

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung

VII/3-20/I-2/109-1978

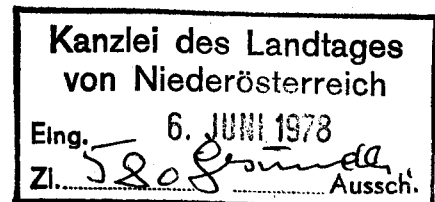
Bearbeiter 63 36 01
Dr. Gelbenegger Kl. 39

6. Juni 1978

Betrifft

Entwurf eines Gesetzes, mit dem das NÖ Krankenanstaltengesetz 1974 geändert wird.

1 Beilage



Hoher Landtag!

A) Allgemeines:

Der Landtag von NÖ hat am 14. Oktober 1976 im Zusammenhang mit einer Änderung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des Bundes-Krankenanstaltengesetzes durch die 2. KAG-Novelle, BGBl. 281/1974, einen Gesetzesentwurf, mit dem auch das NÖ Krankenanstaltengesetz 1974 geändert werden sollte zum Beschluß erhoben. Die Bundesregierung hat gegen diesen Gesetzesbeschluß am 30. November 1976 gemäß Artikel 98 Abs. 2 B-VG Einspruch erhoben.

Mittlerweile haben sich auf Grund der Verhandlungen über eine Spitalssanierung neue Aspekte in der Beurteilung der Frage der Novellierung des NÖ Krankenanstaltengesetzes 1974 ergeben. Da das Ergebnis dieser Verhandlungen erst zu einem späteren Zeitpunkt effizient wird, ist es notwendig, dringend anstehende Probleme der Krankenanstaltengesetzgebung, die mit den Finanzierungsproblemen keinen Konnex haben, vorzeitig zu regeln.

Insbesondere soll das Problem des Krankenhausverbandes Lilienfeld, der seiner Rechtskonstruktion nach ein Verein ist und nicht ein Gemeindeverband im Sinne des NÖ Gemeindeverbandsgesetzes,

einer Lösung zugeführt werden. Es erscheint gerechtfertigt, daß für diesen "Verband" eine gleiche Regelung wie für die Krankenanstalt Mistelbach getroffen wird. Auf die Dauer ist eine Differenzierung, die kaum tragbar erscheint, nicht möglich.

Die für die Krankenanstalt Mistelbach vorgesehene Lösung hat folgendes beinhaltet

- a) das Land trägt für den Errichtungsaufwand 80 % der Kosten,
- b) der NÖKAS hingegen 20 %, sodaß
- c) dem Rechtsträger der Errichtungsaufwand erspart bleibt.

Hinsichtlich der Deckung des Betriebsabganges leisten die dem Verband angehörigen Gemeinden 4 % und die Sitzgemeinde zuzüglich 1 %. Die Verteilung erfolgt nach der Finanzkraft, wie sie im NÖ Landesumlagegesetz, LGBL.3200, normiert ist.

In diesem Zusammenhang ist auch festzuhalten, welche Rechtskonstruktion der Krankenhausverband Lilienfeld besitzt. Die NÖ Landesregierung hat am 16. April 1973 die Statuten dieses Verbandes auf Grund eines kaiserlichen Patents vom 26. November 1852, RGBL.253, genehmigt. Im Jahre 1973 fand eine Umbildung des Vereines "Krankenhausverband zur Verwaltung des allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in Lilienfeld" statt. Die Genehmigung hiefür wurde von der Landesregierung erteilt. Demnach haben die 13 Verbandsgemeinden die auf den Verband - der Höhe nach wie bei den übrigen Gemeindekrankenanstalten - entfallenden Trägeranteil für den Errichtungsaufwand und den Betriebsabgang des A.ö.Krankenhauses Lilienfeld je zur Hälfte nach ihrer Einwohnerzahl und der Finanzkraft zu leisten, nachdem vorweg die Sitzgemeinde Lilienfeld zusätzlich 25 % des Trägeranteiles am Betriebsabgang trägt.

Durch die Änderung der Bundesverfassung im Jahre 1962 wurde die bis dahin bestrittene Möglichkeit der Bildung von Gemeindeverbänden einer Klärung unterzogen. Artikel 116 Abs. 4 B-VG hat dem Landesgesetzgeber die Möglichkeit eröffnet, für bestimmte Zwecke Gemeindever-

bände, die mit hoheitlichen Aufgaben ausgestattet sein können, zu schaffen. Diesbezüglich darf auf das NÖ Gemeindeverbandsgesetz, LGB1.223/1971, verwiesen werden.

Es ist daher verständlich, daß der "Gemeindeverband Lilienfeld" sich nun auch dieser ihm verfassungsgesetzlich und landesgesetzlich gebotenen Möglichkeit bedient. Die Gemeinden, die derzeit noch als Träger der Krankenanstalt Lilienfeld agieren, haben schon seit langem den Wunsch geäußert, daß eine verbandsgerechte Regelung auch für Lilienfeld im NÖ Krankenanstaltengesetz 1974 getroffen wird.

Abgesehen von der Lösung des Problems des Krankenhausverbandes Lilienfeld soll der vorliegende Gesetzesentwurf jene grundsatzgesetzliche Bestimmungen der 2. Novelle zum Krankenanstaltengesetz sowie der inzwischen unter BGB1.659/1977 kundgemachten weiteren KAG-Novelle, welche durch die Landesgesetzgebung gem. Art. 15 Abs. 6 B-VG auszuführen sind und nicht im Zusammenhang mit den erwähnten grundsätzlichen Finanzierungsproblemen stehen, zur Ausführung bringen. Es sind dies im wesentlichen folgende Regelungen:

- a) die Neufassung der Begriffsbestimmung der Krankenanstalten, im besonderen bedingt durch die Erweiterung des Aufgabenbereiches auf die Vorsorgemedizin und auf die sogenannten kosmetischen Operationen,
- b) die Typisierung und Gliederung der allgemeinen Krankenanstalten sowie die gegenseitige Zuordnung der einzelnen Anstaltstypen unter Bedachtnahme auf das Einzugsgebiet,
- c) Einführung einer Sonderklasse anstelle der bisherigen höheren Gebührenklasse und Erweiterung der hierfür zulässigen Bettenanzahl in den öffentlichen Krankenanstalten,

- d) die zwingende Einführung eines Buchführungssystems, das eine Kostenstellenrechnung ermöglicht,
- e) Erleichterung des Arzneimittelbezuges,
- f) Erweiterung des Aufgabenumfanges der Anstaltsambulatorien,
- g) die Neufassung der Regelung der kollegialen Führung in den Krankenanstalten durch Einbeziehung des Leiters des Pflegedienstes (der Oberin) in die Anstaltsleitung sowie die Ermöglichung der Aus- und Fortbildung des leitenden Personals und die Festlegung objektiver Kriterien für die Auswahl der Führungskräfte in den Krankenanstalten,
- h) die Einführung eines Konsiliarapothekers in Krankenanstalten, die selbst keine Anstaltsapotheke besitzen, sowie eines Krankenhaushygienikers, ferner
- i) die aus dem neuen Strafrecht erfließenden Regelungen hinsichtlich der Durchführung, Mitwirkung oder Verweigerung eines straflosen Schwangerschaftsabbruches.
- j) Einbeziehung der EDV in den Bereich der Krankengeschichten.

