

Anl. 2 Wr. KAG

Wr. KAG - Wiener Krankenanstaltengesetz 1987

Ⓞ Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 22.02.2023

Artikel II des LGBl. Nr. 38/2002 vom 10.9.2002

Soweit in Artikel II auf Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes - ASVG verwiesen wird, sind diese in jener Fassung anzuwenden, die am 31. Dezember 1996 gegolten hat.

Art. II tritt mit 1. Jänner 2009 in Kraft, sofern zu diesem Zeitpunkt nicht bereits eine zwischen dem Bund und den Ländern geschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für den Zeitraum ab 1. Jänner 2009 unterzeichnet ist.

1. In § 3 Abs. 4 wird der Ausdruck „Strukturqualitätskriterien“ durch den Ausdruck „Mindeststandards“ ersetzt.

2. § 4 Abs. 2 lit. a lautet:

„a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem vorgesehenen Leistungsangebot sowohl nach dem Landeskrankenanstaltenplan als auch im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen 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;“

3. In § 4 entfallen die Absätze 2a und 7.

4. § 5 a Abs. 1 lautet:

„(1) Die Landesregierung hat für öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilungen für Psychiatrie und für private gemeinnützige allgemeine Krankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befindet.“

5. § 5 a Abs. 3
lautet:

„(3) Die Rechtsträger der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten haben jährlich bis zum 31. März für das vorhergehende Jahr die Anzahl der stationären Aufnahmen und die Anzahl der Pfl egetage je Abteilung, getrennt nach Patienten, die ihren Hauptwohnsitz in Wien haben, und solchen, die ihren Hauptwohnsitz nicht in Wien haben, der Landesregierung schriftlich zu melden.“

6. § 6 Abs. 1 lit. b lautet:

„b) auf Grund eines Augenscheines festgestellt ist, dass 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 sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die darin vorgesehenen Mindeststandards erfüllt sind;“

7. § 7 Abs. 5 lautet:

„(5) Die Bewilligung nach Abs. 2 und 3 ist insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die darin vorgesehenen Mindeststandards erfüllt sind.“

8. § 17 Abs. 4 dritter Satz

lautet:

„Ferner sind den Sozialversicherungsträgern, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder behandelnden Ärzten über Anforderung kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspatienten zu übermitteln.“

9. § 18 Abs. 3 bis 7

lautet:

„(3) Der Abschluss von Verträgen nach § 148 Z 7 ASVG bedarf, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht das Land Wien oder die Stadt Wien ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Verträge nicht gegen zwingende gesetzliche Bestimmungen verstoßen.

(4) Die Verträge sind innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach deren Abschluss der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder der Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 3 gilt als erteilt, wenn sie nicht binnen zwei Monaten ab Vorlage der Verträge von der Landesregierung schriftlich versagt wird.

(5) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand oder Zweckzuschüsse des Bundes erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. Die Rechtsträger solcher Krankenanstalten haben

a) ihr dem Betrieb der Krankenanstalt gewidmetes Vermögen durch genaue Inventare in ständiger Übersicht zu halten und über die Erträge und Aufwendungen bzw. die Einnahmen und Ausgaben Aufzeichnungen zu führen, aus denen die für den Betrieb der betreffenden Krankenanstalt aufgelaufenen Kosten und deren Zuordnung zu den einzelnen Kostenstellen ersichtlich sind;

b) jährlich bis längstens 31. Juli Voranschläge und Dienstpostenpläne für das folgende Jahr und bis längstens 30. April des dem Gebarungsjahr nachfolgenden Jahres Rechnungsabschlüsse, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit entsprechen müssen, der Landesregierung zur Genehmigung vorzulegen;

c) den mit der Handhabung der Wirtschaftsaufsicht betrauten Organen, die sich durch einen schriftlichen Auftrag ausweisen, jederzeit Zutritt zu allen Räumen, Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt und Einsicht in alle sie betreffenden Aufzeichnungen zu gewähren sowie ihnen alle verlangten Auskünfte über die Krankenanstalt zu erteilen und ihnen von den eingesehenen Unterlagen Abschriften und Kopien herzustellen.

(6) Die Voranschläge, Dienstpostenpläne und Rechnungsabschlüsse der im Abs. 5 genannten Krankenanstalten sind von der Landesregierung zu genehmigen, wenn die rechnerische Richtigkeit festgestellt wird und keine Bedenken hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit bestehen.

