



Landesgesetzblatt

Jahrgang 2002

Ausgegeben und versendet am 5. Dezember 2002

38. Stück

113. Gesetz vom 4. Juli 2002 über die Patientenentschädigung.

114. Gesetz vom 4. Juli 2002, mit dem das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 1999 – KALG geändert wird (KALG-Novelle 2001).

113.

Gesetz vom 4. Juli 2002 über die Patientenentschädigung

Der Steiermärkische Landtag hat beschlossen:

§ 1

Errichtung, Aufgabe und Organe des Patienten-Entschädigungsfonds

Für die Verwaltung und Zuerkennung der Patientenentschädigungsmittel nach § 76 a KALG wird ein Patienten-Entschädigungsfonds mit Rechtspersönlichkeit (im Folgenden Fonds genannt) eingerichtet, dessen Geschäftsstelle das Amt der Steiermärkischen Landesregierung ist. Organe des Patienten-Entschädigungsfonds sind die Patienten-Entschädigungskommission und der Vorsitzende.

§ 2

Mittel des Fonds

(1) Die Mittel des Fonds sind:

1. die von den Trägern der Krankenanstalten nach § 76 a KALG einzuhebenden Beträge,
2. Rückflüsse aus Entschädigungsleistungen nach diesem Gesetz,
3. Erträge aus dem Fondsvermögen,
4. sonstige Zuwendungen.

(2) Die Zuerkennung von Entschädigungen darf nur nach Maßgabe der vorhandenen Finanzmittel erfolgen. Aus Vorjahren nicht verbrauchte Mittel des Fonds sowie nicht erledigte Entschädigungsfälle sind jeweils in das Folgejahr zu übertragen.

§ 3

Patientenentschädigung

(1) Nach Schäden, die durch die Behandlung in steirischen Fonds-Krankenanstalten ab dem 1. Jänner 2001 entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist, kann eine Entschädigung nach diesem Gesetz gewährt werden.

(2) Die Entschädigung besteht in der einmaligen Zuwendung eines Geldbetrages bis zu 21.800 Euro. Die Höhe des Entschädigungsbetrages ist im Einzelfall unter Berücksichtigung schadenersatzrechtlicher

Grundsätze festzulegen. Nur in besonders gelagerten Härtefällen darf die angeführte Höchstgrenze überschritten werden.

(3) Es besteht kein Rechtsanspruch auf eine Leistung nach diesem Gesetz.

§ 4

Aufgaben und Zusammensetzung der Patienten-Entschädigungskommission

(1) Der Patienten-Entschädigungskommission obliegen Entscheidungen über die Gewährung von Entschädigungsleistungen, Entscheidungen über die Rückforderung von Entschädigungsleistungen und Beschlussfassung über Angelegenheiten von grundsätzlicher oder besonderer Bedeutung.

(2) Der Patienten-Entschädigungskommission gehören folgende Mitglieder an:

1. ein rechtskundiger Vorsitzender mit Erfahrung im Schadenersatzrecht;
2. ein Mitglied aus dem Kreis der rechtskundigen Landesbediensteten mit Erfahrung im Gesundheits- und Krankenanstaltenwesen;
3. ein von der Ärztekammer für Steiermark vorgeschlagener medizinischer Sachverständiger.

(3) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder werden von der Landesregierung über Antrag des für Krankenanstaltenangelegenheiten zuständigen Regierungsmitgliedes für eine Funktionsperiode von vier Jahren bestellt. Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, so ist für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied zu bestellen. Die Wiederbestellung ist möglich.

(4) Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise mindestens ein Ersatzmitglied zu bestellen, welches das Mitglied im Falle der Verhinderung bzw. Befangenheit vertritt.

(5) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder haben die Geschäfte nach Ablauf ihrer Funktionsperiode bis zur Bestellung der neuen Kommission weiterzuführen, längstens aber ein halbes Jahr.

(6) Die Landesregierung kann Mitglieder und Ersatzmitglieder ihrer Funktion entheben, wenn die ordnungsgemäße Ausübung ihrer Funktion nicht gewährleistet ist.

(7) Die Mitglieder der Patienten-Entschädigungskommission sind in Ausübung ihres Amtes an keine Weisung gebunden.

§ 5

Entschädigungsverfahren

(1) Die Patienten-Entschädigungskommission entscheidet über schriftlichen Antrag von Patienten auf Gewährung einer Entschädigung. Der Antrag auf Entschädigung ist binnen drei Jahren von dem Zeitpunkt an, in welchem der Schaden dem Geschädigten bekannt wurde, geltend zu machen.

(2) Ein Antrag auf Patientenentschädigung ist unzulässig,

- wenn von der Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark, von privaten Versicherungsträgern oder durch rechtskräftige Entscheidung des Zivilgerichtes ein Schadenersatzanspruch zuerkannt wurde,
- im Falle eines anhängigen, nicht rechtskräftig abgeschlossenen Zivilgerichtsverfahrens oder eines anhängigen Verfahrens bei der Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark.

(3) Ein Antrag auf Patientenentschädigung ist jedoch auch nach Ablauf der Frist gemäß Abs. 1 innerhalb von sechs Monaten zulässig, wenn ein Zivilgerichtsverfahren rechtskräftig abgeschlossen ist und im Urteil zum Ausdruck kommt, dass die Haftung für einen Behandlungsschaden nicht eindeutig gegeben ist und dies zur Klagsabweisung geführt hat. Dies gilt auch für gleichartige Entscheidungen der Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark.