Ferner enthält der Gesetzesentwurf eine Neuregelung in bezug auf die Festsetzung und Aufteilung der ärztlichen Honorare, wie sie sich einerseits aus der entsprechenden Grundsatzbestimmung und andererseits auf Grund der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes vom 19. März 1974, Zl.G-31/73-14, ergibt, die den § 45 Abs. 2 als verfassungswidrig aufgehoben hat.

Weiters wurde bei der Entwurfserstellung getrachtet, nach Möglichkeit auch einige sonstige moderne Entwicklungen auf dem Krankenhausrechtssektor zu berücksichtigen, bzw. die rechtlichen Voraussetzungen hierfür zu schaffen. Es handelt sich dabei um die Regelung der Vertretung des Abteilungsleiters im Zusammenhang mit der Systemisierung von Oberarztstellen und die Heranziehung von niedergelassenen

Ärzten für Zwecke der Krankenanstalt. Außerdem soll versucht werden, ein Beratungsgremium über allgemeine Spitalsprobleme zu installieren, an dem die maßgeblichen Interessensträger am Spitalswesen beteiligt sind und das der Landesregierung bei der Entscheidung über zukunfts-trächtige Maßnahmen im Spitalswesen eine geeignete Hilfestellung bieten kann.

B) Erläuterungen der einzelnen Entwurfsbestimmungen:

Zu Art. I Z. 1-6:

Diese Bestimmungen ^{stimmen} fast wörtlich mit den Bestimmungen des Artikel I Z. 1-6 des Grundsatzgesetzes überein.

Bisher umfaßte die Begriffsbestimmung der Krankenanstalten lediglich die Untersuchung und Behandlung wegen Krankheiten. Nunmehr soll dieser Begriff auch auf die Untersuchung Gesunder und die Vornahme operativer Eingriffe an Gesunden (z.B. kosmetische Operationen) und schließlich auf die normale Entbindung, die aus medizinischer Sicht einen physiologischen Vorgang darstellt, ausgedehnt werden. Diese Leistungen de facto die Krankenanstalten bisher schon erbracht, obwohl sie bei strenger Gesetzesauslegung von der früheren Begriffsbestimmung einer Krankenanstalt nicht umfaßt waren.

Weiters erscheint die bisherige Umschreibung des Begriffes der Pflegeanstalten, die im besonderen auf die Unheilbarkeit abstellt, im Hinblick auf den Fortschritt der Medizin als überholt. Damit fällt auch die bisherige Bestimmung, wonach Fürsorgeeinrichtungen, in denen unheilbare Kranke untergebracht sind, den Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes nicht unterliegen, wegen Einrichtungen, die dem NÖ Sozialhilfegesetz unterliegen, werden allerdings nur insoweit den krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen unterliegen, als es sich um solche handelt, die entweder zur Kategorie der Krankenanstalten nach § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 (z.B. Geriatrische Krankenanstalten

oder geriatrische Abteilungen in allgemeinen Krankenanstalten) oder der Pflegeanstalten nach § 2 Abs. 1 Z. 4 (Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die einer ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege, also einer sogenannten Betreuungspflege, bedürfen) zu zählen sind. Nicht können aber Anstalt und Heime dazugerechnet werden, die nur der Versorgung (die Insassen sind in der Regel gesunde Personen, welche die lebenswichtigen wiederkehrenden Verrichtungen selbst vornehmen können und nur Unterbringung, Ernährung und eine gewisse soziale und psychische Betreuung benötigen; ärztliche Betreuung ist nur fallweise erforderlich) oder ausschließlich der Pflege (der Personen mit einer Behinderung oder einem chronischen Leidenszustand, welche neben der Versorgung auch der persönlichen Pflege bei den lebenswichtigen wiederkehrenden Verrichtungen bedürfen; ärztliche Betreuung ist im vermehrten Ausmaß erforderlich, kann aber durch Ordination oder Hausbesuch freipraktizierender Ärzte gewährt werden) dienen.

Aus diesen Gründen sind auch die Begriffe der allgemeinen Krankenanstalten, der Sonderkrankenanstalten, der Pflegeanstalten und der selbständigen Ambulatorien neu zu formulieren. Letztere dürfen in Hinkunft über eine angemessene Zahl von Betten verfügen, sofern dies zweckentsprechend ist. Der Zeitraum der stationären Unterbringung in solchen Einrichtungen ist allerdings auf das unbedingt notwendige Ausmaß zu begrenzen.

Betriebsärztliche Dienste gemäß § 22 Abs. 1 des Arbeitnehmerschutzgesetzes, BGBl.Nr. 234/1972, werden wie die bisherigen Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, nicht zu den Krankenanstalten gezählt.

Zu Art.I Z. 7:

Diese Bestimmung enthält - der grundsatzgesetzlichen Bestimmung des Artikel I Z. 7 folgend - die Festlegung der Typen der allgemeinen Krankenanstalten in Standardkrankenanstalten, die der Grund-

versorgung dienen, in Schwerpunktkrankenanstalten für die Zentralversorgung und in Zentralkrankenanstalten zur Sicherung der sogenannten Maximalversorgung. Gleichzeitig werden für jede dieser Anstaltstypen die dazugehörenden Einrichtungen bestimmt. Dabei muß auf die Terminologie des Raumordnungsprogrammes für das Gesundheitswesen, LGBI. 8000/22-2, Bedacht genommen werden, das unter anderem die Standorte für die A.ö.Krankenanstalten festlegt, wobei eine Funktionsteilung in der allgemeinen Versorgung zwischen Krankenanstalten für die Grundversorgung und Krankenanstalten für die Zentralversorgung mit den entsprechenden Abteilungen und Einrichtungen getroffen wird.

Von der im Grundsatzgesetz vorgesehenen Ermächtigung, daß unter bestimmten Umständen von der Errichtung einzelner Abteilungen in Krankenanstalten abgesehen werden kann, wird im Hinblick auf die im Raumordnungsprogramm für das Gesundheitswesen vorgezeichneten Verhältnisse sowie unter Bedachtnahme auf die Wirtschaftlichkeit der Führung einzelner Abteilungen entsprechend Gebrauch gemacht.

Im besonderen ist zum letzten Satz des § 2 a Abs. 3 zu bemerken, daß diese Bestimmung ausdrücklich den Weiterbestand jener Krankenanstalten sichern soll, die anstelle der geforderten geburtshilflichen-gynäkologischen Abteilung - bedingt durch den lokalen Bedarf, aber auch unter Bedachtnahme auf die Wirtschaftlichkeit - nur eine geburtshilfliche Station aufweisen, während die gynäkologische Versorgung in den nahegelegenen Krankenanstalten ausreichend sichergestellt wird. (Krankenhaus Allentsteig, Eggenburg und Lilienfeld). Dem möglichen Einwand, daß eine solche Ausführungsregelung grundsatzgesetzlich nicht gedeckt ist, muß generell dahingehend begegnet werden, daß der Landesgesetzgeber ja verpflichtet ist, die Grundsatzregelung auch tatsächlich auszuführen, und dazu eben ein gewisser Spielraum notwendig ist. Wenn nämlich die Abfassung der Grundsatzbestimmung so angelegt wurde, daß ihre landesgesetzliche Ausführung nur durch die wörtliche Übernahme geschehen kann, müßte die Grundsatzgesetzbestimmung ihrerseits als verfassungswidrig angesehen werden.