(7) Die im Abs. 5 genannten Krankenanstalten sind nach Maßgabe der praktischen Erfordernisse durch Organe des Amtes der Landesregierung jährlich einmal einer eingehenden Besichtigung zur Überprüfung ihrer Wirtschaftsführung zu unterziehen.“

10. § 20 Abs. 2 lautet:

„(2) Der Rechnungsabschluss ist von der Landesregierung auf seine rechnerische Richtigkeit sowie auf die Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit zu überprüfen. Weist der Rechnungsabschluss wesentliche formale Mängel auf, ist er vom Amt der Landesregierung dem Rechtsträger der Krankenanstalt zurückzustellen und zur Verbesserung eine angemessene Frist einzuräumen.“

11. § 21 lautet:

„§ 21. Die Bestimmungen des § 18 Abs. 5 und 6 sowie der §§ 19, 20, 29 und 29a gelten nicht für jene Krankenanstalten, deren Rechtsträger das Land Wien oder die Stadt Wien ist und die von dem der Genehmigung durch den Gemeinderat unterliegenden Wirtschaftsplan, Dienstpostenplan und Jahresabschluss der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund erfasst sind.“

12. Der Titel von Abschnitt II lautet:

„II. Abschnitt

Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten“

13. § 25 Abs. 2 letzter Satz entfällt.

14. Die §§ 29 und 29a samt Überschrift lauten:

„Voranschlag, Dienstpostenplan und Rechnungsabschluss

§ 29. (1) Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Voranschlag und der Dienstpostenplan den Bestimmungen dieses Gesetzes entspricht. Wenn diese Voraussetzungen durch die Abänderung des Voranschlages oder des Dienstpostenplanes erreicht werden können, ist die Genehmigung unter den hiezu erforderlichen Bedingungen zu erteilen. Ist der Voranschlag derart im Widerspruch zu den Bestimmungen dieses Gesetzes, dass auch durch entsprechende Auflagen ein gesetzeskonformer Vollzug des Voranschlages nicht erzielt werden kann, ist der Antrag auf Genehmigung abzuweisen und der Rechtsträger der Krankenanstalt zu ermächtigen, bis zur Vorlage eines entsprechend verbesserten genehmigungsfähigen Voranschlages innerhalb der von der Landesregierung hierfür gesetzten Frist als Grundlage für die monatliche Gebarung ein Zwölftel der Ansätze des letzten genehmigten Voranschlages zu verwenden (Voranschlagsprovisorium). Das Voranschlagsprovisorium gilt auch dann, wenn der Voranschlag nicht oder so verspätet vorgelegt wurde, dass eine Genehmigung des Voranschlages vor Beginn des Gebarungsjahres nicht möglich ist.

(2) Die Ansätze des genehmigten Voranschlages stellen hinsichtlich der Aufwendungen bzw. Ausgaben Höchstbeträge dar, die aufgewendet werden dürfen, hingegen sind die veranschlagten Erträge bzw. Einnahmen Mindestbeträge, die erreicht werden sollen. Ein Nachtragsvoranschlag ist nur zu genehmigen, wenn durch wesentliche, von der zuständigen Behörde bewilligte Veränderungen der Struktur und Organisation der Krankenanstalt sowie durch den Eintritt von bei der Erstellung des Voranschlages nicht vorhersehbaren Umständen der genehmigte Voranschlag teilweise undurchführbar wird. Bei Aufwands- bzw. Ausgabenüberschreitungen gegenüber dem genehmigten Voranschlag im Ausmaß von weniger als 10% der betreffenden Voranschlagspost ist der Antrag auf Genehmigung anlässlich der Vorlage des Rechnungsabschlusses zu stellen.

§ 29a. Der Rechnungsabschluss ist zu genehmigen, wenn die rechnerische Richtigkeit festgestellt wurde und er von den Ansätzen des genehmigten Voranschlages einschließlich des Nachtragsvoranschlages nicht abweicht. Abweichungen nach § 29 Abs. 2 letzter Satz sind dann mitzugenehmigen, wenn diese den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit entsprechen. Alle nicht genehmigten Abweichungen vom

Voranschlag und Gebarungsvorgänge, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit nicht entsprechen, sind im Genehmigungsbescheid nach Berichtigung allfälliger Rechenfehler betragsmäßig anzuführen. Im Genehmigungsbescheid ist auch auszusprechen, dass diese Beträge der Berechnung des Betriebsabganges (§ 56 Abs. 2) nicht zu Grunde gelegt werden.“