(4) Erhält der Antragsteller nach der Zuerkennung einer Patientenentschädigung für denselben Behandlungsschaden eine Entschädigungsleistung von Seiten Dritter, so ist er verpflichtet, die Patienten-Entschädigungskommission darüber zu informieren und die erhaltene Patientenentschädigung zurückzahlen, soweit sie von der nachträglich erhaltenen Leistung abgedeckt ist.

(5) Die Patienten-Entschädigungskommission hat über einen Antrag möglichst rasch, längstens binnen eines Jahres zu entscheiden; ihre Entscheidungen unterliegen keiner Anfechtung im Gerichts- oder Verwaltungsweg.

(6) Bei Durchführung der Prüfungsverfahren der Patienten-Entschädigungskommission ist die Patientenvertretung (Patientenombudsfrau/mann) zu allen Sitzungen und Verhandlungen der Patienten-Entschädigungskommission einzuladen.

§ 6

**Geschäftsordnung
der Patienten-Entschädigungskommission**

(1) Der Vorsitzende hat die Patienten-Entschädigungskommission nach Bedarf einzuberufen und zu leiten. Bei Verhinderung hat jedes Mitglied für seine Vertretung zu sorgen.

(2) Die Patienten-Entschädigungskommission ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder ihre Ersatzmitglieder anwesend sind. Sie fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

(3) Die näheren Regelungen über die Geschäftsordnung der Patienten-Entschädigungskommission wie insbesondere Sitzungsablauf, Protokollführung, Regelung des pauschalen Sitzungsaufwandsatzes, Beiziehung von Auskunftspersonen und Sachverständigen sowie die Regelung der Rückzahlungsverpflichtung

von Entschädigungen bzw. Abstandnahme davon in besonderen Härtefällen hat die Landesregierung im Verordnungswege zu regeln.

§ 7

Vorsitzender

Dem Vorsitzenden obliegen die Leitung der im § 5 Abs. 1 aufgezählten Aufgaben. Er vertritt den Fonds nach außen.

§ 8

Aufsicht der Landesregierung

Der Fonds unterliegt der Aufsicht der Landesregierung.

§ 9

Verschwiegenheitspflicht

Die Organe des Fonds und die Mitarbeiter der Geschäftsstelle unterliegen – unabhängig von allfällig sonst bestehenden Verschwiegenheitspflichten – der Verschwiegenheitspflicht im Sinne des Artikels 20 Abs. 3 B-VG.

§ 10

Automationsunterstützte Datenverarbeitung

Die Patienten-Entschädigungskommission ist in Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz berechtigt, patientenbezogene Daten automationsunterstützt zu ermitteln und zu verarbeiten sowie an jene Stellen zu übermitteln, die diese Daten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rahmen ihres Wirkungsbereiches benötigen.

§ 11

**Verpflichtungen der Krankenanstaltenträger
und der Krankenanstalten**

(1) Die Träger der Fondskrankenanstalten haben die nach § 76 a KALG eingehobenen Beträge monatlich, bis spätestens zum Ende des jeweiligen Folgemonats, dem Patientenentschädigungsfonds zu überweisen.

(2) Die Träger der Fondskrankenanstalten und die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, der Patienten-Entschädigungskommission alle von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen und alle von ihr benötigten Krankengeschichten und sonstigen zur Beurteilung des Falls erforderlichen Unterlagen, allenfalls über Verlangen Kopien davon, kostenlos zur Verfügung zu stellen.

§ 12

Übergangsbestimmung

Für Behandlungsschäden, die zwischen dem 1. Jänner 2001 und der Kundmachung dieses Gesetzes eingetreten sind, beginnt die Antragsfrist gemäß § 5 mit der Kundmachung dieses Gesetzes.

§ 13

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

Landeshauptmann
Klasnic

Landesrat
Dörflinger

114.**Gesetz vom 4. Juli 2002, mit dem das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 1999 – KALG geändert wird (KALG-Novelle 2001)**

Der Steiermärkische Landtag hat in Ausführung der Grundsatzbestimmungen des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz, BGBl. I. Nr. 5/2001, beschlossen:

Artikel I

Das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 1999 – KALG, LGBL. Nr. 66/1999 wird wie folgt geändert:

1. Das Inhaltsverzeichnis wird hinsichtlich der §§ 11 a, 11 d, 13 d, 16 d, 16 e, 34, 76 a und 92 den Änderungen durch die Novelle LGBL. Nr. 114/2002 angepasst.

1 a) In § 1 Abs. 3 Z. 2 wird das Wort „Geisteskrankheiten“ durch die Wortfolge „psychische Krankheiten“ ersetzt.

2. § 1 Abs. 3 Z. 3 lautet:

„3. Heime für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen;“

3. Im § 1 Abs. 4 ist nach dem Wort „Gruppenpraxis“ ein Beistrich zu setzen und der Ausdruck „Ordinatorsgemeinschaft“ einzufügen.

4. Im § 1 Abs. 4 ist im ersten Satz nach dem Ausdruck „Ordinationsstätten von Ärzten“ der Ausdruck „oder Zahnärzten“ einzufügen.