Zu Art. 1 Z. 8:

Anstelle des früher gebräuchlichen Ausdruckes "Prosektur" wird die nunmehr gängige, moderne Bezeichnung für solche Einrichtungen "Pathologisches Institut" eingeführt. Diese Änderung der Begriffsbezeichnung setzt sich durch den ganzen Gesetzestext fort.

Zu Art. 1 Z. 9:

Art. I Z. 8 der 2. Krankenanstaltengesetz-Novelle ermöglicht die zusätzliche Einrichtung von Abteilungen und Pflegegruppen für Langzeitkranke neben solchen für Akutkranke, ferner die Führung von Tages- und Nachtabteilungen, wodurch im besonderen bereits lange bestehenden Bedürfnissen auf dem Sektor der psychiatrischen Krankenanstalten nachgekommen werden kann. Die Änderung des § 16 Abs. 1 lit. c beinhaltet eine sprachliche Verbesserung.

Zu Art. I Z. 10 und 11:

Durch die Begrenzung der Bettenzahlen der einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen (Stationen) soll dem Erfordernis einer medizinisch wirksameren und verantwortbaren Behandlung entsprochen werden. Die angestrebten Höchstzahlen beruhen auf internationalen Erfahrungswerten und sollen auch eine optimale wirtschaftliche Führung der Abteilungen und Pflegegruppen gewährleisten. Bei den vorgesehenen Abteilungsgrößen handelt es sich um Richtzahlen, die selbstverständlich einen gewissen Spielraum zulassen, wobei an einen solchen von plus oder minus 20 % gedacht ist.

Der neue Abs. 3 des § 16 enthält die im Art. I Z. 9 der 2. Krankenanstaltengesetz-Novelle vorgezeichnete Regelung, wonach die Anstaltsordnung keine Bestimmung enthalten darf, die die Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruches oder die Mitwirkung daran verbieten oder die Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch

durchzuführen oder daran mitzuwirken, mit nachteiligen Folgen verbinden. Diese Bestimmung läßt keinen Spielraum für die Ausführungsgesetzgebung zu.

Zu Art. I Z. 12:

Die kollegiale Führung der Krankenanstalten ist derzeit im § 22 des NÖ Krankenanstaltengesetzes 1974 rechtlich in der Form verankert, daß bestimmte, gemeinsame Belange berührende Fragen einvernehmlich zwischen dem ärztlichen und dem wirtschaftlichen Leiter der Krankenanstalt zu entscheiden sind. Unter diesem Blickwinkel wurden dann für eine Reihe von Krankenanstalten Anstaltsordnungen erlassen, in welchen die Aufgaben der Anstaltsleitung konkret bestimmt und die für die Entscheidung maßgebende Vorgangsweise festgelegt wurden. In Ausführung des Art. I Z. 10 der 2. Krankenanstaltengesetz-Novelle sind nun die Vorschriften über die kollegiale Führung in Krankenanstalten unter Einbeziehung des Leiters bzw. der Oberin des Pflegedienstes neu zu fassen. Der Entwurf stützt sich dabei im wesentlichen auf die Regelungen hinsichtlich der bisher aus dem ärztlichen und dem wirtschaftlichen Leiter bestehenden Anstaltsleitung bzw. übernimmt sinngemäß verschiedene bislang nur in den Anstaltsordnungen enthaltene Vorschriften. Die Einbeziehung des Leiters bzw. der Oberin des Pflegedienstes in die Anstaltsleitung folgt einem auch in anderen westeuropäischen Staaten wahrnehmbaren Trend, der einerseits mit einer steten Ausweitung der Verantwortungsbereiche des Pflegepersonals und andererseits mit einer allgemeinen Auswertung des Pflegeberufes Hand in Hand geht. Durch die zu treffende Regelung soll die modernere Entwicklung auf dem Gebiete der Krankenhausführung bei ausdrücklicher Wahrung der eigenen Aufgabenbereiche der einzelnen Funktionsträger gefestigt werden.

Der Einwand zu § 16 a Abs. 5, wonach vor einer Beschlußfassung im Rahmen der Anstaltsleitung die innerbetriebliche Interessensvertretung zu hören ist, wenn dies in den bestehenden Vorschriften für die betreffende Angelegenheit vorgesehen ist, daß eine solche Be-

stimmung unbestimmt ist und daher nicht den vom Gesetz geforderten Informationswert hat, kann an sich nicht völlig von der Hand gewiesen werden. Auf der anderen Seite wurde seitens der Ärzteschaft ausdrücklich eine Norm verlangt, daß der Spitalärztevertreter zu hören ist, wenn Belange der Spitalsärzte berührt werden. Eine solche Bestimmung sollte aber nicht isoliert vom übrigen Personal betrachtet und in das Gesetz aufgenommen werden.

Zu Art. I Z. 13 und 14:

Die ständig steigende Intensivierung der medizinischen Betreuung in den Krankenanstalten macht es insbesondere auf den größeren Abteilungen notwendig, daß neben dem Abteilungsleiter ein Assistent ständig zur Verfügung steht, der in fachlicher Hinsicht den Anforderungen eines leitenden Arztes entspricht und diesen im Falle der Verhinderung auch vollwertig vertreten kann. Diese Ärzte sollen in Ansehung ihres erhöhten Verantwortungsbereiches den Titel "Oberarzt" führen. Damit wird die Erwartung verbunden, eine Entlastung für die Abteilungsleiter zu erzielen, die Kontinuität in der ärztlichen Betreuung zu steigern und damit eine bessere Betreuung der Patienten herbeizuführen.

Zu Art. I Z. 15:

Diese Bestimmung soll es den Rechtsträgern der Krankenanstalten ermöglichen, niedergelassene Ärzte des Einzugsgebietes, die bereit sind, in der Krankenanstalt mitzuarbeiten, mit bestimmten Aufgaben zu betrauen. Der Umfang und die Art der von solchen Ärzten zu erbringenden Tätigkeiten bzw. ihr Aufgabenbereich wird im Einzelfall entweder in einer Dienstanweisung (Anstaltsordnung) oder vertraglich festzulegen sein. Jedenfalls sollen durch eine derartige Vorgangsweise die Beziehungen der niedergelassenen Ärzte zu "ihrer" Krankenanstalt zum Wohle der Patienten enger geknüpft

und die im Bereich einer Krankenanstalt vorhandenen ärztlichen Kräfte im bestmöglichen Ausmaß genützt werden.

In Hinkunft soll - auch so wie bisher bei Genesungsheimen - für Pflegeanstalten für chronisch Kranke von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand genommen werden können.