15. In § 31 Abs. 2 tritt an Stelle des Zitates „§ 64b Abs. 8“ das Zitat „§ 47 Abs. 2“.

16. In § 45 Abs. 8 tritt an Stelle des Zitates „§ 64b“ das Zitat „§ 47“.

17. § 46a lautet:

„§ 46a. (1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege Pflegegebührenersätze zur Gänze (kein Selbstbehalt) durch einen Sozialversicherungsträger oder durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung getragen werden, ist durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 3,63 Euro pro Tag, für den Pflegegebührenersätze zu entrichten sind, einzuheben. Dieser Betrag darf pro Patient für höchstens 28 Tage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

(2) Ausgenommen von der Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages sind Patienten, die zu einer Organspende stationär aufgenommen wurden, sowie solche Patientinnen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen, weiters jene Patienten, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist. Bei der Beurteilung der sozialen Schutzbedürftigkeit sind die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen. Patienten, die nachweislich von der Rezeptgebühr im Sinne der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen befreit sind, sind jedenfalls von der Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages ausgenommen.

(3) Der Patient ist zur Leistung des Kostenbeitrages verpflichtet, es sei denn, das Vorliegen einer Befreiung nach den Abs. 1 und 2 wird vom Patienten nachgewiesen oder vom zuständigen Sozialversicherungsträger bzw. von der zuständigen Krankenfürsorgeeinrichtung bekannt gegeben.

(4) Die Landesregierung hat den in Abs. 1 genannten Kostenbeitrag zum 1. Jänner eines jeden Jahres zu valorisieren und zwar in jenem Verhältnis, in dem sich der Wert des vorangegangenen Oktober-Index des Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Oktober-Index des zweitvorangegangenen Jahres verändert hat. Die Höhe des Kostenbeitrages ist im Landesgesetzblatt kundzumachen.“

18. § 47 samt Überschrift lautet:

„Beziehungen der öffentlichen Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern

§ 47. (1) Für die Beziehungen der öffentlichen Krankenanstalten zu den Versicherungsträgern nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz – ASVG gilt Folgendes:

- a) Ein gemäß § 145 ASVG (§ 31 Abs. 2 dieses Gesetzes) eingewiesener Patient ist in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen; er kann jedoch auf seinen Wunsch auch in die Sonderklasse (§ 32) aufgenommen werden, ist jedoch vorbehaltlich einer anderen Bestimmung in dem zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Rechtsträger der Krankenanstalt abgeschlossenen Vertrag verpflichtet, die allfälligen Sondergebühren (§ 45 Abs. 1) aus eigenem zu tragen. Über die Tragung dieser Mehrkosten muss vor der Aufnahme in die Sonderklasse eine schriftliche Verpflichtungserklärung beigebracht werden. Über den Umfang der Verpflichtungen ist der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter in geeigneter Weise aufzuklären. Die Aufnahme kann ferner vom Erlag einer entsprechenden Vorauszahlung oder von der Beibringung einer verbindlichen Kostenübernahmserklärung einer mit der Krankenanstalt unmittelbar verrechnenden privatrechtlichen Versicherungsanstalt (Zuschusskasse) abhängig gemacht werden.

- b) Die der Krankenanstalt gebührenden Pflegegebührenersätze sind für Versicherte zur Gänze vom Versicherungsträger, für Angehörige von Versicherten zu 90% vom Versicherungsträger und zu 10% vom Versicherten zu entrichten. Sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung, übersteigen, hat der Versicherungsträger auch für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze zur Gänze zu entrichten; bei Anstaltspflege aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sowie bei der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gemäß § 120 Abs. 2 ASVG hat der Versicherungsträger für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze vom Tag der Einweisung an zur Gänze zu entrichten. Für die Anstaltspflege von Patienten, denen nach den Bestimmungen des Heeresversorgungsgesetzes – HVG Anstaltspflege gewährt wird (Beschädigte), sind den öffentlichen Krankenanstalten die behördlich festgesetzten Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse von dem hiezu verpflichteten Kostenträger zur Gänze zu ersetzen.
- c) Mit den gemäß lit. b vom Versicherungsträger bezahlten Pflegegebührenersätzen einschließlich des vom Versicherten für Angehörige zu entrichtenden Kostenbeitrags und dem Kostenbeitrag gemäß § 46a sind die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse (§ 44 Abs. 1) abgegolten. Die in § 44 Abs. 4 angeführten Leistungen sind damit nicht abgegolten.
- d) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat gegenüber dem gemäß § 145 ASVG (§ 31 Abs. 2 dieses Gesetzes) eingewiesenen Patienten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen, soweit nach lit. a, b und c nicht anderes bestimmt ist, keinen Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege. Nach Ablauf dieser Pflegedauer hat der Versicherte für den weiteren Anstaltsaufenthalt die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren zu tragen.
- e) Die Versicherungsträger sind hinsichtlich der Patienten, für deren Anstaltspflege sie aufzukommen haben, berechtigt, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt, wie Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, Einsicht zu nehmen und durch einen beauftragten Facharzt den Patienten in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen.

