanz-Gebührenersätzen abgegolten sind Leistungen, die an ambulanten Patienten, für die die AUVA leistungspflichtig ist, erbracht werden.

Zu Z. 27 (§ 39b):

§ 39b in der Fassung LGBl.Nr. 44/1991 war bereits bisher durch Art. II der Novelle LGBl.Nr. 65/1992 für die Dauer der KRAZAF-Vereinbarung außer Kraft. Da diese Bestimmung auch der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG nicht entspricht, soll sie endgültig entfallen.

Zu Z. 28 bis 33 (§ 40 bis § 44b; § 45 Abs. 3):

In diesem Abschnitt werden die Beziehungen zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten und den Sozialversicherungsträgern auf Grund von grundsatzgesetzlichen Änderungen in den Sozialversicherungsgesetzen neu geregelt (insbes. § 148 ASVG, § 97 GSVG, § 91 BSVG und § 63 Abs. 4 und § 68 Abs. 1 B-KUVG).
Die Änderung der Sozialversicherungsgesetze erfolgte in Umsetzung der genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG.

Der O.ö. Krankenanstaltenfonds übernimmt die finanziellen Leistungsverpflichtungen der Sozialversicherungsträger gegenüber den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten, soweit dem Grunde nach vertragliche Ansprüche bereits im Jahre 1996 bestanden haben.

Mit den Zahlungen der Landesfonds (LKF-Gebührenersätze usw.) an die Krankenanstalten sind sämtliche Ansprüche der Krankenanstalten gegenüber den Trägern der Sozialversicherung und gegenüber den Landesfonds abgegolten.

Die Krankenanstalten haben den Trägern der Sozialversicherung alle erforderlichen Daten zu übermitteln, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. So ist die Sozialversicherung auch laufend über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Schillingwerte je LKF-Punkt vom O.ö. Krankenanstaltenfonds zu informieren.

Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten gilt der jeweilige Landesfonds als Versicherungsträger.

Im § 38a Abs. 1 lit. c wird in Übereinstimmung mit Art. 11 Abs. 2 der im § 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG bestimmt, daß die an ambulanten Patienten, für die die AUVA leistungspflichtig ist, erbrachten Leistungen nicht mit den Ersätzen des O.ö. Krankenanstaltenfonds abgegolten sind. Das bedeutet, daß die AUVA im ambulanten Bereich weiterhin sowohl den Krankenanstalten als auch ihren Versicherten gegenüber leistungspflichtig ist.

Für ambulante Leistungen, für die die AUVA leistungspflichtig ist, ist daher § 34 Abs. 3 maßgeblich, der bestimmt, daß die Ambulanzgebühr einzuheben ist. Es soll aber weiterhin die Möglichkeit der Vertragsabschlüsse zwischen den Rechtsträgern der Krankenanstalten und der AUVA geben. Dies wird im § 44 Abs. 1 vorgesehen. Demnach sollen die Beziehungen zwischen Krankenanstalten und der AUVA durch privatrechtliche Verträge geregelt werden und in diesen Verträgen auch Ansprüche auf Zahlungen begründet werden können.

Weiters soll - wie es schon die geltende Rechtslage vorsieht - die Möglichkeit der Anrufung der Schiedskommission insbesondere dann beibehalten werden, wenn kein neuer Vertrag zustandekommt (§ 44 Abs. 2).

§ 44 Abs. 3 führt die Grundsatzbestimmung des § 68 Abs. 1 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes aus. Die Versicherungsanstalt für öffentlich Bedienstete wird ermächtigt, mit den Krankenanstalten Verträge über den Ersatz der Kosten einer Inanspruchnahme der Anstaltspflege außerhalb der allgemeinen Gebührenklasse nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung abzuschließen.

Die Zusammensetzung der Schiedskommission wurde auf Grund des Art. 12 der genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG geändert, ebenso wurden die Aufgaben der Schiedskommission neu formuliert (§§ 44a und 44b).

Zu Z. 34, 35 und 36 (§ 45a und § 46):

Die Körperschaften öffentlichen Rechts als Träger einer Krankenfürsorgeeinrichtung oder ähnliche Einrichtungen (z.B. der Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für Oberösterreich) sind nicht in die Regelung des O.ö. Krankenanstaltenfonds miteinbezogen, sodaß der LKF-Gebührenersatz des O.ö. Krankenanstaltenfonds nur für sozialversicherte Patienten und nicht für die bei den angeführten Einrichtungen Versicherten zu leisten ist. Die genannten Einrichtungen sollen weiterhin wie schon derzeit Pflegegebühren und Ambulanzgebühren an die Krankenanstalten als Entgelt für die Leistung der Krankenanstalt zahlen.
Die vorgeschlagene Regelung soll es diesen Einrichtungen nunmehr ermöglichen, die Höhe der Pflegegebühren- bzw. Ambulanzgebührenersätze durch privatrechtliche Verträge zu regeln, um

so die schon derzeit gewährten Nachlässe bzw. Rabatte auf eine eindeutige Rechtsgrundlage zu stellen (§ 45a).

Das bisher im § 46 nur für Sozialhilfeträger geregelte Einsichtsrecht wurde als § 45a Abs. 4 formuliert und soll nunmehr sowohl für Sozialhilfeträger als auch für Krankenfürsorgeeinrichtungen gelten.

Der neu formulierte § 46 bewirkt eine Gleichstellung der Sozialhilfeträger mit den Krankenfürsorgeeinrichtungen im Hinblick auf die Beziehungen zu den Fondskrankenanstalten durch Abschluß von privatrechtlichen Verträgen.

Zu Z. 37 (§§ 47 bis 49):

Die Deckung des Betriebsabganges findet ihre Rechtsgrundlage derzeit im O.ö. Krankenanstaltenfinanzierungsgesetz und im O.ö. Krankenanstaltengesetz. Nunmehr sollen diese Bestimmungen im O.ö. Krankenanstaltengesetz zusammengefaßt werden.

Zur geltenden Rechtslage ergeben sich folgende Änderungen:

An die Stelle der Zahlungen des KRAZAF treten die des O.ö. Krankenanstaltenfonds (§ 47 Abs. 3).

Der Landesbeitrag zur Betriebsabgangsdeckung der Fondskrankenanstalten wird von derzeit 83 % auf 85 % (§ 47 Abs. 1) angehoben. Der Vorzugsanteil für die Krankenanstalten wird von derzeit 61,5 % auf 63 % (§ 47 Abs. 5) und die Höchstdeckung von 95 % auf 96 % (§ 47 Abs. 6) angehoben.