Zu Art. I Z. 17:

Das Grundsatzgesetz schreibt die Einstellung eines Krankenhaushygienikers vor. Es ist dabei festzulegen, welche Aufgaben ihm zukommen und welche Eignung er aufweisen muß. Von dieser Vorschrift sind Krankenanstalten auszunehmen, bei denen die Bestellung eines eigenen Krankenhaushygienikers sachlich nicht gerechtfertigt ist.

Eine wörtliche Übernahme der Grundsatzgesetzbestimmung, wonach in jedem Fall ein eigener Krankenhaushygieniker zu bestellen ist, ist - abgesehen von der bereits weiter vorne aufgezeigten verfassungsrechtlichen Problematik - dort sinnlos, wo der ärztliche Leiter, in dessen Aufgabengebiet ja aus der Natur der Sache heraus schon die Wahrnehmung der hygienischen Belange der Krankenanstalt fällt, hiefür fachlich geeignet ist, und wo von der Bestellung eines ärztlichen Leiters, so wie es das Gesetz selbst in einigen Fällen vorsieht, überhaupt Abstand genommen werden kann.

Die Verpflichtung der Spitalsträger, für eine laufende Fortbildung der Anstaltsärzte Sorge zu tragen, liegt im Interesse einer ordnungsgemäßen medizinischen Betreuung der Patienten und ist mit Rücksicht auf den laufenden Fortschritt der medizinischen Wissenschaft dringend geboten.

Zu Art. I Z. 18 bis 22:

Aus sprachlichen Gründen wird künftighin anstelle des Wortes "Krankheitsgeschichte" der Ausdruck "Krankengeschichte" verwendet. Der Gesetzestext ist daher entsprechend zu ändern. Ferner soll die nunmehr überlicherweise gehandhabte Mikroverfilmung auch

rechtlich abgedeckt werden. Dadurch erübrigt sich aber eine Regelung, daß Krankengeschichten für ambulante Patienten einen kürzeren Zeitraum aufbewahrt werden müssen als jene der stationären Patienten. Zur Wahrung der Kontinuität in der Behandlung ist bei dieser Gelegenheit festzulegen, daß den einweisenden oder behandelnden Ärzten in jedem Fall zumindestens ein Arztbrief und wenn es nötig ist, über seine Anforderung sogar kostenlos die Abschrift von Teilen einer Krankengeschichte zu übermitteln ist.

Die vorgesehenen Einschränkungen bei der Übermittlung von Krankengeschichten an die einweisenden Ärzte müssen aus Kostengründen erfolgen und sind vom Österreichischen Spitalerhalterverband ausdrücklich empfohlen worden. Sie werden auch von der Ärzteschaft selbst als zweckmäßig angesehen.

In diesem Zusammenhang sind auch die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen der KAG-Novelle BGBl.659/1977 der ausführungsgesetzlichen Regelung zuzuführen, womit die Möglichkeit geschaffen werden soll, Krankengeschichten von anderen Rechtsträgern - insbesondere durch EDV-Anlage - speichern und verarbeiten zu lassen. Dabei sind entsprechende Kautelen zur Verhinderung der mißbräuchlichen Verwendung der Daten im Interesse des Patientenschutzes festzulegen. Dazu wird auf die bestehende Verschwiegenheitsverpflichtung zurückgegriffen.

Im Zusammenhang mit der Regelung über die Anstaltsleitung sind auch die Bestimmungen über die wirtschaftliche Leitung einer Krankenanstalt neu zu formulieren. Dabei sind im besonderen die Eignungskriterien für den wirtschaftlichen Leiter zu fixieren und die Notwendigkeit zur Aus- und Weiterbildung auf dem Verwaltungssektor ausdrücklich anzuerkennen. Nur auf diese Weise wird es möglich sein, die erforderlichen qualifizierten Führungskräfte zur Verfügung zu haben, die den immer mehr steigenden Anforderungen im Bereiche der wirtschaftlichen Betriebsführung der Krankenanstalt gerecht werden.

Zu Art.I Z. 24, 26 bis 28:

Die moderne und rationelle Betriebsführung einer Krankenanstalt verlangt die Einführung einer sogenannten Kostenstellenrechnung. § 59 a der 2. Krankenanstaltengesetz-Novelle macht ferner die Gewährung von Zweckzuschüssen des Bundes davon abhängig, daß die Krankenanstalten ein Buchführungssystem anwenden, das eine Kosten-

ermittlung und eine Kostenstellenrechnung ermöglicht. Außerdem ist für die Form und Gliederung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Länder, der Gemeinden und von Gemeindeverbänden ab 1. Jänner 1976 die Voranschlags- und Rechnungsabschlußverordnung - VRV -, BGBl.Nr. 493/1974, maßgebend. Dem wird im vorliegenden Gesetzesentwurf entsprechend Rechnung getragen.

Es ist ferner vorgesehen, daß bei der Voranschlagserstellung für die Aufwendungen einer Krankenanstalt auch auf die Funktion der Krankenanstalt entsprechend Rücksicht zu nehmen ist.

Zu Art. I Z. 25:

Diese Regelung sieht vor, daß im Falle eines Voranschlagsprovisoriums im Interesse eines zweckentsprechenden Weiterbetriebes einer Krankenanstalt auch die eingetretenen durchschnittlichen Kostensteigerungen berücksichtigt werden.

Zu Art. I Z. 29 und 30:

Entsprechend der neuen Grundsatzbestimmung ist eine Genehmigung der Verträge durch die Landesregierung dann nicht mehr erforderlich, wenn das Land als Rechtsträger der Krankenanstalt Vertragspartner ist. Gleichzeitig soll aber weiterhin gesichert bleiben, daß die vom Land als Spitalsträger abgeschlossenen Verträge im Einklang mit den im Gesetz enthaltenen Grundsätzen stehen. Durch die Bestimmungen über die Vorlage der Verträge und die Erteilung der Genehmigung sollen von vorneherein Unklarheiten beseitigt werden, die Anlaß zu Streitigkeiten geben könnten.

Zu Art. I Z. 31:

Hier wird Art. I Z. 18 des Grundsatzgesetzes hinsichtlich der Bestellung eines verantwortlichen Leiters (einer Oberin) des Pflegedienstes mit Rücksicht auf die bedeutende Funktion, die dem Pflege-

dienst im Rahmen des Betriebes einer Krankenanstalt zukommt, ausgeführt. Ferner werden Bestimmungen hinsichtlich der Eignung und der Fortbildung des betroffenen Personenkreises festgelegt.

Zu Art. I Z. 32:

Durch die im § 2 a vorgesehenen Vorschriften über die Ausstattung einer allgemeinen Krankenanstalt ist § 32 Abs. 2, der dies nur für gemeinnützige Krankenanstalten festlegt, überflüssig geworden.

Zu Art. I Z. 33:

Hier soll - im Gegensatz zu der bisherigen Regelung - in Hinkunft ermöglicht werden, daß die Pflegegebühr einer gemeinnützigen Krankenanstalt innerhalb derselben Gebührenklasse unter Bedachtnahme auf Abteilungen bzw. Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung sowie auf Tag- oder Nachtbetrieb in verschiedener Höhe festgesetzt werden kann.