(2) Versicherungsträger im Sinne der vorstehenden Bestimmungen sind die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und Sozialversicherungsanstalt der Bauern. Die Bestimmungen des Abs. 1 finden auf die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, auf die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen als Träger der Krankenversicherung im Sinne des § 473 ASVG, auf die Gewerbliche Selbstständigen-Krankenversicherung und auf die Bauernkrankenversicherung mit der Abweichung Anwendung, dass die im Abs. 1 lit. b vorgesehene Ermäßigung der Pflegegebührenersätze für die Angehörigen der Versicherten dieser Versicherungsträger nicht anzuwenden ist.

(3) Zur Feststellung und Überprüfung eines allfälligen Anspruches auf Bezahlung des vereinbarten Pflegegebührenersatzes durch den Krankenversicherungsträger und zur Durchsetzung des Anspruches auf Bezahlung der Pflegegebühren gegenüber dem Patienten und dessen Angehörigen haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger über Aufforderung bekannt zu geben, für welche Zeiten und durch wen (Name und Anschrift) der Patient oder dessen Angehörige zur Krankenversicherung angemeldet waren oder sind.

(4) Handelt es sich um einen Versicherten oder um einen anspruchsberechtigten Angehörigen nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz, hat abweichend von Abs. 1 lit. b der Versicherungsträger 90% und der Versicherte 10% der den Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze zu entrichten, soweit nicht im Bauern-Sozialversicherungsgesetz Ausnahmen von der Kostenbeteiligung vorgesehen sind.“

19. § 48 lautet:

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

Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 5% pro Jahr zu entrichten.

(2) Das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührenersätze – unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe – und allfälligen Sondergebühren (§ 45 Abs. 1) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebührenersätze zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des § 49 Abs. 1, wird durch privatrechtliche Verträge geregelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung. Pflegegebührenersätze und Sondergebühren sind binnen sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 5% pro Jahr zu entrichten.

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

20. § 49 lautet:

„§ 49. (1) Kommt innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht zu Stande, so entscheidet auf Antrag die Schiedskommission (§ 50) mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß § 48 Abs. 2 zu regelnden Angelegenheiten. 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 zu Stande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gestellt werden.

(2) Wenn ein Antrag nach Abs. 1 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(3) Besteht zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger kein Vertrag (Abs. 2 und § 48 Abs. 2), sind bis zur Entscheidung der Schiedskommission die zuletzt geltenden Pflegegebührenersätze als Vorauszahlungen auf die von der Schiedskommission festzusetzenden Pflegegebührenersätze zu leisten. Ebenso sind die Bestimmungen des zuletzt geltenden Vertrages über die Verrechnung und Zahlung auf die Vorauszahlungen sinngemäß anzuwenden. Im Falle des Verzuges von Vorauszahlungen sind Verzugszinsen in der in § 63 Abs. 2 ASVG vorgeschriebenen Höhe zu entrichten.

(4) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebührenersätze, so sind diese so zu bestimmen, dass sie 80% der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse nicht übersteigen und 60% dieser Pflegegebühren nicht unterschreiten. Innerhalb dieses Rahmens sind die Pflegegebührenersätze unter Bedachtnahme darauf zu bestimmen, welche Einrichtungen und Ausstattungen die betreffende Krankenanstalt besitzt, welcher Kostenaufwand mit der Einstellung und dem Betrieb von besonders aufwändigen Einrichtungen verbunden ist und inwieweit die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger gegeben ist.