Die Anhebung des Landesbeitrages auf 85 %, des Vorzugsanteiles auf 63 % und der Höchstdeckung auf 96 % bewirkt auf der Basis der genehmigten Voranschläge 1997 je nach Berechnungsmodell I und II folgende Entlastungen der Rechtsträger der Krankenanstalten bzw. Mehrbelastung des Landes:

Ordenskrankenanstalten

I Berechnung nach valorisierten KRAZAF-Zuschüssen (ohne LDF-Punkte)	
95 %	96 %
Der Selbstbehalt beträgt: nach der derzeit geltenden Regelung S 125,148.000,--	
nach der neuen Regelung	99,712.000,--
Entlastung	+25,436.000,--

II Berechnung nach LDF-Punkten	
95 %	96 %
Der Selbstbehalt beträgt: nach der derzeit geltenden Regelung S 77,788.000,--	
nach der neuen Regelung	61,636.000,--
Entlastung	+16,152.000,--

Landeskrankenanstalten

I Berechnung nach valorisierten KRAZAF-Zuschüssen (ohne LDF-Punkte)	
95 %	96 %
Der Selbstbehalt beträgt: nach der derzeit geltenden Regelung S 441,303.000,--	
nach der neuen Regelung	396,395.000,--
Entlastung	+44,908.000,--

II Berechnung nach LDF-Punkten	
95 %	96 %
Der Selbstbehalt beträgt: nach der derzeit geltenden Regelung S 506,535.000,--	
nach der neuen Regelung	455,055.000,--
Entlastung	+51,480.000,--

AKH - Linz

I Berechnung nach valorisierten KRAZAF-Zuschüssen (ohne LDF-Punkte)	
95 %	96 %
Der Selbstbehalt beträgt: nach der derzeit geltenden Regelung S 134,199.000,--	

II Berechnung nach LDF-Punkten	
95 %	96 %
Der Selbstbehalt beträgt: nach der derzeit geltenden Regelung S 88,541.000,--	

nach der neuen Regelung	122,113.000,--
Entlastung	+12,086.000,--

nach der neuen Regelung	77,015.000,--
Entlastung	+11,526.000,--

Mehrbelastung des Landes

I Berechnung nach valorisierten KRAZAF-Zuschüssen (ohne LDF-Punkte)	
83 %	85 %
Landesbeitrag: S 3.420,819.000,--	
neuer Landesbeitrag	3.503,249.000,--
	+82,430.000,--

II Berechnung nach LDF-Punkten	
83 %	85 %
Landesbeitrag: S 3,285,160.000,--	
neuer Landesbeitrag	3.364,320.000,--
	+79,160.000,--

Zu Z. 38 (§ 50 Abs. 2):

Es handelt sich um eine Anpassung an den Begriff "Fondskrankenanstalten".

Zu Z. 39 (§ 55):

In dieser Bestimmung werden die geänderten grundsatzgesetzlichen Bestimmungen in den Sozialversicherungsgesetzen (§ 149 Abs. 2 ASVG, § 98 GSVG, § 92 BSVG, § 68 Abs. 2 und 3 B-KUVG) ausgeführt.

Unter den nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die sogenannten "echten" privaten nicht gemeinnützigen Krankenanstalten und die (privaten) gemeinnützigen Sonderkrankenanstalten, die schon bisher nicht in die KRAZAF-Finanzierung einbezogen waren, zu verstehen.

Für diese Krankenanstalten ist nach wie vor die Möglichkeit von Vertragsabschlüssen mit den Sozialversicherungsträgern vorgesehen. Dem entsprechend wird in den Abs. 1 und 2 die bisherige Rechtslage beibehalten. Die bisherige Bestimmung über die Höhe der Pflegegebührenersätze entfällt aber und wird ausschließlich in den abzuschließenden Verträgen zu regeln sein.

Zu Z. 40 (§ 57):

Diese Bekanntgabe erfolgte bereits bisher ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage an den KRAZAF und soll künftig an die neu geschaffene Strukturkommission des Bundes erfolgen.

Zu Z. 41 (§ 58):

Die Erhöhung des Strafrahmens berücksichtigt im wesentlichen die Geldwertentwicklung seit 1958.

Zu Z. 42 und 43 (§ 59 lit. a und § 60):

Nach der bisherigen Rechtslage konnte aus wichtigen Gründen eine Betriebsbewilligung zurückgenommen werden. Nunmehr kann auch die Errichtungsbewilligung zurückgenommen oder abgeändert sowie eine Betriebsbewilligung abgeändert werden.

Diese zusätzlichen Möglichkeiten zur Durchbrechung der Rechtskraft von Bewilligungsbescheiden ist im öffentlichen Interesse dann möglich, wenn eine für die Erteilung der Errichtungsbewilligung vorgeschriebene Voraussetzung gemäß § 3a weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel bekannt wird. Zu den vorgeschriebenen Bewilligungsvoraussetzungen gehört selbstverständlich auch die Übereinstimmung mit dem O.ö. Krankenanstaltenplan und dem O.ö. Großgeräteplan.

Im Einklang mit der genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG sind erteilte krankenanstaltenrechtliche Bewilligungen unter größtmöglicher Schonung wohlerworbener Rechte zu ändern oder allenfalls zurückzunehmen.

Zu Z. 44 (§ 61 Abs. 2):

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

Zu Art. II

Die Ausführungsbestimmungen zur Bundes-KAG-Novelle 1996 und zum 2. Sozialrechts-Änderungsgesetz sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen (Abs.1 Z. 3).

Nach den Vorgaben des Grundsatzgesetzes soll der neu formulierte § 9 mit Kundmachung des Ärzte-Arbeitszeitgesetzes (10. Jänner 1997) in Kraft treten (Abs. 1 Z. 1). Die neu formulierten Strafbestimmungen (§ 58) sollen mit Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft treten (Abs. 1 Z. 2).

Die Bestimmungen über die Beiträge zum Betriebsabgang sollen vorerst auf ein Jahr befristet werden, um die Auswirkungen des neuen Finanzierungssystems abschätzen und entsprechende legistische Vorkehrungen für die Folgejahre treffen zu können (Abs. 2).

Abs. 3 ermächtigt zur rückwirkenden Inkraftsetzung von Verordnungen auf Grund der Bestimmungen dieses Landesgesetzes.

Der Ausschuß für öffentliche Wohlfahrt beantragt, der Hohe Landtag möge

1. **gemäß § 27 Abs. 4 LGO beschließen, daß über diesen Ausschußbericht in der Landtagssitzung am 10. April 1997 verhandelt wird (Geschäftsantrag gemäß § 18 Abs. 3 in Verbindung mit § 24 Abs. 1 LGO), und**

2. **das Landesgesetz, mit dem das O.ö. Krankenanstaltengesetz 1976 geändert wird (O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1997), beschließen.**

Linz, am 10. April 1997

Schreiberhuber
Obfrau

Stuchlik
Berichterstatterin

L a n d e s g e s e t z

vom .....,

mit dem das O.ö. Krankenanstaltengesetz 1976 geändert wird

(O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1997)

Der o.ö. Landtag hat beschlossen:

Artikel I

Das O.ö. Krankenanstaltengesetz 1976, LGBl.Nr. 10, zuletzt geändert durch die O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1996, LGBl.Nr. 14/1997, wird wie folgt geändert:

1. Im § 1 erhält der bisherige Abs. 5 die Bezeichnung "(6)"; folgender Abs. 5 wird eingefügt:

   "(5) Im Sinn dieses Landesgesetzes bedeutet:

   a) Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000;

   b) Fondskrankenanstalten: Krankenanstalten, die über den O.ö. Krankenanstaltenfonds auf Grund der in lit. a genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG finanziert werden;

   c) LKF: Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung im Sinn der in lit. a genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG."