Zu Art. I Z. 34:

Die Erhöhung der Klassenbettenanzahl von einem Fünftel auf ein Viertel der gesamten Bettenzahl einer Krankenanstalt entspricht der Grundsatzbestimmung des Art. I Z. 20, die keinen Ausführungsspielraum läßt.

Zu Art. I Z. 35:

Nach den Bestimmungen der 2. Krankenanstaltengesetz-Novelle soll es in Hinkunft in einer Krankenanstalt nur mehr zwei Gebührenklassen, nämlich die allgemeine Gebührenklasse und die Sonderklasse geben. Da das NÖ Krankenanstaltengesetz 1974 schon bisher nur eine allgemeine und eine höhere Gebührenklasse vorsah, ist grundsätzlich keine inhaltliche Änderung des Ausführungsgesetzes notwendig, sondern nur die Bezeichnung "höhere Gebührenklasse" durch den Ausdruck "Sonderklasse" im gesamten Gesetzestext zu ersetzen. Der rechtlichen Verdeutlichung wegen werden die Kriterien für die Qualifikation als

Krankenzimmer der Sonderklasse angegeben. Über Wunsch der Ärztekammer für Niederösterreich soll ferner eine Richtzahl für die mindestens in jeder Krankenanstalt bereitzustellenden Klassenbetten in das Gesetz aufgenommen werden, nämlich 15 % der Gesamtbettenanzahl. Schwierigkeiten sind dadurch keine zu befürchten, weil der neue § 39 Abs. 5 festlegt, daß unter gewissen Umständen auch Patienten der allgemeinen Gebührenklasse in der Sonderklasse ohne Aufzählung unterzubringen sind.

Zu Art. I. Z. 37:

Hier wird Art. I. Z. 23 des Grundsatzgesetzes über die Verpflichtung zur Bereitstellung von Krankenanstalten sowie über die Festsetzung von Einzugsgebieten allgemeiner Krankenanstalten nach der Bevölkerungszahl ausgeführt. Dabei wird die Vorsorgepflicht der Länder für die Krankenanstaltenpflege, welche sich aus der im Art. 12 B-VG vorgesehenen Kompetenzverteilung ableitet, auf alle anstaltsbedürftigen Patienten ausgedehnt, da die bisherige Einschränkung auf unbemittelte anstaltsbedürftige Patienten infolge der gesetzlichen Krankenversicherung, die ja praktisch fast alle Österreicher erfaßt, als überholt anzusehen war. Der gegebenen Situation Rechnung tragend, muß aber klargestellt werden, daß die Verpflichtung des Landes auf Sicherstellung der Anstaltspflege solange nicht zu realisieren ist, als andere Rechtsträger für die Anstaltspflege vorsorgen. Bei der Zuordnung der allgemeinen Krankenanstalten zu den Einzugsgebieten ist auf das bereits bestehende Raumordnungsprogramm für das Gesundheitswesen, LGBI. 8000/22-2, Bedacht zu nehmen, das die Standorte für die Krankenanstalten und ihren Umfang festlegt.

Für eine allenfalls nötige Enteignung zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltspflege ist § 16 des NÖ Raumordnungsgesetzes 1974, LGBI. 8000-0, heranzuziehen.

Zu Art. I Z. 38 bis 40:

Diese Bestimmungen dienen der Verbesserung der Heilmittelversorgung und -gebarung in den öffentlichen Krankenanstalten. In Hinkunft werden diese Krankenanstalten, wenn sie selbst keine Anstaltsapotheken

betreiben, auch über die Anstaltsapotheken anderer Krankenanstalten Medikamente beziehen dürfen, was eine wirtschaftliche Erleichterung bedeutet.

Im Hinblick auf die Bedeutung, die einer sachgerechten Arzneimittelgebarung für die gesundheitliche Betreuung der Pfléglinge einerseits und für die wirtschaftliche Gebarung der Krankenanstalt andererseits zukommt, erscheint es notwendig, daß Krankenanstalten, die lediglich über einen Arzneimittelvorrat verfügen, Konsiliarapotheker bestellen, die die Anstalt bzw. die Ärzte in pharmazeutischer Hinsicht entsprechend beraten. Dadurch wird es auch möglich, die bisher mindestens einmal im Jahr durchzuführenden Amtsüberprüfungen eines Arzneimittelvorrates nur mehr alle zwei Jahre vorzunehmen.

Zu Art. I Z. 41 bis 44:

Die Vorschriften über die Besetzung von Leiterstellen in den öffentlichen Krankenanstalten sind mit Rücksicht auf die im vorliegenden Gesetzesentwurf enthaltene Ausweitung des eigenverantwortlichen Personenkreises entsprechend zu ergänzen.

Zu Art. I Z. 45:

Die Neufassung der Bestimmungen über die Aufnahme in öffentliche Krankenanstalten ist im wesentlichen aus der Aufgabenerweiterung der Krankenanstalten nach § 1 Abs. 1 bedingt. Ferner wird die schon bisher geübte Praxis, Personen über Zuweisung eines Sozialversicherungsträgers zum Zwecke einer Begutachtung im Zusammenhang mit einem Verfahren über die Gewährung von Leistungen in eine Krankenanstalt aufzunehmen, im Gesetz verankert.

Zu Art. I Z. 46 und 47:

Im Zusammenhang mit der Neufassung der Begriffsbestimmung der Krankenanstalt im § 1 Abs. 1 ergibt sich auch die Notwendigkeit der Anpassung des Aufgabenbereiches der Anstaltsambulanzen an

die geänderten Verhältnisse. Aber auch in Zukunft scheint es zweckmäßig, schon um eine geordnete und störungsfreie Betriebsführung im stationären Bereich der Krankenanstalten zu gewährleisten, daß die Anstaltsambulatorien nur in jenen Fällen in Anspruch genommen werden, in denen außerhalb der Krankenanstalt keine geeignete ärztliche Versorgung durch freipraktizierende Ärzte gegeben ist oder wo ein notwendiger Zusammenhang mit einer stationären Behandlung vorliegt. Zu diesem Zwecke wird, so wie dies bisher der Fall war, - abgesehen von der Leistung Erster ärztlicher Hilfe und im Zusammenhang mit Organ - und Blutspenden - grundsätzlich für ambulante Behandlungen eine ärztliche Zuweisung vorgesehen. Die neuen grundsatzgesetzlichen Bestimmungen über die Durchführung ambulanter Leistungen in Krankenanstalten legen zwar die Verpflichtung zur Vornahme solcher Leistungen in Krankenanstalten fest, sagen aber expressiv verbiis nichts aus über die Errichtung und den Betrieb der für die Vornahme der ambulanten Leistungen notwendigen Anstaltseinrichtungen, die zum Teil recht umfangreiche Investitionen bedingen. Es ist daher im Interesse der Rechtssicherheit festzulegen, wie bei der Errichtung und den Betrieb der Anstaltsambulanzen vorzugehen ist. Dies geschieht am besten wieder in der Form, daß die Bestimmungen über die Errichtung und den Betrieb der Krankenanstalten bzw. Abteilungen sinngemäß herangezogen werden.