5. § 2 lit. b lautet:

„b) Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung erster Hilfe bereitgehalten werden, und arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG);“

6. § 2 a Abs. 3 lautet:

„(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. a und b sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind.“

7. § 2 a Abs. 4 lautet:

„(4) Von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit b vorgesehenen Abteilungen kann abgesehen werden, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.“

8. Dem § 2 a ist nachfolgender Abs. 6 anzufügen:

„(6) Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b kann für die medizinischen Sonderfächer Augenheil-

kunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie die Errichtung von Fachschwerpunkten als Betten führende Organisationseinheit mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot vorgesehen werden. Voraussetzung dafür ist, dass ein wirtschaftlicher Betrieb einer Betten führenden Abteilung mangels Auslastung nicht erwartet werden kann. Weiters können im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation, Psychosomatik und Pulmologie, im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie Departments für Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, im Rahmen von Abteilungen für Neurologie Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation, und im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde Departments für Psychosomatik geführt werden.“

9. § 3 Abs. 6 lautet:

„(6) Die Anlage, der Bau und die Einrichtung der Krankenanstalt muss den Erfordernissen der Hygiene und der Wissenschaften entsprechen, den technischen und wirtschaftlichen Anforderungen genügen und barrierefrei (alten- und behindertengerecht benutzbar) sein. Die Landesregierung hat im Errichtungsbewilligungsbescheid die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und zur Sicherstellung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden Errichtung der Krankenanstalt erforderlichen Bedingungen und Auflagen vorzuschreiben.“

10. Im § 5 Abs. 1 lit a ist nach dem Wort „Bedingungen“ die Wortfolge „und Auflagen“ einzufügen.

11. Im § 5 Abs. 1 lit. e ist der Klammerausdruck „(§ 10 Abs. 4 sowie § 11 Abs. 4 und 5)“ durch den Ausdruck „(§ 10 Abs. 4 sowie § 11 Abs. 4, 5 und 6)“ zu ersetzen.

12. Im § 5 Abs. 1 nach lit. g ist statt des Punktes ein Strichpunkt zu setzen und nachfolgende lit. h anzufügen:

„h) die vorgesehenen Mindeststandards erfüllt sind.“

13. Dem § 5 ist nachfolgender Abs. 3 anzufügen:

„(3) Die Landesregierung hat im Bewilligungsbescheid (Abs. 1) die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen eines einwandfreien Krankenanstaltenbetriebes erforderlichen Bedingungen und Auflagen vorzuschreiben.“

14. § 6 Abs. 3 dritter Satz lautet:

„Änderungen der funktionell-organisatorischen Gliederung bereits bewilligter Funktionsbereiche der Krankenanstalt (Abteilung, Department, Institut und sonstige Organisationseinheiten) bedürfen lediglich einer Betriebsbewilligung unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des § 5; einem Antrag auf eine derartige Bewilligung sind jedoch eine Funktionsbeschreibung samt Raumzuordnung sowie Übersichtspläne in jeweils 3-facher Ausfertigung anzuschließen.“

15. Im § 6 a Abs. 2 erster Halbsatz hat die Wortfolge „in den stationären Bereichen“ ersatzlos zu entfallen.

16. Im § 7 Abs. 1 entfällt der letzte Satz ersatzlos.

17. § 9 Abs. 6 lautet:

„(6) Der Träger der Krankenanstalt ist verpflichtet die Anstaltsordnung an geeigneter für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen; überdies sind die Teile der Anstaltsordnung gem. Abs. 1 lit. a bis c und f bis h dem Patienten zugänglich zu machen. Mit der Genehmigung der Anstaltsordnung ist dem Träger der Krankenanstalt aufzutragen, dass er allen in der Krankenanstalt beschäftigten Personen die im Abs. 1 lit. d und e bezeichneten Bestimmungen nachweisbar zur Kenntnis bringt und sie auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht nach § 63 Abs.1 aufmerksam zu machen hat.“

18. Im § 10 Abs. 2 ist nach dem zweiten Satz folgender Satz einzufügen:

„In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, jedenfalls im Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz (Zentralkrankenanstalt), ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben.“

19. Im § 10 Abs. 4 erster Halbsatz entfällt nach dem Wort „Abteilungen“ das Wort „oder“ und ist statt dessen ein Beistrich zu setzen; nach dem Wort „Departements“ ist die Wortfolge „oder Fachschwerpunkten“ einzufügen.

20. Im § 11 Abs. 1 erhalten die Z. 5 bis 7 die Bezeichnungen „6“ bis „8“; nach Z. 4 wird folgende Z. 5 eingefügt:

„5. in Fachschwerpunkten kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;“

21. § 11 Abs. 1 Z. 6 lautet:

„6. In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über das Personal nach dem Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G) gewährleistet ist;“

22. § 11 Abs. 3 lautet:

(3) „Behandlungen dürfen an einem Patienten nur mit dessen Zustimmung durchgeführt werden; fehlt dem Patienten in diesen Angelegenheiten die eigene Handlungsfähigkeit, so ist die Einwilligung seines

gesetzlichen Vertreters erforderlich. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Zustimmung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters oder mit der Bestellung eines gesetzlichen Vertreters verbundene Aufschub das Leben gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der ärztliche Leiter einer Krankenanstalt. Ist die Krankenanstalt in Abteilungen gegliedert, so entscheidet darüber der Abteilungsleiter. Ist eine Abteilung in Departements bzw. Fachschwerpunkte gegliedert, so entscheidet darüber der Departementleiter bzw. der Leiter des Fachschwerpunktes.“

23. Dem § 11 wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(6) In Abteilungen von Krankenanstalten, in deren Rahmen Departments geführt werden, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gem. § 10 Abs. 4 mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt sondern dem Leiter des Departments zu.“

24. § 11 a lautet:

„§ 11 a

Krankenhaustygieniker und Hygieneteam

(1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaustygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten.

(2) In Betten führenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaustygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, jedenfalls im Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz, hauptberuflich auszuüben.

(3) In Betten führenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaustygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören. Die Dienstobliegenheiten des Hygieneteams (Protokoll, Beschlüsse, Weiterleitung und Verantwortung) sind in der Anstaltsordnung (§ 9) zu regeln.

