

# BUNDESGESETZBLATT

## FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

---

**Jahrgang 1996**

**Ausgegeben am 30. Dezember 1996**

**238. Stück**

---

**751. Bundesgesetz:** Änderung des Krankenanstaltengesetzes (KAG-Novelle 1996)  
(NR: GP XX RV 379 AB 429 S. 49. BR: 5303, 5304 AB 5324 S. 619.)

**752. Bundesgesetz:** Änderung des Ärztegesetzes 1984  
(NR: GP XX RV 381 AB 431 S. 49. BR: AB 5326 S. 619.)

---

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

Der Nationalrat hat beschlossen:

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

#### **Artikel I (Grundsatzbestimmungen)**

*1. § 2a Abs. 1 lit. a lautet:*

„a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Chirurgie und
2. Innere Medizin;

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

*2. § 2a Abs. 3 lautet:*

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

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

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

*4. § 3 Abs. 4 lit. a und b lauten:*

„a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 und bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 (im folgenden kurz: Fondskrankenanstalten) in Anspruch zu nehmen beabsichtigen, überdies eine Bewilligung gemäß Abs. 2a erteilt worden ist;

b) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Ap-

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

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

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

6. § 6 Abs. 1 lit. b lautet:

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

7. § 8 Abs. 1 lautet:

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

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

8. § 10 Abs. 1 Z 4 lautet:

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

9. § 10a lautet:

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

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

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

10. § 11 Abs. 2 lautet:

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

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

12. § 12 samt Überschrift lautet:

**„Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligung**

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

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

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

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

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

*13. § 15 lautet:*

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

*14. § 16 Abs. 1 lit. e lautet:*

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

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

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

*16. § 27 samt Überschrift lautet:*

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

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

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

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

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

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

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pfléglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitper-

sonen zur Entrichtung eines Entgelts bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.“

17. § 27a lautet:

„§ 27a. (1) Von sozialversicherten Pfléglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze durch den Landesfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflégling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(2) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 282/1988 ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.“

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

#### „Landesfonds

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

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

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

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

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

(5) Die Übereinstimmung mit den Zielen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, ist Voraussetzung dafür, daß der Träger der Krankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 erhält.“

*19. § 28 lautet:*

„§ 28. (1) Der Schillingwert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflegling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Schillingwert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Schillingwert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Schillingwert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

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

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

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

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

*20. § 29 lautet:*

„§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 1991, BGBl. Nr. 8/1992, Asyl gewährt wurde, und Asylwerbern, denen im Sinne des Asylgesetzes 1991, BGBl. Nr. 8/1992, eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben.“

*21. § 30 samt Überschrift lautet:***„Einbringung der LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge**

**§ 30.** (1) Vorschriften über die Einbringung von LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber

dem Pflegling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Entgelten für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

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

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

22. § 32 lautet:

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

23. § 34 lautet:

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

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

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

24. § 35 Abs. 2 letzter Satz lautet:

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

25. § 36 Abs. 2 lautet:

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

26. Dem § 42 wird folgender Satz angefügt:

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

## Artikel II

### (Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

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

28. § 48 lautet:

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

29. § 55 Z 3 lautet:

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

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

**„Zweckzuschüsse des Bundes**

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

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

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

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

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

(2) Der Zweckzuschuß gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 ist mit Wirksamkeit 1. Jänner 1997 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an die Länder (Landesfonds) zu den gesetzlichen Terminen der Vorschußleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 11 Abs. 1 FAG 1997, BGBl. Nr. 746/1996, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergüsse oder Guthaben der Länder (Landesfonds) sind auszugleichen.

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

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

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

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

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

**Strukturfonds**

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



**§ 59a.** Aufgaben des Strukturfonds sind insbesondere

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

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

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

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

handelt.

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

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

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

**§ 59d.** Bei maßgeblichen Verstößen gegen den Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes und Verstößen gegen die Dokumentationspflicht auf Grund des Bundesgesetzes über die Doku-

mentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, hat der Strukturfonds den entsprechenden Länderanteil aus den Mitteln gemäß § 57 Abs. 2 zurückzuhalten, bis der Landesfonds (das Land) Maßnahmen zur Herstellung des plan- bzw. gesetzeskonformen Zustandes gegenüber den Krankenanstalten eingeleitet hat.