Die Bestimmungen, daß selbständige Ambulatorien eine gewisse Anzahl von Betten für eine kurzfristige Unterbringung der Patienten aufweisen dürfen, soll sinngemäß auch für Anstaltsambulatorien gelten. Dies deshalb, weil beispielsweise Dialysepatienten zwei bis dreimal wöchentlich kurzfristig aufzunehmen sind, eine Verrechnung eines vollen Pflorgetages in diesem Falle aber nicht sinnvoll ist.

Zu Art. I Z. 48:

In Hinkunft sollen durch die Leistung der Pflegegebühren (Pflegegebührenersätze) alle in der allgemeinen Gebührenklasse erbrachten Leistungen der Krankenanstalt abgegolten werden, mit Ausnahme der

Beförderung des Patienten in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes - sofern dies nicht mit der Behandlung in der Krankenanstalt zusammenhängt -, die Beistellung von Körperersatzstücken, soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen, und der Bestattungskosten. Dies stellt eine wesentliche Vereinfachung in der Gebührenverrechnung zwischen Zahlungspflichtigen und Rechtsträgern der Krankenanstalt dar. Die nach der bisherigen Rechtslage gesondert zu verrechnenden Kosten der Anschaffung therapeutischer und der Beistellung orthopädischer oder kieferchirurgischer Behelfe sowie die Beistellung von Blutersatz belasten nunmehr den allgemeinen Aufwand der Krankenanstalt und werden der Berechnung der Pflegegebühren (des Pflegegebührenersatzes) zugrundegelegt. Die Festlegung der Körperersatzstücke, die nicht therapeutische Behelfe sind, soll wegen des sachlichen Konnexes in Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern erfolgen.

Dies soll auf Grund einer ausdrücklichen Empfehlung des Öst. Spitalerhalterverbandes generell durch eine Verordnung geschehen. Eine solche Festlegung ist im Interesse der Rechtssicherheit notwendig, weil es - wie gerade in letzter Zeit aufgetretene konkrete Fälle (Endoprothese, Herzschrittmacher) zeigen, eine medizinische Auffassungssache ist, ob in einem Grenzfall etwas als therapeutisches Hilfsmittel oder als Körperersatzstück angesehen wird. Eine Vertragsregelung hierüber mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger würde nicht genügen, weil eine solche nur für die sozialversicherten Patienten, nicht aber für die Privatpatienten gilt.

Zu Art. I Z. 50 bis 61:

Durch das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 19. März 1974, Zl. G-31/73-14, wurde § 45 Abs. 2 des NÖ Krankenanstaltengesetzes 1974, der die Regelung enthielt, in welcher Form die ärztlichen Honorare ausbezahlt sind, aus kompetenzrechtlichen Gründen als verfassungswidrig aufgehoben. Dabei wurde festgestellt, daß die bisherige

Regelung des § 45 Abs. 2 auch Honorare für ärztliche Leistungen umfaßt, die in den dienstrechtlichen Pflichtenbereich der vom Rechtsträger der Krankenanstalt angestellten Ärzte gehören. Liegt aber der Rechtsgrund für eine Leistungspflicht in einem Dienstverhältnis, so ist auch die Vergütung für danach erbrachte Leistungen grundsätzlich dienstrechtlicher Art. Nur so weit Tätigkeiten ohne unmittelbaren Zusammenhang mit Dienstpflichten entfaltet werden, sind die Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich der Vergütung für solche Tätigkeiten aus dem dienstrechtlichen Zusammenhang gelöst.

Andererseits hat nach § 27 Abs. 4 lit. a und d des Grundsatzgesetzes der Landesgesetzgeber den Auftrag zu bestimmen, ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den Pflegegebühren eingehoben werden können und in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Aufteilung der weiteren Entgelte in der Sonderklasse und der Beiträge für die ambulatorische Behandlung an die Abteilungsleiter (Instituts- und Laboratoriumsvorstände) und an die anderen Ärzte des ärztlichen Dienstes sowie die Aufteilung zwischen dem Abteilungsleiter (Instituts- oder Laboratoriumsvorstand) und seinem Vertreter zu erfolgen hat.

Im Lichte der Ausführungen des erwähnten Verfassungsgerichtshof-erkenntnisses und auf Grund der vorstehenden grundsatzgesetzlichen Bestimmungen sind daher die bisherigen Regelungen im Zusammenhang mit der Festsetzung, Aufteilung und Auszahlung der ärztlichen Honorare neu zu konzipieren. Die im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Lösung dieser Frage versucht der geschilderten Rechtslage soweit als möglich Rechnung zu tragen. Dies geschieht dadurch, daß die Festlegung des ärztlichen Honorares bei Patienten der Sonderklasse und bei der ambulatorischen Behandlung der freien Vereinbarung der jeweiligen Abteilungsleiter mit den Patienten überlassen wird und die Anstalt lediglich die Einhebung im Namen und auf Rechnung dieser Ärzte vornimmt. Dadurch wird diese Angelegenheit zwar zu einer solchen des Zivilrechtes; die Länder sind aber gemäß Art. 15 Abs. 9 B-VG im Bereich ihrer Gesetzgebung befugt, die zur Regelung des Gegenstandes erforderlichen Bestimmungen auf diesem Gebiete zu er-

lassen. Auf Grund des inneren Zusammenhanges besteht auch eine Notwendigkeit zur Regelung, welche Anteile an den ärztlichen Honoraren die zur Honorarvereinbarung berechtigten Ärzte ihren Vertretern und den nachgeordneten Ärzten zukommen lassen müssen.

Es ist allerdings nicht von der Hand zu weisen, daß im Lichte des erwähnten Verfassungsgerichtshofurteilnisses auch gegen die vorgeschlagene Regelung wiederum verfassungsrechtliche Bedenken möglich und nicht entkräftbar sind. Wenn dies der Fall ist, müssen solche Bedenken aber auch auf die bestehende Grundsatzbestimmung des § 27 Abs. 4 lit. d KAG in der Fassung der 2. KAG-Novelle ausgedehnt werden. Dort wird aber die Landesgesetzgebung ausdrücklich verpflichtet, ausführungsgesetzlich die Frage der Aufteilung der ärztlichen Honorare zu regeln.

Die Frage der freien Vereinbarung der ärztlichen Honorare wurde ferner in das Wiener Krankenanstaltengesetz - ohne Beanstandung durch die Bundesregierung im Sinne des Art. 98 B-VG-aufgenommen. Der Einbau der analogen Regelung in das NÖ Krankenanstaltenrecht würde die Kontinuität der bisherigen Regelung, wonach der Primararzt im Einzelfall das ärztliche Honorar bestimmt - eine Regelung die sich durch 1 1/2 Jahrzehnte bestens bewährt hat - nahtlos fortsetzen.