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in Krankenanstalten und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Beschlüsse zu fassen. Diese sind schriftlich an den für die Umsetzung Verantwortlichen, wie ärztlicher Leiter der Krankenanstalt, Pflegedienstleiter oder Verwaltungsleiter, weiterzuleiten.

(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien ist für die im Abs. 4 genannten Aufgaben jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen."

25. § 11 b Abs. 5 lautet:

„(5) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat bei seiner Tätigkeit mit den zur Wahrnehmung des Schutzes des Lebens oder der Gesundheit von Menschen nach den Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes bestellten Personen und den Präventivdiensten nach dem 7. Abschnitt des ASchG zusammenzuarbeiten.“

26. § 11 c Abs. 2 Z. 1 lautet:

„1. Ein Arzt, der im Inland zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt ist, und weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfer bzw. klinischer Prüfer ist,“

27. § 11 c Abs. 2 Z. 3 bis 7 lautet:

- „3. ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege;
4. ein Jurist;
5. ein Pharmazeut;
6. ein Patientenvertreter (Gesetz über die Patientenvertretung, LGBL Nr. 12/1993 i. d. g. F.) und
7. eine weitere, nicht unter die Z 1 bis 6 fallende Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt.

Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen.“

28. Dem § 11 c sind nachfolgende §§ 11 d und 11 e samt Überschriften anzufügen:

„§ 11 d

Qualitätsmanagement

(1) Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet für den Betrieb jeder Krankenanstalt ein Qualitätsmanagementsystem vorzusehen. Im Rahmen dieses Systems sind Maßnahmen der Qualitätssicherung für die Leistungen der Krankenanstalten zu setzen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Dieses Qualitätsmanagementsystem ist so zu gestalten, dass es regelmäßige vergleichende Prüfungen dieses Systems mit anderen Krankenanstalten ermöglicht. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine Betten führende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(2) Die Träger von Krankenanstalten haben im Rahmen ihres Qualitätsmanagementsystems die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

(3) Die Kollegiale Führung hat die Umsetzung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne Kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt sicherzustellen, dass durch die jeweiligen Verantwortlichen die Umsetzung dieses Qualitätsmanagementsystems gewährleistet wird.

(4) In jeder Betten führenden Krankenanstalt ist eine Qualitätsmanagementkommission einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person (Qualitätsmanager) steht. Dieser Kommission haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Fakultät dienen, gehört der Kommission auch der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Fakultät an.

(5) Aufgabe der Qualitätsmanagementkommission (Abs. 4) ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen (Abs. 2) zu fördern, um die Kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne Kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

§ 11 e

Personalbedarfsermittlung

Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan ist hierfür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die Kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine Kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen jährlich der Landesregierung im Zusammenhang mit der Antragstellung nach § 15 Abs. 2 Z 3 für die Voranschläge zu berichten.“

29. § 12 Abs. 1 und 2 lautet:

„§ 12

Verschwiegenheitspflicht

(1) Für die bei Trägern von Krankenanstalten und in Krankenanstalten beschäftigten Personen, für jene, die im Zuge ihrer Ausbildung Zutritt in die Krankenanstalt haben, sowie für Mitglieder von Ausbildungskommissionen (§ 17 Abs. 5) und für die Mitglieder von Ethikkommissionen gem. § 11 c besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit erstreckt sich auf alle den Gesundheitszustand betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Patienten, die ihnen in Ausübung ihrer Funktion bekannt geworden sind, bei Eingriffen zum Zwecke der Entnahme von Organen oder Organteilen zum Zwecke der Transplantation auch auf die Person des Spenders und des Empfängers.

(2) Durchbrechungen der Verschwiegenheitspflicht bestimmen sich nach den dienst- oder berufsrechtlichen Vorschriften. Im Übrigen besteht die Verschwiegenheitspflicht nicht, wenn die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt durch ein öffentliches Interesse, insbesondere durch Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege gerechtfertigt ist bzw. wenn der Patient der Offenbarung des Geheimnisses zugestimmt hat.“

30. § 13 Abs. 1 Z. 1 letzter Halbsatz lautet:

„Im Fall der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten und bei der Aufnahme nach § 29 Abs. 1 zweiter Satz sind die jeweils dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;“

31. § 13 Abs. 1 Z. 7 lautet:

„7. im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche gemäß § 44 und § 62 a Abs. 1 des Krankenanstaltengesetzes (KAG) zu dokumentieren.“

32. § 13 Abs. 2 dritter Satz lautet:

„Im Falle der Untergliederung in Departments bzw. Fachschwerpunkte steht dem jeweiligen fachlich zuständigen Departmentleiter bzw. Leiter des Fachschwerpunktes das Vorschlagsrecht zu.“

33. Im § 13 Abs. 4 entfällt die Wortfolge „sowie Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste“.

34. § 13 wird folgender Abs. 7 angefügt:

„(7) Für selbstständige Ambulatorien sind in geeigneter Weise Aufzeichnungen zu führen, in denen die Benutzer dieses selbstständigen Ambulatoriums mit Vor- und Zunamen, Geburtsdaten und Anschrift unter Anführung der fallbezogenen Anamnese und Diagnose sowie der Therapie und der Epikrise unter sinnvoller Anwendung der im Abs. 1 Z. 2 lit. a und b aufscheinenden Dokumentationen bezogen zu vermerken sind; die übrigen Bestimmungen dieser Gesetzesstelle sind sinngemäß für die Führung von Aufzeichnungen selbstständiger Ambulatorien anzuwenden.“

35. § 13 a Abs. 1 lautet:

„(1) Alle Daten von Patienten, die in Anstaltspflege genommen oder ambulant untersucht oder behandelt werden, unterliegen dem Datenschutz nach Maßgabe der folgenden Absätze.“