2. § 2a Abs. 1 lit. a lautet:

   "a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

      1. Chirurgie und

      2. Innere Medizin;

   ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; in den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht

kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muß eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein;"

3. § 2a Abs. 3 und 4 lauten:

"(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b und c sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen funktionell-organisatorisch verbunden sind.

(4) Von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehener Abteilungen kann mit Bewilligung der Landesregierung abgesehen werden. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn in jenem Einzugsbereich, für den die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist."

4. Im § 3 Abs. 2 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

"Beabsichtigt der Rechtsträger der Krankenanstalt Mittel auf Grund der im § 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG in Anspruch zu nehmen, hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekanntzugeben."

5. Am Ende des § 3a Abs. 1 lit. f wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende lit. g wird angefügt:

"g) die geplante Errichtung nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem gemäß § 21 Abs. 4 erlassenen O.ö. Krankenanstaltenplan und dem O.ö. Großgeräteplan entspricht, sofern der Rechtsträger der Krankenanstalt Mittel auf Grund der im § 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG in Anspruch nehmen möchte."

6. § 4 Abs. 2 lit. a lautet:

"a) die Errichtungsbewilligung für die Krankenanstalt vorliegt und überdies bei Fondskrankenanstalten die Vorgaben des O.ö. Krankenanstaltenplanes und des O.ö. Großgeräteplanes erfüllt sind,"

7. § 7 Abs. 2 lit. c lautet:

"c) die Grundzüge der Verwaltung und der Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmal über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, aufgenommen werden;"

8. Am Ende des § 7b Abs. 2 Z. 2 lit. b wird der Beistrich durch einen Punkt ersetzt; der Halbsatz "soweit die Landesregierung als Aufsichtsbehörde den Geschäftsfall nicht an sich zieht" entfällt.

9. §7c Abs. 1 Z. 2 lautet:

"2. einem Arzt auf Grund eines Besetzungsvorschlages der Ärztekammer für Oberösterreich;"

10. § 9 lautet:

"§ 9

Ärztlicher Dienst; Einrichtung

(1) Die Einrichtung des ärztlichen Dienstes in Krankenanstalten muß folgenden Anforderungen entsprechen:

a) Ärztliche Hilfe muß in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar sein.

b) In Zentralkrankenanstalten muß uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein.

c) In Schwerpunktkrankenanstalten muß jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie (bei Vorhandensein einer neurologischen Intensivbehandlungseinheit), Psychiatrie (bei Führung eines geschlossenen Bereiches) und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend sein. In den übrigen Abteilungen und Organisationseinheiten kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; in der übrigen Zeit müssen Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer dauernd anwesend sein.

d) In Standardkrankenanstalten muß im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch jeweils einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus dem Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin oder aus dem Sonderfach Innere Medizin sowie aus dem Sonderfach Chirurgie oder dem Sonderfach Unfallchirurgie gewährleistet sein. In den jeweils nicht mit einem Facharzt besetzten angeführten Fachrichtungen sowie in der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe hat während dieser Zeiten zumindest ein in Ausbildung zum Facharzt des betreffenden Sonderfaches stehender Arzt, der bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, in der Krankenanstalt ständig anwesend zu sein. Die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten sind von dem für die Ausbildung verantwortlichen Facharzt zu bestätigen. Überdies muß eine Rufbereitschaft von Fachärzten der genannten Sonderfächer sowie der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer eingerichtet sein. In der übrigen Zeit müssen Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer dauernd anwesend sein.

e) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden und in denen zumindest ein diplomierter Physiotherapeut dauernd anwesend ist, 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, BGBl.Nr. 102/1961, in der Fassung BGBl.Nr. 872/1992, sowie nach dem Bundesgesetz

über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl.Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl.Nr. 327/1996, gewährleistet ist. Die regelmäßige tägliche Anwesenheit des ärztlichen Dienstes ist so zu organisieren, daß damit mindestens 60 % der täglichen Betriebszeit der Krankenanstalt abgedeckt werden.

f) Die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte müssen die Möglichkeit haben, sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden zu können.

g) In Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, muß die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet sein.

(2) Die Landesregierung hat auf Vorschlag der Ärztekammer für Oberösterreich durch Bescheid dem Rechtsträger einer Krankenanstalt eine über die Erfordernisse des Abs. 1 hinausgehende Anwesenheit von Fachärzten oder Ärzten in Ausbildung zum Facharzt aufzutragen, soweit dies auf Grund der speziellen Gegebenheiten und Erfordernisse, insbesondere aus medizinischer Sicht, notwendig ist.

(3) Patienten von Krankenanstalten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden.

(4) Besondere Heilbehandlung einschließlich operativer Eingriffe dürfen an einem Patienten nur mit seiner Zustimmung, wenn er aber das 18. Lebensjahr noch nicht zurückgelegt hat oder mangels geistiger Reife oder Gesundheit die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit der Behandlung nicht beurteilen kann, nur mit Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, daß der mit der Einholung der Zustimmung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters oder mit der Bestellung eines gesetzlichen Vertreters verbundene Aufschub das Leben des Patienten gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung seiner Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der für die Leitung der betreffenden Abteilung verantwortliche Arzt bzw. der ärztliche Leiter der Krankenanstalt."

11. Im § 11 Abs. 1 lit. b sublit. ee entfällt die Wortfolge "darzustellen sind;"; diese Wortfolge wird an den Beginn der folgenden Zeile gesetzt.

12. § 11 Abs. 6 lit. b lautet:

"b) den Sozialversicherungsträgern, den Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtungen öffentlichen Rechts, den Organen des O.ö. Krankenanstaltenfonds sowie von diesen beauftragten Sachverständigen und der Patientenvertretung (§ 7b), soweit dies zur Wahrnehmung der ihnen obliegenden Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bildet, **und**"

13. § 11 Abs. 8 entfällt.

14. § 13 Abs. 1 lautet:

"(1) Der Betrieb von Fondskrankenanstalten unterliegt der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof."

15. § 18 lautet:

"§ 18

Öffentlichkeitsrecht

Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt verliehen werden, wenn

a) sie den Vorgaben des O.ö. Krankenanstaltenplanes und des O.ö. Großgeräteplanes entspricht,
b) sie gemeinnützig ist,
c) die Erfüllung der ihr in diesem Landesgesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und
d) sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechts, 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, ist ferner nachzuweisen, daß ihr Rechtsträger über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt. Ein Anspruch auf die Verleihung besteht nicht."

16. Im § 19 lit. e ist nach dem Wort "Tag- oder Nachtbetrieb" die Wortgruppe "sowie den halbstationären Bereich" einzufügen.

17. § 21 Abs. 4 und 5 lauten:

"(4) Für öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Z. 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und für private gemeinnützige Krankenanstalten der im § 2 Z. 1 bezeichneten Art hat die Landesregierung über die geeignetste Form der Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege durch Verordnung einen O.ö. Krankenanstaltenplan und einen O.ö. Großgeräteplan zu erlassen. Der O.ö. Krankenanstaltenplan und der O.ö. Großgeräteplan haben sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes zu befinden.

(5) Bei Erlassung des O.ö. Krankenanstaltenplanes sind folgende Grundsätze zu beachten:

a) Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden.

b) Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftliche und medizinisch sinnvolle Versorgung der Bevölkerung gewährleisten.

c) Die Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten, halbstationären und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Häufigkeit der stationären Aufenthalte (Krankenhaushäufigkeit) und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß verringert werden.

d) Die Verlagerung 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.

e) Krankenanstalten mit ausschließlich bettenführenden Abteilungen für ein Sonderfach sollen in dislozierter Lage vermieden werden.

f) Die Größe von bettenführenden Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten sind so festzulegen, daß eine medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle Versorgung gewährleistet ist.

g) 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.

h) Die Standortstrukturen, die Fächerstruktur, die maximalen Gesamtbetten sowie die maximalen Bettenzahlen je Fachrichtung sind für jede Krankenanstalt festzulegen."

18. § 21 Abs. 6 entfällt.

19. § 27 Abs. 2 lautet:

"(2) Bei der Aufnahme ist auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen Bedacht zu nehmen. Der Rechtsträger der Krankenanstalt ist nicht verpflichtet, Anstaltseinrichtungen für die Durchführung operativer Eingriffe an Personen, die, ohne anstaltsbedürftig zu sein, operative Eingriffe vornehmen lassen wollen, vorzusehen oder bereitzustellen. Unabweisbare Kranke müssen jedenfalls in Anstaltspflege genommen werden."

20. § 27 Abs. 8 lautet:

"(8) Fondskrankenanstalten sind, soweit die Voraussetzungen nach Abs. 1 bis 7 gegeben sind, verpflichtet, Personen als Patienten aufzunehmen, für die Leistungsansprüche aus der Sozialversicherung bestehen."

21. § 27 Abs. 9 entfällt.

22. Dem § 33 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Mit den Pflegegebühren werden die Leistungen der Fondskrankenanstalten für jene stationären Patienten abgegolten, die nicht über den O.ö. Krankenanstaltenfonds durch LKF-Gebührenersätze abgerechnet werden."

23. Nach § 33 Abs. 2 erster Satz wird folgender Satz eingefügt:

"Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Patienten erbracht werden."

24. § 33a Abs. 1 lautet:

"(1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege entweder LKF-Gebührenersätze durch den O.ö. Krankenanstaltenfonds oder Pflegegebühren(ersätze) zur Gänze (ohne Selbstbehalt) durch einen Träger der Sozialversicherung oder durch eine sonstige Körperschaft des öffentlichen Rechts als Krankenfürsorgeeinrichtung getragen werden, ist durch den Träger der öffentlichen Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von S 70,-- pro Pflegetag einzuheben. Dieser Beitrag ist pro Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr einzuheben. Er ist auch für den Aufnahme- und Entlassungstag zu leisten; bei Überstellung in eine andere öffentliche Krankenanstalt innerhalb Oberösterreichs hat nur die übernehmende Krankenanstalt Anspruch auf den Kostenbeitrag für diesen Tag. Vom Kostenbeitrag sind Patienten ausgenommen, die nachweislich von der Rezeptgebühr im Sinn der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen befreit sind oder die Anspruch auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes nach sozialhilferechtlichen Bestimmungen haben oder die im Rahmen der Behindertenhilfe ständig in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht sind sowie Patienten, die zum Zweck der Organspende stationär aufgenommen wurden. Weiters sind von der Kostenbeitragspflicht Frauen ausgenommen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Geburt in Anspruch nehmen."

25. Im § 34 erhalten die bisherigen Abs. 4 und 5 die Bezeichung "(5)" und "(6)"; die Abs. 2, 3 und 4 (neu) lauten:

"(2) Bei Bemessung der Anstaltsgebühr ist auf den erhöhten Sach- und Personalaufwand in der Sonderklasse Bedacht zu nehmen.

(3) Die Ambulanzgebühr ist für die ambulante Untersuchung und Behandlung mit Ausnahme der im § 33 Abs. 2 genannten Leistungen einzuheben. Mit der Ambulanzgebühr werden die Leistungen der Fondskrankenanstalten für jene ambulant untersuchten und behandelten Patienten abgegolten, die nicht über den O.ö. Krankenanstaltenfonds durch Ambulanz-Gebührenersätze abgerechnet werden. Wird eine Person auf Grund des Ergebnisses der ambulanten Untersuchung oder Behandlung am selben Tag als Patient in die Anstalt aufgenommen, ist die auf den Aufnahmetag entfallende Ambulanzgebühr nicht zu entrichten.

(4) Den Ärzten können für die Tätigkeit im Rahmen der ambulanten Untersuchung und Behandlung Anteile an der Ambulanzgebühr bzw. am Ambulanz-Gebührenersatz gemäß § 38c überlassen werden (Ärzteanteile). Die Anteile dürfen den Ärzten pro Rechtsträger höchstens in jenem Verhältnis überlassen werden, das dem des Jahres 1994 entspricht. Die Überlassung von Ärzteanteilen ist der Landesregierung vom Rechtsträger anzuzeigen. Die Landesregierung kann die Überlassung binnen acht Wochen ab Einlangen der Anzeige untersagen, wenn die Überlassung gesetzlichen Bestimmungen widerspricht; im übrigen gilt § 34a Abs. 2 sinngemäß. Die Ärzteanteile sind weder ruhegenußfähiger Monatsbezug noch Anspruchsgrundlage für Nebengebühren, Entgeltfortzahlungen und Abfertigungen."

26. Nach § 38 werden folgende §§ 38a, 38b und 38c eingefügt:

"§ 38a

O.ö. Krankenanstaltenfonds

(1) Die an im Inland sozialversicherten Patienten in Fondskrankenanstalten erbrachten stationären und ambulanten Leistungen sind über den O.ö. Krankenanstaltenfonds durch LKF-Gebührenersätze (§ 38b) bzw. Ambulanz-Gebührenersätze (§ 38c) abzurechnen, soweit für diese Patienten Leistungsansprüche aus der Sozialversicherung bestehen. Davon ausgenommen sind

a) Leistungen gemäß § 41 Abs. 2,
b) allfällige Sondergebühren gemäß § 34 Abs. 1 lit. a bis d und
c) Leistungen, die an ambulanten Patienten, für die die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt leistungspflichtig ist, erbracht werden.

(2) Der O.ö. Krankenanstaltenfonds hat gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten das Recht, in alle im § 42 lit. d angeführten Unterlagen Einsicht zu nehmen.

(3) Voraussetzung für die Leistung der LKF-Gebührenersätze und Ambulanz-Gebührenersätze ist die Übereinstimmung der jeweiligen Krankenanstalt mit dem O.ö. Krankenanstaltenplan und dem O.ö. Großgeräteplan sowie die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl.Nr. 745/1996, durch die Krankenanstalt.

(4) Die Fondskrankenanstalten haben in der im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl.Nr. 745/1996, vorgesehenen Form Diagnosen- und Leistungsberichte an den O.ö. Krankenanstaltenfonds spätestens zu folgenden Terminen zu übermitteln:

1. Bericht über das 1. Quartal bis 30. April des laufenden Jahres;
2. Bericht über das 1. Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres;
3. Jahresbericht bis 28. Februar des Folgejahres.

§ 38b

LKF-Gebührenersätze

(1) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen (stationären) sozialversicherten Personen erbracht werden, sind über den O.ö. Krankenanstaltenfonds leistungsorientiert durch LKF-Gebührenersätze abzurechnen, die nach den folgenden Grundsätzen zu ermitteln sind:

1. Auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung werden im LKF-Kernbereich die LKF-Punkte für den einzelnen Patienten ermittelt.
2. Im LKF-Kernbereich sind keine Kriterien des Steuerungsbereiches einzubeziehen. Eine befristete Ausnahme stellt die Bepunktung des Intensivbereiches im Jahr 1997 dar.
3. Änderungen im LKF-Kernbereich treten jeweils nur mit Jänner eines jeden Jahres in Kraft.
4. Der O.ö. Krankenanstaltenfonds hat festzulegen, ob bei Ermittlung der LKF-Gebührenersätze neben dem LKF-Kernbereich auch der LKF-Steuerungsbereich zu berücksichtigen ist. 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.

(2) Die Höhe des LKF-Gebührenersatzes ermittelt sich als Produkt der für den einzelnen Patienten ermittelten LKF-Punkte mit dem vom O.ö. Krankenanstaltenfonds errechneten Schillingwert je LKF-Punkt. Die Höhe dieses Schillingwertes richtet sich nach der Dotation des O.ö. Krankenanstaltenfonds, nach den für den LKF-Bereich vorgesehenen Mitteln sowie nach den von allen Fondskrankenanstalten erbrachten LKF-Punkten. Der O.ö. Krankenanstaltenfonds kann Richtlinien über die monatliche und jährliche (vorläufige und endgültige)

Ermittlung des Schillingwertes je LKF-Punkt und Auszahlung der LKF-Gebührenersätze erlassen.

(3) Die Fondskrankenanstalten haben bis spätestens 20. eines jeden Monats die Diagnosen- und Leistungsberichte an den O.ö. Krankenanstaltenfonds zu übermitteln. Diese monatliche Datenmeldung hat alle Abrechnungsdatensätze bis zum Monatsletzten des Vormonats des abzurechnenden Jahres zu umfassen. Hiebei darf nur ein vom O.ö. Krankenanstaltenfonds genehmigtes Bepunktungsprogramm verwendet werden. Die Berichte haben in maschinenlesbarer Form zu erfolgen und dem durch das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl.Nr. 745/1996, vorgegebenen Inhalt zu entsprechen. Der O.ö. Krankenanstaltenfonds hat die LKF-Gebührenersätze bis spätestens 7. des der Datenmeldung folgenden Monats auszubezahlen. Abweichend davon sind im Jahr 1997 die LKF-Gebührenersätze für die Monate Jänner, Februar und März am 30. April 1997 auszubezahlen.

(4) Mit den Zahlungen gemäß Abs. 1 sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten für erbrachte stationäre Leistungen gegenüber dem O.ö. Krankenanstaltenfonds abgegolten.

§ 38 c

Ambulanz-Gebührenersätze

(1) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an sozialversicherten Patienten ambulant erbracht werden, sind über den O.ö. Krankenanstaltenfonds nach den dort für diesen Zweck dotierten Mitteln nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen abzurechnen.

(2) Die Mittel für Ambulanzleistungen (Ambulanz-Gebührenersätze) werden im Jahr 1997 auf die einzelnen Rechtsträger der Krankenanstalten im Verhältnis der für das Jahr 1994 von den Sozialversicherungsträgern geleisteten Ambulanzgebühren aufgeteilt (Jahrespauschale). Für die Valorisierung der Ambulanz-Gebührenersätze gilt § 447f Abs. 1 ASVG.

(3) Die Fondskrankenanstalten haben innerhalb von drei Monaten nach Ablauf eines Quartals Ambulanzleistungsberichte für das Quartal dem O.ö. Krankenanstaltenfonds zu übermitteln.

Der Inhalt der Ambulanzleistungsberichte ist durch Richtlinien des O.ö. Krankenanstaltenfonds festzulegen.

(4) Der O.ö. Krankenanstaltenfonds hat dem Rechtsträger der Krankenanstalt innerhalb von vier Wochen nach Ende eines Quartals ein Viertel des Jahrespauschales gemäß Abs. 2 erst dann zu leisten, wenn die Fondskrankenanstalt die im Abs. 3 angeführten Ambulanzleistungsberichte für das zweitvorangegangene Quartal vorgelegt hat. Abweichend davon hat der O.ö. Krankenanstaltenfonds das erste Viertel der Jahrespauschale im Jahr 1997 vier Wochen nach Ablauf des ersten Quartals zu leisten.

(5) Änderungen des Leistungsaufkommens und des Leistungsspektrums, die ab 1997 eintreten, sind in den Folgejahren bei der Ermittlung der Jahrespauschale pro Krankenanstalt zu berücksichtigen, wobei insgesamt die Mittel für Ambulanzleistungen gemäß Abs. 2 nicht überschritten werden dürfen. Die Ermittlung hat durch den O.ö. Krankenanstaltenfonds zu erfolgen.

(6) Mit den Zahlungen gemäß Abs. 1 bis 5 sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten für erbrachte ambulante Leistungen gegenüber dem O.ö. Krankenanstaltenfonds abgegolten."

27. § 39b entfällt.

28. Die Überschrift vor § 40 lautet:

"Beziehungen der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten zu den Trägern der Sozialversicherung."

29. § 40 lautet:

"§ 40

Kostenverteilung

(1) Die den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten als LKF-Gebührenersatz und Ambulanz-Gebührenersatz gebührenden Zahlungen sind zur Gänze vom O.ö. Krankenanstaltenfonds zu entrichten.

(2) Bei Anstaltspflege eines anspruchsberechtigten Angehörigen eines nach dem ASVG oder nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz Versicherten und bei Anstaltspflege eines Versicherten nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz hat der (die) Versicherte einen Kostenbeitrag zu leisten, der von der Krankenanstalt für Rechnung des O.ö. Krankenanstaltenfonds einzuheben ist. Dieser beträgt für jeden Pflegetag 10 v.H. der am 31. Dezember 1996 für die betreffende Krankenanstalt in Geltung gestandenen Pflegegebührenersätze, vervielfacht mit dem Hundertsatz für das Jahr 1997 gemäß § 28 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl.Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl.Nr. 853/1995. Diese Beträge erhöhen sich jährlich um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Solange keine endgültigen Prozentsätze vorliegen, sind die vorläufigen Prozentsätze heranzuziehen. Die Krankenanstalten haben die jährlich eingehobenen Kostenbeiträge dem O.ö. Krankenanstaltenfonds bis 30. März des der Einhebung folgenden Jahres zu erstatten. Vom Kostenbeitrag ist abzusehen,

a) sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung an, übersteigen,

b) für Anstaltspflege, die aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft geleistet wird,

c) für Leistungen nach § 120 Abs. 2 ASVG sowie nach § 76 Abs. 2 und § 80 Abs. 3 lit.b, d und g des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes."

30. Die §§ 41 bis 44 lauten:

"§ 41

Leistungen

(1) Alle Leistungen der Fondskrankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, für die ein Anspruch aus der Sozialversicherung besteht, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:

a) LKF-Gebührenersätze des O.ö. Krankenanstaltenfonds,

b) Ambulanz-Gebührenersätze des O.ö. Krankenanstaltenfonds,

c) Kostenbeiträge nach § 40 Abs. 2 (§ 447f Abs. 6 ASVG),

d) Kostenbeiträge nach § 33a.

(2) Nicht damit abgegolten sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Land Oberösterreich ausgenommene Leistungen (Art. 11 der im § 1 angeführten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG) und die im § 33 Abs. 2, § 34 Abs. 1 und § 38a Abs. 1 lit. c angeführten Leistungen.

(3) Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Gebührenersätzen gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der O.ö. Krankenanstaltenfonds als Versicherungsträger. Der O.ö. Krankenanstaltenfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

§ 42

Einsichts- und Informationsrecht

(1) Die Versicherungsträger haben ohne Einschaltung des O.ö. Krankenanstaltenfonds folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt:

a) das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (z.B. Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);

b) das Recht, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten; § 11 Abs. 6 bleibt unberührt;

c) das Recht, den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;

d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen des O.ö. Krankenanstaltenfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versichertenzuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten), dieses Recht umfaßt auch die entsprechenden Statistiken; ferner das Recht auf laufende Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems.

(2) Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Schillingwerte je LKF-Punkt durch den O.ö. Krankenanstaltenfonds.

§ 43

Ersatz von Leistungen

(1) Der Rechtsträger der Fondskrankenanstalt hat, wenn Leistungen gemäß § 41 Abs. 1 gewährt werden, gegenüber dem sozalversicherten Patienten oder den für ihn unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hievon sind nur der Kostenbeitrag gemäß § 33a und der Kostenbeitrag gemäß § 40 Abs. 2 sowie die Sondergebühren nach § 34 Abs. 1 lit. a bis d.

(2) Nach Ablauf der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege hat der Versicherte für den weiteren Anstaltsaufenthalt die Kosten zu tragen und zwar in Höhe der für die betreffende Krankenanstalt gemäß § 46 vertraglich vereinbarten Pflegegebührenersätze.

(3) Für die Einbringung des Kostenbeitrages gemäß § 40 Abs. 2 sind die Bestimmungen der §§ 35 und 36 sinngemäß anzuwenden.

§ 44
Verträge mit Versicherungsträgern

(1) Soweit in diesem Landesgesetz nicht besonderes bestimmt ist, sind die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten durch privatrechtliche Verträge zu regeln. Durch diese Verträge können Ansprüche auf Zahlungen nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach § 41 Abs. 2 und § 38a Abs. 1 lit. c handelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem O.ö. Krankenanstaltenfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

(2) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht zustande kommt, hat auf Antrag die Schiedskommission (§ 44a) mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß Abs. 1 zu regelnden Angelegenheiten zu entscheiden. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustandegekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt oder vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gestellt werden. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat in den Fällen dieses Ab-

satzes im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Sozialversicherungsträger vorzugehen.

(3) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ist abweichend vom Abs. 1 dritter Satz berechtigt, mit den Rechtsträgern der Krankenanstalten vertragliche Vereinbarungen im Sinn des § 59 Abs. 1 zweiter Satz B-KUVG zu treffen.

31. § 44a Abs. 1, 2, 3, 10, 11 und 14 lauten:

"(1) Die Schiedskommission wird beim Amt der Landesregierung errichtet und besteht aus einem Vorsitzenden und sechs weiteren Mitgliedern, die von der Landesregierung wie folgt bestellt werden:

1. Der Vorsitzende aus dem Kreis der Richter des Aktivstandes des Oberlandesgerichtes Linz; vor der Bestellung ist das Einvernehmen mit dem Präsidenten des Oberlandesgerichtes Linz herzustellen;
2. zwei Mitglieder auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger;
3. ein Mitglied aus dem Kreis der Bediensteten des Aktivstandes des Amtes der Landesregierung;
4. ein Mitglied auf Vorschlag des Landes Oberösterreich als Rechtsträger der Landeskrankenanstalten,
5. ein Mitglied auf Vorschlag der Stadt Linz als Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt,
6. ein Mitglied auf Vorschlag der Orden, die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind.

Für jedes Mitglied ist für den Fall seiner Verhinderung in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen."

"(2) Wird innerhalb einer von der Landesregierung zu bestimmenden angemessenen Frist von mindestens sechs Wochen kein Vorschlag erstattet, der den im Abs. 1 Z. 2 bis 6 angeführten Voraussetzungen entspricht, entscheidet die Landesregierung ohne Vorschlag."

"(3) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind für eine Amtsdauer von vier Jahren zu bestellen. Wiederbestellungen sind zulässig."

"(10) Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist das AVG anzuwenden. Unbeschadet des § 73 Abs. 1 AVG hat die Schiedskommission ohne Verzug möglichst innerhalb von drei Monaten nach Einlangen des Antrages zu entscheiden."

"(11) Die Schiedskommission entscheidet in Senaten, denen angehören:

1. die Mitglieder gemäß Abs. 1 Z. 1, 2 und 3,
2. von den Mitgliedern gemäß Abs. 1 Z. 4, 5 und 6 dasjenige, das nach der Art der am Streit beteiligten Krankenanstalt in Betracht kommt."

"(14) Ein Senat ist beschlußfähig, wenn der Vorsitzende und vier Beisitzer anwesend sind."

32. Nach § 44a wird folgender § 44b eingefügt:

§44b

Aufgaben der Schiedskommission

Die Schiedskommission hat folgende Aufgaben:

a) Entscheidung über Streitigkeiten aus zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der Sozialversicherung abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem O.ö. Krankenanstaltenfonds;

b) Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der Sozialversicherung und dem O.ö. Krankenanstaltenfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der im § 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG;

c) Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus gemäß der im § 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG gründen;

d) Entscheidung über die im § 44 Abs. 1 und 2 genannten Angelegenheiten.

33. Im § 45 Abs. 3 entfällt die Wortfolge "mit der Maßgabe, daß die den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze zu 80 % von der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und zu 20 % vom Versicherten zu entrichten sind".

34. Nach § 45 wird folgende Überschrift und folgender § 45a eingefügt:

"Beziehungen der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten zu Körperschaften öffentlichen Rechts als Träger einer Krankenfürsorgeeinrichtung

§ 45a

Verträge mit Trägern von Krankenfürsorgeeinrichtungen

(1) Die Beziehungen zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten zu den Körperschaften öffentlichen Rechts als Träger einer Krankenfürsorgeeinrichtung, insbesondere das Ausmaß der von der Krankenfürsorgeeinrichtung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 34 Abs. 1) sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln.

(2) Gemäß Abs. 1 abgeschlossene Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(3) Genehmigungspflichtige Verträge sind binnen zwei Wochen nach Abschluß der Landesregierung vorzulegen; die Vorlage durch einen der Vertragspartner ist ausreichend. Die Genehmigung nach Abs. 2 gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht binnen zwei Monaten, gerechnet vom Zeitpunkt der Vorlage, die Genehmigung schriftlich versagt. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn der Vertrag gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt oder mit der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltspflege oder mit den Grundsätzen einer geordneten Wirtschaftsführung und Gebarung der Krankenanstalt unvereinbar ist.

(4) Das Einsichts- und Informationsrecht nach § 42 Abs. 1 gilt sinngemäß."

35. Die Überschrift vor § 46 lautet:

"Beziehungen der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten zu den Sozialhilfeträgern"

36. § 46 lautet:

"§ 46

Verträge mit Sozialhilfeträgern

Für die Beziehungen zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten zu den Sozialhilfeträgern gilt § 45a sinngemäß."

37. Die §§ 47 bis 49 lauten:

"§ 47

Beiträge zum Betriebsabgang

(1) Das Land deckt den Betriebsabgang der Fondskrankenanstalten nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Landesgesetzes in einem Ausmaß, das 85 v.H. der Gesamtsumme der Betriebsabgänge aller Fondskrankenanstalten entspricht (Landesbeitrag).

(2) Ausgaben für Personal- und Sachaufwendungen in bewilligungspflichtigen Einrichtungen, die ohne Genehmigung des O.ö. Krankenanstaltenfonds und ohne Bewilligung der Landesregierung errichtet und betrieben werden, sind bei der Berechnung des Betriebsabganges in Abzug zu bringen.

(3) Der Betriebsabgang der Fondskrankenanstalten wird wie folgt ermittelt: Von den durch die Einnahmen desselben Kalenderjahres nicht gedeckten Betriebs- und Erhaltungsausgaben eines Kalenderjahres sind die für dasselbe Kalenderjahr geleisteten Zahlungen des O.ö. Krankenanstaltenfonds (ausgenommen Investitionszuschüsse und Strukturreformmittel) abzuziehen. Der nach dieser Subtraktion verbleibende Rest ist der Betriebsabgang.

(4) Das Landesgebiet bildet gleichzeitig Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel. Durch die Bestimmung des Krankenanstaltensprengels und des Beitragsbezirkes wird das räumliche Gebiet umschrieben, innerhalb dessen Krankenanstalten nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Beitragsleistung zum Betriebsabgang haben. Dem Krankenanstaltensprengel bzw. dem Beitragsbezirk kommt keine Rechtspersönlichkeit zu.

(5) Der Betriebsabgang wird nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen gedeckt:

a) Es werden zunächst für jede Krankenanstalt als Vorzugsanteil 63 v.H. ihres Betriebsabganges gedeckt;

b) der durch die Aufteilung gemäß lit. a nicht verbrauchte Teil des Landesbeitrages wird nach folgendem Schlüssel auf die einzelnen Krankenanstalten verteilt: Der zur Verteilung bestimmte Betrag wird durch die Summe der Jahrespflegetage aller an der Abgangsdeckung beteiligten Krankenanstalten geteilt und für jede Anstalt mit der Summe ihrer Jahrespflegetage vervielfacht. Der sich daraus ergebende Betrag wird für jede Krankenanstalt nach Maßgabe des Abs. 6 zusätzlich zum Vorzugsanteil (lit. a) gewährt (Belagsanteil).

(6) Der Belagsanteil (Abs. 5 lit. b) ist jedoch nur in einem Ausmaß auszuschütten, daß für keine Krankenanstalt ein größerer Beitrag geleistet wird, als 96 v.H. des Betriebsabganges entspricht (Höchstdeckung).

(7) Erreicht die Summe aller gemäß Abs. 5 und 6 geleisteten Beiträge nicht das Ausmaß des Landesbeitrages, so ist die Differenz nach dem Verhältnis der Jahrespflegetage auf jene Krankenanstalten aufzuteilen, die die Höchstdeckung (Abs. 6) nicht erreicht haben. Die Verteilung ist so lange fortzusetzen, bis alle Mittel aufgebraucht sind (Restverteilung). Die Bestimmung des Abs. 6 gilt auch für die Restverteilung.

(8) Die Landesregierung kann den der Bemessung des Landesbeitrages zugrundeliegenden Betriebsabgang durch Vorgaben hinsichtlich der maximal zulässigen Aufwendungen unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit begrenzen.

§ 48

Aufbringung der Mittel

(1) Die Gemeinden haben zum Landesbeitrag (§ 47 Abs. 1) Krankenanstaltenbeiträge zu leisten, und zwar in einer Höhe, die in der Summe 40 v.H. der Gesamtsumme der Betriebsabgänge (§ 47 Abs. 3) aller Fondskrankenanstalten entspricht. Die Krankenanstaltenbeiträge sind den Gemeinden von der Landesregierung mit Bescheid zu Beginn eines jeden Jahres mit dem nach den Bestimmungen des Abs. 2 auf sie entfallenden Betrag vorzuschreiben. Der Krankenanstaltenbeitrag ist in vier gleichen Teilbeträgen jeweils am 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November jedes Jahres fällig.

(2) Die Krankenanstaltenbeiträge sind von der Landesregierung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen festzusetzen:

a) Der von den Gemeinden aufzubringende Betrag (Gemeindenanteil) ist auf die einzelnen Gemeinden im Verhältnis der Finanzkraft aufzuteilen. Die Finanzkraft ist jeweils in gleicher Weise zu berechnen wie die Grundlage für die Vorschreibung der Bezirksumlage (§ 3 Abs. 1 des Bezirksumlagegesetzes 1960). Soweit jedoch Gemeinden Träger öffentlicher Krankenanstalten sind, ist von der sich nach dieser Berechnung ergebenden Summe der vom Land nicht gedeckte, im genehmigten Rechnungsabschluß (§ 14 Abs. 2) des der Beitragsleistung zweitvorangegangenen Jahres ausgewiesene Betriebsabgang dieser Krankenanstalten abzuziehen.

b) Der Gemeindenanteil ist ferner für die einzelnen Gemeinden nach dem Verhältnis der sich aus der letzten Volkszählung ergebenden Bevölkerungszahl der Gemeinden aufzuteilen, wobei das Ergebnis der letzten Volkszählung erstmals für das dem Stichtag der Volkszählung folgende Jahr anzuwenden ist.

c) Das Mittel aus den beiden gemäß lit a und b für die einzelnen Gemeinden errechneten Beträge ergibt den von den einzelnen Gemeinden zu leistenden Krankenanstaltenbeitrag.

§ 49

Verfahren

(1) Die Landesregierung hat für jede Fondskrankenanstalt zu Beginn jedes Jahres den nach dem genehmigten Voranschlag für das laufende Jahr zu erwartenden Betriebsabgang festzustellen und den gemäß § 47 Abs. 5 bis 7 zu deckenden Anteil zu ermitteln. Von diesem Betrag ist jeweils zum 1. März, 1. Juni, 1. September und 1. Dezember als Abschlag ein Viertel dem Rechtsträger der Fondskrankenanstalt anzuweisen.

(2) Die Abweichungen des Rechnungsabschlusses der jeweiligen Fondskrankenanstalt vom Voranschlag sowie die sonstigen Abweichungen der Summe der Abschlagszahlungen zum endgültigen Beitrag sind jährlich einmal in einer Endabrechnung zu berücksichtigen und zu bereinigen.

(3) Die näheren Bestimmungen hat die Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Überprüfung einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Gebarung durch Verordnung zu erlassen."

38. § 50 Abs. 2 letzter Satz lautet:

"Die Landesregierung hat im Fall einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales von der Sachlage in Kenntnis zu setzen."

39. § 55 lautet:

"§ 55

Beziehungen der Rechtsträger von nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten zu den Krankenversicherungsträgern

(1) Die Beziehungen der Rechtsträger von nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten (private Krankenanstalten) zu den Trägern der Krankenversicherung sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen.

(2) Diese Verträge haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie z.B. in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten."

40. Dem § 57 wird folgender Satz angefügt:

"Bewilligungen oder Genehmigungen gemäß §§ 3, 4, 5 und 6 sind überdies unverzüglich der Strukturkommission (§ 59g KAG) bekanntzugeben."

41. § 58 lautet:

"§ 58

Strafbestimmungen

(1) Wer

a) eine Krankenanstalt entgegen § 3 ohne Bewilligung errichtet oder entgegen § 4 ohne Bewilligung betreibt oder die im Zusammenhang mit einer solchen Bewilligung erteilten Bedingungen und Auflagen nicht einhält,

b) entgegen § 5 Abs. 1 eine bewilligungspflichtige Verlegung oder Veränderung ohne Bewilligung vornimmt,

c) entgegen § 6 eine Krankenanstalt ohne Bewilligung verpachtet oder auf einen anderen Rechtsträger überträgt,

begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis zu S 200.000,-- zu bestrafen.

(2) Wer

a) die nach § 5 Abs. 2 vorgeschriebene Anzeige nicht oder nicht rechtzeitig erstattet,

b) entgegen § 6 die Bezeichnung einer Krankenanstalt ohne Bewilligung ändert,

c) entgegen § 7 Abs. 7 die Anstaltsordnung ohne Genehmigung erläßt oder ändert,

d) gegen eine nach § 7 erlassene Anstaltsordnung gröblich verstößt,

e) gegen die Verschwiegenheitspflicht nach § 10 verstößt, sofern die Tat nicht mit einer gerichtlichen Strafe bedroht ist,

f) entgegen § 11 den Verpflichtungen betreffend die Krankengeschichten und sonstigen Vormerke nicht nachkommt,

g) gegen die Werbebeschränkung nach § 16 verstößt,

h) den Verpflichtungen nach § 50 nicht nachkommt,

i) die nach § 53 vorgeschriebene Anzeige nicht oder nicht rechtzeitig erstattet,

begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis zu S 50.000,-- zu bestrafen."

42. § 59 lit. a lautet:

"a) die Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung (§ 60),"

43. § 60 lautet:

"§ 60

Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung

(1) Die Errichtungsbewilligung einer Krankenanstalt, einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist von der Landesregierung abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Errichtungsbewilligung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verweigerung der Bewilligung gerechtfertigt hätte, nachträglich hervorkommt.

(2) Die Betriebsbewilligung einer Krankenanstalt, einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist von der Landesregierung abzuändern oder zurückzunehmen, wenn

a) eine für die Erteilung der Betriebsbewilligung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verweigerung der Bewilligung gerechtfertigt hätte, nachträglich hervorkommt;

b) entgegen den Bestimmungen dieses Gesetzes der Betrieb der Krankenanstalt unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

(3) Die Landesregierung kann die Betriebsbewilligung einer Krankenanstalt, einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten zurücknehmen, wenn sonstige schwerwiegende Mängel, die die Verweigerung der Bewilligung gerechtfertigt hätten, trotz Aufforderung innerhalb einer festgesetzten Frist nicht behoben werden.

(4) Die Landesregierung kann vor Maßnahmen gemäß Abs. 1 bis 3 dem Rechtsträger der Krankenanstalt eine Frist bis zu sechs Monaten zur Behebung der Mängel einräumen."

44. § 61 Abs. 2 lautet:

"(2) Wird die einer öffentlichen Krankenanstalt erteilte Bewilligung zur Errichtung (§ 3) oder zum Betrieb (§ 4) zurückgenommen, so verliert sie gleichzeitig das Öffentlichkeitsrecht."

Artikel II

Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

(1) Es treten in Kraft:

1. Art. I Z. 10 (§ 9) mit 10. Jänner 1997;
2. Art. I Z. 41 (§ 58) mit Ablauf des Tages der Kundmachung im Landesgesetzblatt für Oberösterreich;
3. die übrigen Bestimmungen des Art. I mit 1. Jänner 1997.

(2) Art. I Z. 37 (§§ 47 bis 49) tritt mit Ablauf des 31. Dezember 1997 außer Kraft.

(3) Verordnungen, die auf rückwirkend in Kraft tretende Bestimmungen dieses Landesgesetzes gestützt werden, dürfen auch rückwirkend ab dem betreffenden Zeitpunkt des Inkrafttretens in Kraft gesetzt werden.

(4) Für die endgültige Berechnung der Beiträge zum Betriebsabgang für die Jahre 1995 und 1996 und für die vorläufige Berechnung der Beiträge zum Betriebsabgang für das Jahr 1997 ist die bis zum 31. Dezember 1996 geltende Rechtslage anzuwenden.