Diese Problematik zeigt, daß im gegenwärtigen Zeitpunkt eine ausführungsgesetzliche Regelung, die in allen Punkten einwandfrei ist, kaum zustandegebracht werden kann, bzw. nur dann, wenn die Frage der ärztlichen Honorare und deren Einbringung und Aufteilung aus dem Gesetzesentwurf überhaupt ausgeklammert würde. Dies steht aber eklatant im Widerspruch zu dem Wunsch der Ärztekammer nach der im Gesetzesentwurf enthaltenen Regelung. Eine solche Regelung muß aber auch aus Gründen der Rechtssicherheit und aus Gründen einer einheitlichen Vorgangsweise in den Krankenanstalten unterstützt werden.

Da die Krankenanstalten durch die Einhebung des ärztlichen Honorars Leistungen für die Ärzte übernehmen, ist es angebracht, daß sie einen vertretbaren Kostenbeitrag leisten.

Die sonst in diesen Ziffern enthaltenen Abänderungen verschiedener Gesetzesbestimmungen stehen im Zusammenhang mit vorhergegangenen Gesetzesänderungen bzw. Absatzverschiebungen. Durch das NÖ Sozialhilfegesetz, LGBl. 9200-0, wurde der Begriff "Fürsorge" durch "Sozialhilfe" ersetzt, was in diesem Gesetzestext ebenfalls seinen Niederschlag finden muß.

Zu Art. I Z. 62:

Die hier vorgesehenen Änderungen hängen mit der früher vorgenommenen Typisierung bzw. Funktionsteilung der Krankenanstalten zusammen und stimmen mit den entsprechenden grundsatzgesetzlichen Bestimmungen überein.

Zu Art. I Z. 63:

Die den früheren Bezirksfürsorgeverbänden zugekommene Parteistellung im Verfahren zur Genehmigung der Voranschläge bzw. zur Festsetzung der Pflegegebühren der Krankenanstalten genießt nunmehr das Land als Träger der Sozialhilfe.

Zu Art. I. Z. 64 und 78:

Diese Änderung ist durch die Errichtung eines eigenen Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz bedingt. Da die Zuständigkeit der Bundesministerien bundesgesetzlich (durch das Bundesministeriengesetz 1973) geregelt wird, ist es zweckmäßig nicht mehr ein konkretes Bundesministerium zu nennen, sondern vom "zuständigen Bundesministerium" zu sprechen.

Zu Art. I. Z. 67:

Diese Änderung ist durch die Einbeziehung der Kosten für die therapeutischen Behelfe in den der Berechnung der Pflegegebühren zugrundezulegenden Aufwand bedingt.

Zu Art. I. Z. 68:

Auch diese Änderung ist durch die früher erfolgte Funktionsteilung

der Krankenanstalt erforderlich.

Zu Art. I. Z. 69:

Die in dieser Ziffer enthaltenen Änderungen des § 59 Abs. 3 ergeben sich aus einigen inzwischen erfolgten Änderungen sozialrechtlicher Art hinsichtlich der Aufgabenstellung und der Bezeichnung verschiedener Sozialversicherungsträger. (Zusammenlegung von Versicherungsanstalten). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden nicht einzelne Worte ausgetauscht, sondern der gesamte Absatz aufgenommen. Materielle Änderungen wurden dabei nicht vorgenommen. (Die Ermäßigung der Pflegegebührenersätze für Angehörige von Versicherten bestimmter Versicherungsträger ist grundsatzgesetzlich im § 148 Zi. 2 ASVG gedeckt.)

Zu Art. I. Z. 70:

Da das NÖ Sozialhilfegesetz das Land Niederösterreich als Träger der Sozialhilfe anstelle der früheren Fürsorgeverbände vorsieht, war § 60 Abs. 1 entsprechend zu ändern. Auch hier wurde aus Übersichtsgründen die gesamte, neugefaßte Bestimmung angeführt, ohne die bisherige Regelung über die Entscheidung in Streitfällen zu ändern. Eine solche Änderung wäre auch isoliert von der Neuregelung der Frage der Schiedskommission im § 58 NÖ KAG. 1974 nicht zweckmäßig.

Da nunmehr ein einziger Sozialhilfeträger besteht, erübrigt sich auch die Differenzierung bei der Leistung der Pflegegebührenersätze für die einzelnen Krankenanstalten bzw. Fürsorgeverbände.

Zu Art. I. Z. 72:

Die im § 65 Abs. 3 vorgesehene Genehmigung des Voranschlages und des Rechnungsabschlusses des NÖ Krankenanstaltensprengels ist durch die Bestimmung der NÖ Gemeindeordnung bzw. des NÖ Gemeindeverbands-

gesetzes, betreffend die Aufsicht über die Finanzgebarung der Gemeinden und Gemeindeverbände materiell derogiert und daher die entsprechende Bestimmung aus dem Gesetzestext zu eliminieren.

Zu Art. I. Z. 73:

Die Änderung ist durch die Wiederverlautbarung der NÖ Gemeindeverordnung bedingt.

Zu Art. I. Z. 74 bis 76:

§ 70 Abs. 1 des NÖ Krankenanstaltengesetzes 1974 hat unter anderem im Zusammenhang mit der Neuordnung der Trägerschaft der A.ö.Krankenanstalt Mistelbach festgelegt, daß das Land Niederösterreich einen Teil des auf den Träger dieser Krankenanstalt entfallenden Betriebsabganges übernimmt.

Dies in der Weise, daß das Land einen Beitrag in der Höhe von 2 v.H. der Finanzkraft der Gemeinden des Verwaltungsbezirkes Mistelbach nach Maßgabe der Bezirksumlage für den Bezirksfürsorgeverband leistet, die ja den Gemeindeverband nach dem NÖ Gemeindeverbandsgesetz zur Trägerschaft der Krankenanstalt bilden, mit 4 v.H. ihrer Finanzkraft bzw. die Stadtgemeinde Mistelbach mit 5 v.H. derselben belastet werden. Für den Fall, daß diese Beträge zur Deckung des Trägeranteiles am Betriebsabgang nicht ausreichen, ist vorgesehen, daß der offene Betrag im selben Verhältnis und unter Berücksichtigung derselben Bemessungs- und Berechnungsgrundlage aufzuteilen ist.

Im Zuge der Verhandlungen über die Bildung des erwähnten Gemeindeverbandes wurde dann aber darüber Übereinstimmung erzielt, daß den verbandbildenden Gemeinden - mit Ausnahme einer geringfügigen Mehrleistung durch die Sitzgemeinde - keine finanziellen Leistungen aus der Führung des Krankenhauses erwachsen sollen, die über die bisher wirksamen Aufwendungen hinausgehen; also auch für den Fall, daß diese Leistungen dazu nicht ausreichen. Bis zur Verbandsbildung trugen die

betroffenen Gemeinden zum Ausbau der Krankenanstalt mit 4 v.H. ihrer Finanzkraft bei. Anstelle dieses Betrages soll eine prozentuell gleichhohe, jährliche Beitragsleistung zum Trägeranteil am Betriebsabgang treten.