35 a) § 13 a Abs. 4 erster Satz lautet:

„Das medizinische Personal und das Verwaltungspersonal der Krankenanstalten dürfen auf Patientendaten insoweit zugreifen, als dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist.“

36. § 13 a Abs. 5 lautet:

„(5) Die Träger von Krankenanstalten sind ermächtigt, personenbezogene Daten von Patienten zu Zwecken der Ausbildung an Ausbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe zu übermitteln. Die Übermittlung darf nur im erforderlichen Ausmaß und mit den geringsten zur Verfügung stehenden Mitteln erfolgen.“

37. Nach § 13 c wird folgender § 13 d eingefügt:

„§ 13 d

Die Träger von Krankenanstalten haben die zur Einhebung des Behandlungsbeitrages – Ambulanz (§ 135 a ASVG) erforderlichen Daten (insbesondere

Sozialversicherungsnummer, Vorliegen einer ärztlichen Überweisung, Vorliegen eines medizinischen Notfalles und sonstiger Ausnahmetatbestände) dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger elektronisch zu melden. Die Meldungen sind unverzüglich, spätestens jedoch jeweils zum Ende des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats, für alle in diesem Kalendervierteljahr ambulant behandelten Versicherten zu erstatten.“

38. Im § 16 a Abs. 1 und 3 wird die Wortfolge „eine/einer geeignete(n) diplomierte(n) Gesundheits- und Krankenpflegeperson“ durch die jeweilige grammatikalische Form des Ausdrucks „ein geeigneter Angehöriger der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege“ ersetzt.

39. Im § 16 a Abs. 4 wird der Ausdruck „des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals“ durch den Begriff „der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe“ ersetzt.

40. Dem § 16 a wird nachfolgender Abs. 5 angefügt:

„(5) In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, jedenfalls in Schwerpunktkrankenanstalten und im Landeskrankenhaus – Universitätsklinikum Graz ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben.“

41. Dem § 16 c sind folgende §§ 16 d und 16 e samt Überschriften anzufügen:

„§ 16 d

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

Die Träger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, dass eine regelmäßige Fortbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals gewährleistet ist.

§ 16 e

Supervision

Die Träger der nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten haben vorzusorgen und durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass den in der Krankenanstalt beschäftigten und einer entsprechenden Belastung ausgesetzten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird. Die Supervision ist durch fachlich qualifizierte Personen durchzuführen.“

42. Dem § 17 ist nachfolgender Abs. 5 anzufügen:

„(5) Den Mitgliedern der Ausbildungskommissionen der Ärztekammer für Steiermark ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt worden sind, zu gestatten und in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen. Weiters sind ihnen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Der Zutritt zu den Krankenanstalten hat in Abstimmung mit der Kollegialen Führung, bei Lehrambulatorien in Abstimmung mit der ärztlichen Leitung zu erfolgen.“

43. Im § 22 Abs. 1 lit. e ist nach dem Ausdruck „in Abteilungen“ die Wortfolge „und sonstige Betten führende Organisationseinheiten“ einzufügen.

44. Im § 22 Abs. 1 lit. f ist nach dem Wort „Universitätskliniken“ die Wortfolge „und der Leiter von Klinischen Abteilungen“ einzufügen.

45. Im § 23 Abs. 3 ist nach dem Wort „Abteilung“ die Wortfolge „, sonstigen Betten führenden Organisationseinheiten“ einzufügen.

46. Im § 24 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt: „Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitversorgung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen.“

47. § 24 Abs. 2 a lautet:

„(2 a) Bei Erlassung des Landes-Krankenanstaltenplanes sind im Sinne des Abs. 2 folgende Grundsätze sicherzustellen:

1. Die stationäre Akutversorgung ist durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sicherzustellen.
2. Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der Bevölkerung gewährleisten.
3. Die von der Planung umfassten Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten (spitalsambulanter und niedergelassener Bereich sowie selbstständige Ambulatorien) und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß minimiert werden.
4. Im Bereich der von der Planung umfassten Krankenanstalten ist die Errichtung und Vorhaltung isolierter Fachabteilungen in dislozierter Lage zu vermeiden. Von dieser Regelung kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden.
5. Bei der Errichtung und Vorhaltung von Fachabteilungen, Departments und Fachschwerpunkten sind die definierten Mindestbettenzahlen zu berücksichtigen; von diesen kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden; die abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten darf nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztstätigkeit unterlaufen werden.
6. Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll daher eine Beschränkung der Konsiliararztstätigkeit auf die Intentionen des § 2 a (Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorgter Patienten) erfolgen, soweit dies unter Schonung wohlverworbener Rechte möglich ist.
7. Einrichtungen für Psychiatrie (PSY), Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), Palliativmedizin (PAL) und für Psychosomatik (PSO) sollen dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden; bei der Einrichtung dieser Strukturen sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
8. In den Fachrichtungen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie, Unfallchirurgie und Pulmologie sowie in der Akutgeriatrie/Remobilisation und Psychosomatik können bei nachgewiesenem Bedarf im Rahmen von übergeordneten Abteilungen einer entsprechenden Fachrichtung Departments mit mindestens drei Fachärzten (davon ein Leiter und ein Stellvertreter) geführt werden; bei der Einrichtung von Departments sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten. Für die Pulmologie ist die Einrichtung von Departments nur im Rahmen von Pilotprojekten und mit entsprechend eingeschränktem Leistungsspektrum zulässig.
9. In den Fachrichtungen Augenheilkunde, HNO, Orthopädie und Urologie können zur Abdeckung von regionalen Versorgungslücken in Regionen, in denen auf Grund geringer Besiedelungsdichte die Tragfähigkeit für eine Vollabteilung nicht gewährleistet ist und in denen gleichzeitig Erreichbarkeitsdefizite in Bezug auf die nächstgelegene Abteilung der betreffenden Fachrichtung gegeben sind, Fachschwerpunkte mit acht bis maximal vierzehn Betten, mit eingeschränktem Leistungsspektrum und mit mindestens zwei Fachärzten (Leiter und Stellvertreter) geführt werden. Fachschwerpunkte dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden; eine über die Intentionen von § 2 a hinausgehende Konsiliararztstätigkeit ist zeitgleich mit der Einrichtung eines Fachschwerpunktes in allen Krankenanstalten der betreffenden Region einzustellen; bei der Einrichtung von Fachschwerpunkten sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
10. Tageskliniken dürfen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren Betten führenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten der betreffenden Fachrichtung und unter Beschränkung des medizinischen Leistungsangebotes eingerichtet werden. Dislozierte Tageskliniken dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden. Bei der Einrichtung von Tageskliniken sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
11. Die Kooperation von Krankenanstalten zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte soll gefördert werden. Kooperationen umfassen Zusammenschlüsse von einzelnen Abteilungen oder ganzen Krankenanstalten.
12. Insbesondere in ambulanten Leistungsbereichen, die durch hohe Investitions- und Vorhaltekosten gekennzeichnet sind (z. B. radiologische Institute), soll die Kooperation zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor zur besseren gemeinsamen Ressourcennutzung bei gleichzeitiger Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote gefördert werden. Entsprechende Konzepte sind im Rahmen von Pilotprojekten zu erproben bzw. zu evaluieren.
13. Für unwirtschaftliche Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit sind in der Planung Konzepte