(5) Betrifft die Entscheidung der Schiedskommission das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Sondergebühren, so darf das Ausmaß 70% der jeweils geltenden, nach § 46 festgesetzten Sondergebühren nicht unterschreiten, wobei das Ausmaß der Sondergebühren unter Bedachtnahme auf die Einrichtungen und Ausstattungen der betreffenden Krankenanstalt, auf die Kosten der für die Untersuchung oder Behandlung notwendigen besonders aufwändigen Einrichtungen und auf die von den Sozialversicherungsträgern an andere Personen und Institutionen für gleichartige Leistungen zu entrichtenden Entgelte festzusetzen ist. Über Antrag einer Partei hat die Festsetzung des Ausmaßes der Sondergebühren in Bauschbeträgen zu erfolgen, die nach den durchschnittlich pro Patient anfallenden Gesamtkosten aller ambulanten

Untersuchungen und Behandlungen zu ermitteln sind und mindestens 70% dieser durchschnittlichen Kosten zu betragen haben; von der Festsetzung in Bauschbeträgen sind besonders kostenintensive Untersuchungen und Behandlungen ausgenommen.“

21. § 50 Abs. 1 lautet:

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

22. In § 50 Abs. 2 zweiter Satz tritt an Stelle des Wortes „fünf“ das Wort „vier“.

23. § 50 Abs. 2 Z 2 lautet:

„2. Die übrigen Mitglieder sind wie folgt zu bestellen:

- a) eines auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
- b) eines auf Vorschlag der Orden, die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten in Wien sind,
- c) eines aus dem Kreis der rechtskundigen Beamten des Aktivstandes des Amtes der Landesregierung,
- d) wenn der am Streit beteiligte Rechtsträger der Krankenanstalt weder ein Orden noch das Land (Gemeinde) Wien ist, eines auf Vorschlag des betreffenden Rechtsträgers der Krankenanstalt für die Dauer des Verfahrens.

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

24. § 50 Abs. 2 Z 3 bis 6 samt Schlusssatz entfällt.

25. § 50 Abs. 3 und 4 lautet:

„(3) Wird innerhalb einer vom Amt der Landesregierung zu bestimmenden angemessenen Frist von mindestens sechs Wochen kein Vorschlag erstattet, der den im Abs. 2 Z 2 angeführten Voraussetzungen entspricht, so ist die Landesregierung bei der Bestellung des Mitgliedes (Ersatzmitgliedes) nicht an das Vorliegen eines Vorschlages gebunden.

(4) Die im Abs. 2 Z 1 und Z 2 lit. a bis c bezeichneten Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind für eine Amtsdauer von drei Jahren zu bestellen. Wiederbestellungen sind zulässig, und zwar auch von Mitgliedern nach Abs. 1 Z 2 lit. d.“

26. § 50 Abs. 11 bis 18
lautet:

„(11) Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2002, anzuwenden.

(12) Die Schiedskommission entscheidet in Senaten, denen der Vorsitzende und als Beisitzer

1. das auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger bestellte Mitglied und
2. von den Mitgliedern gemäß Abs. 2 Z 2 lit. b bis d dasjenige, das nach Art des am Streit beteiligten Rechtsträgers der Krankenanstalt in Betracht kommt, angehören.

(13) Bei Ablauf der Amtsdauer von Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) oder bei einem sonstigen Wechsel in der Person von Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) ist ein anhängiges Verfahren von neuem durchzuführen.

(14) Die Beisitzer sind zu den Sitzungen vom Vorsitzenden unter Bekanntgabe der Tagesordnung rechtzeitig einzuberufen. Die Einberufung hat schriftlich und unter Nachweis der Zustellung zu erfolgen.

(15) Ein Senat ist beschlussfähig, wenn der Vorsitzende und die beiden Beisitzer anwesend sind.

(16) Die Beschlüsse der Senate werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Der Vorsitzende gibt seine Stimme als Letzter ab.

(17) Nähere Bestimmungen über die Geschäftsordnung der Schiedskommission hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen. Die Kanzleigeschäfte der Schiedskommission hat der Magistrat zu führen.

(18) Die Entscheidungen der Schiedskommission unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg.“

27. § 50 a entfällt.

28. § 53 Abs. 2 lautet:

„(2) Wenn ein Patient, seine unterhaltspflichtigen Angehörigen, der Versicherte § 47 Abs. 1 lit. b) oder die Begleitperson (§ 37 Abs. 2) zur Zahlung verpflichtet sind, dürfen die Pflegegebühren, die Sondergebühren sowie die Kostenbeiträge für die voraussichtliche Pflegedauer, höchstens jedoch für jeweils 28 Tage, vom Zahlungspflichtigen im Vorhinein eingehoben werden.“

29. § 56 Abs. 2 lautet:

„(2) Zum Betriebsabgang einer öffentlichen Krankenanstalt leistet das Land Wien einen Beitrag von 50% des von der Landesregierung nach den Grundsätzen dieses Gesetzes festgestellten Betriebsabganges der Krankenanstalt. Unter Betriebsabgang ist der gesamte Betriebs- und Erhaltungsaufwand der Krankenanstalt, soweit er von der Landesregierung als für die wirtschaftliche, sparsame und zweckmäßige Führung der Krankenanstalt gerechtfertigt anerkannt und durch Erträge bzw. Einnahmen nicht gedeckt ist, zu verstehen. Für Leistungen der Krankenanstalt, für die dem Rechtsträger weder gegenüber dem Patienten noch gegenüber einer anderen physischen oder juristischen Person ein Anspruch auf Gebühren (Pflege- und Sondergebühren, Pflegegebührenersätze und sonstige Entgelte) zusteht, sind jene Beträge als Erträge bzw. Einnahmen als betriebsabgangsmindernd einzusetzen, die sich an Hand der Äquivalenzbeträge (§ 19 lit. b) für stationär erbrachte Leistungen, an ambulanten Patienten erbrachte Leistungen und der aus der Anzahl der Gesundenuntersuchungen ermittelten Beträge des betreffenden Jahres ergeben. Ebenso sind im Gebarungsergebnis enthaltene Personal- und Sachaufwendungen für vom Rechtsträger gewährte freiwillige (zB freiwillige Sozialleistungen) oder nicht krankenhausspezifische Leistungen bei der Berechnung des Betriebsabganges in Abzug zu bringen. Zweckzuschüsse des Bundes sowie Investitionszuschüsse, soweit sie sich auf Ersatzanschaffungen beziehen, sowie allfällige Zuwendungen Dritter sind in jenem Jahr betriebsabgangsmindernd in Abzug zu bringen, in welchem sie dem Rechtsträger der Krankenanstalt zugeflossen sind. Im Betriebsaufwand von Krankenanstalten, deren Träger kirchliche Einrichtungen sind, ist das Entgelt für die Arbeit des geistlichen Personals des Rechtsträgers der Krankenanstalt mit jenen Beträgen anzusetzen, die für das nichtgeistliche Personal derselben Anstalt in gleicher Verwendung gelten. Bei einer über die Altersgrenze für die Pensionierung fortdauernden Verwendung und Arbeitsfähigkeit gilt keine Beschränkung beim Ansatz derartiger Personalkosten.“

30. § 56 Abs. 4 und 5 entfällt.

31. § 57 Abs. 2 letzter Satz
lautet:

„Wenn die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, ist das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage durch die Landesregierung in Kenntnis zu setzen.“

32. § 62 lit. m
entfällt.

33. § 63 lautet:

„§ 63. (1) Die Beziehungen der Versicherungsträger nach § 47 Abs. 2 erster Satz zu den privaten Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen. Die

Höhe des Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten in einer privaten Krankenanstalt für Patienten, denen nach dem Heeresversorgungsgesetz – HVG Anstaltspflege gewährt wird, ist durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Übereinkommen bedürfen, wenn sie von einem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen abgeschlossen werden, der Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform und der Genehmigung der Landesregierung gemäß § 18 Abs. 4.

(2) Die mit gemeinnützigen privaten Krankenanstalten zu vereinbarenden Pflegegebührenersätze dürfen nicht niedriger sein als die Pflegegebührenersätze, die vom gleichen Versicherungsträger an die nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen geleistet werden.

(3) Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 47 Abs. 1 lit. e und die des § 48 Abs. 1 sinngemäß.“

34. Abschnitt IV samt Überschrift entfällt mit Ausnahme von § 64i. § 64i erhält die Bezeichnung „§ 64a“.

35. Abschnitt V erhält die Bezeichnung „IV. Abschnitt“.

36. § 65 letzter Satz entfällt.

In Kraft seit 01.01.2014 bis 31.12.9999

© 2024 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at