Die ursprünglich vorgesehene Erhöhung des Prozentsatzes für den Fall, daß dadurch der Trägeranteil am Betriebsabgang nicht abgedeckt werden kann, soll, soweit es die Verbandsgemeinden betrifft, entfallen.

Inzwischen ist nun die eingangs ausführlich geschilderte Regelung des Problems des Krankenhausverbandes Lilienfeld aktuell geworden, wo die gleiche Lösung wie für das A.ö.Krankenhaus Mistelbach angestrebt wird. Hier besteht insofern eine Parallelität, als es sich in beiden Fällen ursprünglich um ein sogenanntes Landkreisvermögen handelte.

Durch die beabsichtigte Gesetzesänderung soll daher nun normiert werden, daß diese beiden Gemeindeverbände nur 4 v.H. der Finanzkraft der jeweiligen verbandsangehörigen Gemeinden bzw. 5 v.H. der Finanzkraft der Sitzgemeinden (nämlich 4 v.H. wie die übrigen verbandsangehörigen Gemeinden plus zusätzlich 1 v.H.) zum Abgang der Krankenanstalt beizutragen haben.

Als Grundlage für die Berechnung der Finanzkraft ist jetzt die Regelung über die Einhebung der Landesumlage - wie dies auch für die Beiträge der Gemeinden zum NÖ Krankenanstaltensprengel nach § 66 Abs. 2 geschieht - heranzuziehen, die wörtlich jener des inzwischen außer Kraft getretenen NÖ Bezirksumlagegesetzes 1973, die der damaligen Vereinbarung für das A.ö.Krankenhaus Mistelbach zugrunde gelegen ist, entspricht.

Die Bildung eines solchen Gemeindeverbandes selbst geschieht auf Grund des NÖ Gemeindeverbandsgesetzes.

Zu Art. I. Z. 77:

In dieser Bestimmung wird der eingangs angekündigte Beratungsausschuß in Krankenhausfragen normiert. Bei der Zusammensetzung des Ausschusses ist Bedacht genommen, daß eine allen wesentlichen Interessensrichtungen umfassende, aber möglichst konzentrierte Ausschubarbeit ermöglicht wird. Eine einer solchen Regelung widersprechende grundsatzgesetzliche Regelung besteht im Krankenanstaltengesetz nicht, sodaß es dem Landesgesetzgeber freisteht sie zu treffen.

Zu Art. I. Z. 79:

Diese Bestimmung entspricht der grundsatzgesetzlichen Norm des § 40 Abs. 1 lit. d in der Fassung der 2. Krankenanstaltengesetz-Novelle.

Zu Art. I. Z. 80 und 81:

Die Änderung der Pflegegebührenrechnung und die Einführung einer eigenen Rechnung für das ärztliche Honorar sind durch die im Gesetz vorgesehene Neuregelung über die Einhebung der ärztlichen Honorare, durch umsatzsteuerrechtliche Gründe und durch die Tatsache, daß Heilbehelfe und Blutersatz nicht mehr gesondert zu verrechnen sind, bedingt.

Zu Art. II:

Da die unter LGBI. 1600/18-0 kundgemachte Satzung des Gemeinde-

verbandes A.ö.Krankenhaus Mistelbach den 1. Jänner 1974 als Wirksamkeitsbeginn für die Verbandsbildung bezeichnet hat, haben auch die damit im Zusammenhang stehenden Bestimmungen dieser Novelle zu diesem Zeitpunkt in Kraft zu treten.

Die übrigen Bestimmungen sind zweckmäßigerweise mit Beginn des nächsten Wirtschaftsjahres, d.i. der 1.1.1979, in Kraft zu setzen.

Da gem. § 22 Abs. 2 und 3 des NÖ Gemeindeverbandsgesetzes, LGBI. 123/1971, der Gemeindeverband Lilienfeld erst zum nächsten Jahresbeginn wirksam werden kann, ist um den Ausbau der Anstalt nicht weiter zu verzögern, festzulegen, daß die aus der Verbandsbildung resultierenden Leistungen bezüglich des Errichtungsaufwandes schon früher in Anspruch genommen werden können.

C) Finanzielle Auswirkungen:

Die allfälligen finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes können konkret nicht angegeben werden, zumal gewisse kostenwirksame Faktoren, wie zusätzliche gesetzliche Aufgabenbereiche der Krankenanstalt, Einstellung von Oberärzten, etc. zum Teil bereits in der Praxis durchgeführt werden und zum Teil ihre Realisierung und der Umfang derselben erst von der Disposition des Rechtsträgers selbst abhängig ist. Die Setzung derartiger Maßnahmen ist aber in jedem Fall unter dem Gesichtspunkt des § 23 Abs. 3 lit. c des Gesetzes zu sehen, wo eine sparsame und zweckmäßige Betriebsführung verlangt wird. Sie wird daher im jeweiligen Anlaßfall von den gegebenen finanziellen Möglichkeiten abhängen.

Da ferner die Betriebskosten der Krankenanstalt zum größten Teil von den Versicherungsträgern, vom NÖ Krankenanstaltensprengel, vom Bund und vom Träger selbst getragen werden, ergibt sich für das Land nur eine perzentuell geringfügige Belastung. Abgesehen davon können solche Maßnahmen seitens der Landesregierung durch ihre wirtschaftlichen Aufsichtsmöglichkeiten unter Kontrolle gehalten werden. Die jährlichen Mehrleistungen des Landes aus der angestrebten Verbandsbildung für das A.ö.Krankenhaus Lilienfeld sind von der nicht genau voraussehbaren Entwicklung des Betriebsabganges der Krankenanstalt und der Finanzkraft der Verbandsgemeinden abhängig,

daher auch nicht genau anzugeben. Nach dem Gebarungsergebnis im Vorjahr wären die dem Land erwachsenen Mehrkosten bei rund S 450.000 gelegen. Was den Umfang des Ausbaues der Krankenanstalten anlangt, so ist dieser ja bereits jetzt durch das Gesundheitsprogramm für Niederösterreich im wesentlichen abgesteckt gewesen, sodaß die entsprechenden gesetzlichen Fixierungen auf diesem Gebiet im NÖ Krankenanstaltengesetz 1974 keine unerwarteten Belastungen des Landesbudgets bringen können. Bezüglich der seitens des Landes zu erwartenden Mehrbelastung aus einer etwaigen Realisierung des Ausbaues des A.ö.Krankenhauses Lilienfeld ist zu sagen, daß sich die Leistungen des Landes um ein Drittel des Betrages erhöhen würden, den das Land im Falle des Ausbaues dieser Krankenanstalt nach der jetzigen gesetzlichen Regelung zu leisten hätte.

Die NÖ Landesregierung beehrt sich daher den Antrag zu stellen:

Der Hohe Landtag wolle die Vorlage der NÖ Landesregierung über den Entwurf eines Gesetzes, mit dem das NÖ Krankenanstaltengesetz 1974 geändert wird, der verfassungsmäßigen Behandlung unterziehen und einen entsprechenden Gesetzesbeschluß fassen.

NÖ Landesregierung
K ö r n e r
Landesrat

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung