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

1. Organgewinnung:

a) Für die Organgewinnung sind folgende Kostenersätze zu leisten:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 7 Mitglieder bestellt die Bundesregierung;
- je ein Mitglied bestellt jede Landesregierung aus dem Kreis der Mitglieder der jeweiligen Landeskommission;
- 6 Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
- je ein Mitglied bestellen die Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden;
- ein Mitglied bestellt die Österreichische Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat.
- Für jedes der so bestellten Mitglieder der Strukturkommission kann ein ständiges, stimmberechtigtes Ersatzmitglied bestellt werden. Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Vertretung durch Vollmacht möglich.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*„Die Landesfonds sind von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben befreit.“*

*34. § 67 Abs. 2 lautet:*

*„(2) Mit der Vollziehung*

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

*betraut.“*

### **Artikel III**

#### **(Grundsatzbestimmungen)**

*1. § 3 Abs. 2 lit. a lautet:*

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

2. § 3 Abs. 4 lit. b lautet:

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

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

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

4. § 10 Abs. 1 Z 4 lautet:

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

5. § 11 Abs. 2 lautet:

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

6. § 11 Abs. 4 lautet:

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

7. § 16 Abs. 1 lit. e lautet:

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

8. § 27 samt Überschrift lautet:

#### **„Pflege- und Sondergebühren**

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

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

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

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

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

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pflinglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung von Pflegegebühren bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.“

9. § 27a lautet:

„§ 27a. (1) Von Pflinglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflingling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(2) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.“

10. § 28 lautet:

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

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

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

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

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

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

anstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Träger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband gestellt werden.

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

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

*11. § 29 lautet:*

„§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 1991, BGBl. Nr. 8/1992, Asyl gewährt wurde, und Asylwerbern, denen im Sinne des Asylgesetzes 1991, BGBl. Nr. 8/1992, eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind, und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben.“

*12. § 30 samt Überschrift lautet:*

**„Einbringung der Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge**

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pflegling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Pflege(Sonder)gebühren für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfleglinge die Pflege(Sonder)gebühren für jeweils 30 Tage und die Kostenbeiträge für jeweils 28 Tage im vorhinein zu entrichten sind.

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

*13. § 32 lautet:*

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

*14. § 34 lautet:*

„§ 34. Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, daß bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang, vermindert um die Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 57 und 58), in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, daß sie zusam-

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

15. § 35 Abs. 2 letzter Satz lautet:

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

#### Artikel IV

##### (Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

1. § 48 lautet:

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

2. § 55 Z 3 lautet:

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

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

##### „Zweckzuschüsse des Bundes

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

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

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

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

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

4. § 64 lautet:

„§ 64. Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Bundesgesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.“

5. § 67 Abs. 2 lautet:

„(2) Mit der Vollziehung

1. der §§ 43 und 44 ist, soweit damit Angelegenheiten der Universitätskliniken geregelt werden, der Bundesminister für Wissenschaft, Verkehr und Kunst, soweit damit Angelegenheiten der Bundes-

Hebammenakademien geregelt werden, der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz,

2. des § 46 ist der Bundesminister für Wissenschaft, Verkehr und Kunst im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
3. der §§ 48 und 50 ist der Bundesminister für Justiz,
4. der §§ 55 bis 59a ist der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
5. des § 64 ist der Bundesminister für Finanzen und
6. ist im übrigen hinsichtlich des zweiten Teiles der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz

betraut.“

#### **Artikel V**

(1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu Art. I, sofern sich aus Abs. 1a nicht anders ergibt, innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.

(1a) Art. I Z 7 tritt mit dem Tag der Kundmachung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes in Kraft. Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

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

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

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

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

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

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

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

**Klestil**

**Vranitzky**

### **752. Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1984 geändert wird**

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Ärztegesetz 1984, BGBl. Nr. 373, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 378/1996, wird wie folgt geändert:

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

„Sofern krankenanstaltenrechtliche Organisationsvorschriften keine dauernde Anwesenheit eines Facharztes erfordern, können Turnusärzte, die bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, vorübergehend auch ohne Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes tätig werden.“

*2. § 13 Abs. 2 lautet:*

„(2) Fachärzte haben ihre fachärztliche Berufstätigkeit auf ihr Sonderfach zu beschränken. Dies gilt nicht für

1. Tätigkeiten als Arbeitsmediziner im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes,
2. Fachärzte, die unter den Voraussetzungen des § 15a in organisierten Notarzdiensten (Notarzwagen bzw. Notarzhubschrauber) fächerüberschreitend tätig werden, sowie für
3. Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin und Unfallchirurgie, sofern diese auf Grund krankenanstaltenrechtlicher Organisationsvorschriften im Rahmen sofortiger notfallmedizinischer Versorgung tätig werden und eine Fortbildung gemäß § 15a absolviert haben.“

**Klestil**

**Vranitzky**