zur Umwidmung in alternative Versorgungsformen zu entwickeln; dabei sollen auch neue Modelle (z. B. dislozierte Tageskliniken und Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Schnittstellenfunktion) in die Überlegungen einbezogen werden.

14. Für jeden Versorgungsraum bzw. Versorgungssektor sind die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung festzulegen. Die Fächerstrukturen (differenziert nach der abgestuften Leistungserbringung) und die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) sind für jede Krankenanstalt festzulegen. Weiters sind für jede Krankenanstalt ausgewählte (spitzenmedizinische) Leistungsbereiche und die Vorhaltung von ausgewählten medizinisch-technischen Großgeräten festzulegen.“

48. Im § 24 Abs. 4 ist nach dem Ausdruck „angeführten Zahlen“ die Wortfolge „sowie Verlagerungen dieser Zahlen zwischen den einzelnen Versorgungsräumen und Versorgungssektoren“ einzufügen.

48 a) § 25 b Abs. 3 zweiter Satz lautet:

„Die Geschäftsordnungen haben jedenfalls die Einrichtungen einer Fachbereichskonferenz zumindest der Leiter der betroffenen Abteilungen vorzusehen.“

48 b) § 25 b Abs. 3 vierter Satz lautet:

„Die Vorsitzführung in der Fachbereichskonferenz ist mit Beschluss der Kollegialen Führung nach Anhörung der Leiter der betroffenen Abteilungen festzulegen.“

49. Im § 26 Abs. 2 ist die Wortfolge „Fachbeamten der Bundesanstalt für chemische und pharmazeutische Untersuchungen“ durch den Ausdruck „Bediensteten des Bundesinstituts für Arzneimittel“ zu ersetzen.

50. § 26 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Träger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen.“

51. Im § 27 Abs. 1 ist nach dem Ausdruck „ein Department,“ der Ausdruck „einen Fachschwerpunkt“ einzufügen.

52. § 29 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Soll die Aufnahme des Patienten nur bis zur Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden sind, so dürfen nur solche Patienten aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles das Vorhandensein einer derartigen Organisationseinheit für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird.“

53. § 31 Abs. 2 lautet:

„(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Arztbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu enthalten hat. Dieser Arztbrief ist nach Entscheidung des Patienten diesem oder dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt und bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung oder dem entsprechenden Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu übermitteln. Bei Bedarf sind dem Arztbrief auch Angaben zu Maßnahmen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich anzufügen. Konnte bei der Entlassung des Patienten für den behandelnden Arzt nur eine medizinische Kurzinformation ausgefertigt werden, so muss ein ergänzender ausführlicher Arztbrief so rasch wie möglich nachgesandt werden. Sowohl die Unterfertigung des Arztbriefes als auch der medizinischen Kurzinformation hat unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen im § 13 Abs. 2 zu erfolgen.“

54. § 31 Abs. 7 wird folgender Satz angefügt:

„Gleichzeitig mit dieser Benachrichtigung ist bei verstorbenen Minderjährigen eine Information über eine durchzuführende Obduktion nach § 32 Abs. 1 vorzunehmen und dem vorgenannten Personenkreis vor Durchführung der Obduktion die Möglichkeit einer würdigen Verabschiedung von dem in der Krankenanstalt verstorbenen Minderjährigen in einem würdig gestalteten Raum zu gewähren. Hierdurch darf jedoch der Zweck der Durchführung einer Obduktion im Sinne des § 32 Abs. 1 nicht beeinträchtigt werden.“

55. § 32 Abs. 3 lautet:

„(3) Über jede Obduktion ist eine Niederschrift zur Krankengeschichte aufzunehmen und gemäß § 13 Abs. 2 zu verwahren.“

56. § 34 lautet:

„§ 34

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen

(1) In öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten und in öffentlichen Sonderkrankenanstalten (§ 1 Abs. 3 Z. 1 und 2) sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

- a) zur Leistung erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach erster ärztlicher Hilfe oder um eine Nachbehandlung in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege handelt, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- e) im Zusammenhang mit Organ- einschließlich Blutspenden,

- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin notwendig ist.

(2) Die Träger der im Abs. 1 genannten Krankenanstalten sind verpflichtet, den Dienst habenden Ärzten die für die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften erforderlichen Einrichtungen der Krankenanstalt zur Verfügung zu stellen. Die Kosten dieser Untersuchungen sind nach den Bestimmungen des Gebührenanspruchsgesetzes 1975 vorzuschreiben.

(3) Den im Abs. 1 genannten Krankenanstalten steht ferner das Recht zu, Vorsorgeuntersuchungen ambulant durchzuführen. Die Aufnahme dieser Tätigkeit ist der Landesregierung anzuzeigen.

(4) Für die Bereiche der im Abs. 1 genannten Krankenanstalten, in denen ambulante Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden, sind in geeigneter Weise Aufzeichnungen zu führen, in denen die Benutzer mit Vor- und Zunamen, Geburtsdaten und Anschrift unter Anführung der Vorgeschichte der Erkrankung, der Diagnose und der Therapie sowie allenfalls des Kostenträgers und der vorgeschriebenen Behandlungsgebühr zu verzeichnen sind.“

57. Im § 35 a Abs. 1 wird die Betragsangabe „50 Schilling“ durch die Betragsangabe „3,63 Euro“ ersetzt.

58. Im § 35 a Abs. 3 erster Satz wird nach dem Ausdruck „die Landesregierung hat“ die Wortfolge „beginnend im Jahr 1989“ eingefügt.

59. Im § 35 a Abs. 3 lautet der zweite Satz:

„Dabei ist auf volle Schillingbeträge zu runden; ab 1. Jänner 2002 sind in der Folge die entsprechenden Eurobeträge auf volle 10 Cent zu runden.“

60. Dem § 35 a sind folgende Abs. 5 und 6 anzufügen:

„(5) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze durch den Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, durch den Träger der Krankenanstalt ein Beitrag in der Höhe von 1,45 Euro pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Beitragspflicht sind Personen im Sinne des Abs. 1 ausgenommen.

(6) Der Beitrag gemäß Abs. 5 wird von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Sozialversicherungsträger für den Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds eingehoben.“

61. Im § 37 Abs. 3 wird nach dem Ausdruck „Departmentleitern“ die Wortfolge „sowie den Leitern von Fachschwerpunkten“ eingefügt.

62. Dem § 37 ist folgender Abs. 4 anzufügen:

„(4) Die näheren Bestimmungen über die Anstaltsgebühren und Arztgebühren in der Sonderklasse hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen. Auch kann vorgesehen werden, dass diese Gebühren nach Anhörung des Trägers der Krankenanstalt sowohl hinsichtlich der Anstaltsgebühr als auch der Arztgebühr in Pauschalbeträgen festgesetzt werden.“

63. Im § 38 Abs. 3 ist nach dem ersten Satz folgender Satz einzufügen:

„Diese nach Abs. 1 kostendeckend ermittelten Tarife sind auf volle Schilling zu runden; mit 1. Jänner 2002 sind in der Folge die entsprechenden Eurobeträge auf volle 10 Cent zu runden.“

64. § 38 a Abs. 4 Z. 2 erster Halbsatz lautet:

„dem auf die Organisationseinheit entfallenden Prozentsatz von jährlich 106,362.000 Schilling (7,729.627,99 Euro)“

64 a) Im § 38 a Abs. 4 Z. 2 ist nach dem zweiten Satz folgender Satz anzufügen:

„Für die Jahre 2002 und 2003 wird für die Bemessung der Jahresbetrag mit 8,493.187,14 Euro festgelegt.“

65. § 38 a Abs. 5 lautet:

„(5) Der gemäß Abs. 4 monatlich auf jede Organisationseinheit entfallende Geldbetrag wird um einen monatlichen Abzugsbetrag verringert. Zur Ermittlung des Abzugsbetrages werden die Honorarpunkte aller anspruchsberechtigten Ärzte, die zum 1. Jänner 1999 an allen Organisationseinheiten tätig waren, zusammengezählt und davon die Honorarpunkte jener Ärzte, mit denen vom 1. Jänner 1998 bis zum 1. Jänner 1999 eine wegen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes – KA-AZG neu geschaffene oder eine von einer Ausbildungsstelle zum Arzt für Allgemeinmedizin in eine Stationsarztstelle umgewandelte Stelle besetzt worden ist, abgezogen. Die so ermittelte Punktesumme multipliziert mit 650 Schilling pro Punkt ergibt den Gesamtanzugsbetrag. Von diesem Gesamtanzugsbetrag entfällt auf jede einzelne Organisationseinheit jener Prozentsatz, der sich aus dem Verhältnis der Arzthonorarpunktesumme der jeweiligen Organisationseinheit zur Gesamthonorarpunktesumme aller Organisationseinheiten des jeweiligen Monats ergibt. Der Abzugsbetrag ist entsprechend den Erhöhungen der Ärztedienstzulage II gemäß § 64 a Landesvertragsbedienstetengesetz anzuheben.“

66. Im § 38 a Abs. 8 Z. 2 wird nach dem ersten Ausdruck „des letzten Kalenderjahres“ der Ausdruck „unter Berücksichtigung der mit 1. Jänner des Berechnungsjahres wirksamen Veränderungen“ eingefügt.

67. Dem § 38 a Abs. 10 wird folgender Abs. 10 a angefügt:

„(10 a) Übersteigt der schließlich für die Auszahlung des Arzthonorars für jeden einzelnen Arzt ermittelte Punktwert einen Höchstwert von € 266,- unter Einrechnung der Ärztedienstzulage II (Landesvertragsbedienstetengesetz), so ist der diesen Wert übersteigende Betrag zur Gänze in die Aufstockungsmasse

gemäß Abs. 8 Z. 1 einzubringen. Diese Regelung gilt auch bei Nachzahlungen gemäß Abs. 12 und ist für jene Ärzte nicht anzuwenden, welche nach dem Übergangsrecht zum § 38 a einen Verlustausgleichsanspruch haben.“

68. § 38 a Abs. 11 lautet:

„(11) Die Landesregierung hat durch Verordnung den in Abs. 8 Z. 1 lit. a genannten Betrag zu valorisieren, und zwar entsprechend der prozentuellen Steigerung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungsträger gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr. Eine vorläufige Valorisierung auf Grund von Schätzungen ist zulässig. Bei der Valorisierung ist auf volle 10 Cent zu runden.“

68 a) § 38 a Abs. 12 dritter Satz letzter Halbsatz lautet:

„so ist die Differenz im folgenden Kalenderjahr in mindestens zwei Teilbeträgen auszugleichen.“

69. § 38 a Abs. 12 fünfter Satz lautet:

„Bei Änderung der Organisationsstrukturen ist nach Anhörung der Ärztekammer für Steiermark folgende Anpassung vorzunehmen:“

70. Im § 38 a Abs. 12 lit. a und b entfällt jeweils der Ausdruck „und Abs. 5“ ersatzlos.

71. Dem § 38 a Abs. 12 ist folgende lit. c anzufügen:

„c) Bei wesentlichen Veränderungen innerhalb bestehender Organisationseinheiten sind die Prozentsätze gem. Abs. 4 Z. 2 unter sinngemäßer Anwendung der lit. a und b neu festzusetzen.“

72. Im § 38 b Abs. 1 ist an Stelle des Ausdruckes „ihrer Anhörung sowie nach Anhörung der Ärzte“ die Wortfolge „Anhörung deren Vertretung sowie nach Anhörung der Vertreter der Ärzte“ einzufügen.

73. Im § 38 b Abs. 4 ist an Stelle des Ausdruckes „§ 38 a Abs. 13 bis 15“ der Begriff „§ 38 a Abs. 3, 13 bis 15“ zu setzen.

74. § 39 Abs. 2 Z. 2 lautet:

„2. Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997 Asyl gewährt wurde und Asylwerbende, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997 eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,“

75. § 39 Abs. 2 Z. 4 und 5 lauten:

- „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,
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und“

76. Im § 42 Abs. 1 lautet der fünfte Satz:

„Die Gebührenrechnung für die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften nach den Bestimmungen des Gebührenanspruchsgesetzes 1975 (§ 34 Abs. 2) ist der Bezirksverwaltungs-(Bundespolizei-)behörde zu übermitteln, deren Organ der Straßenaufsicht die Blutuntersuchung veranlasst hat, sofern die Blutabnahme nicht auf Verlangen des Untersuchten erfolgt ist.“

77. Im § 48 Abs. 3 ist statt des Ausdruckes „Verbraucherpreisindex 76“ der Ausdruck „Verbraucherpreisindex 1986“ zu setzen.

78. Im § 48 a Abs. 2 Z. 4 ist an Stelle der Begriffe „Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales“ bzw. „Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales“ jeweils der Ausdruck „Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen“ bzw. „Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen“ zu setzen.

79. Im § 48 a Abs. 5 ist an Stelle des Ausdruckes „Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950“ der Ausdruck „Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes AVG“ zu setzen.

80. Im § 52 Abs. 2 und § 60 a Abs. 2 ist statt des Begriffes „Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales“ der Ausdruck „Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen“ zu setzen.

81. Im § 52 Abs. 3 ist an Stelle des Ausdruckes „drei Monate“ der Begriff „zwei Wochen“ zu setzen.

82. Im § 55 Abs. 1 und 2 ist jeweils nach dem Wort „Leitung“ der Ausdruck „eines Facharztes für Psychiatrie,“ einzufügen.

83. § 57 lit. c und d lautet, folgende lit. e wird angefügt:

- „c) Die §§ 22, 24, 28, 30 Abs. 1, 31, 34 Abs. 1 und 5, 35 bis 37 a, 38 Abs. 2 und 6, 42 Abs. 1 und 52 Abs. 3.
- d) Die §§ 35 a und 38 Abs. 4 finden nur für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 22) Anwendung.
- e) Der § 26 mit der Maßgabe, dass Krankenanstalten, deren Betrieb die Erzielung eines Gewinnes bezweckt, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen haben.“

84. § 62 entfällt.

85. § 63 Abs. 1 lautet:

„(1) Übertretungen dieses Hauptstückes und der auf Grund desselben erlassenen Verordnungen und behördlichen Anordnungen sind von der Bezirksverwaltungsbehörde mit Geldstrafe bis zu 4.500 Euro zu bestrafen.“

86. In den angeführten Bestimmungen werden die jeweiligen Schillingbeträge durch die angeführten Eurobeträge ersetzt:

| | | |
|---------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| § 35 Abs. 7 | 300 Schilling | 21,80 Euro |
| § 38 a Abs. 5 | 650 Schilling | 47,24 Euro |
| § 38 a Abs. 6 | 1.500 Schilling 2.000 Schilling | 109,01 Euro 145,35 Euro |
| § 38 a Abs. 8 Z. 1 lit. a | 44.440.000 Schilling | 3.229.580,75 Euro |
| § 38 a Abs. 8 Z. 1 lit. e | 6.500.000 Schilling | 472.373,42 Euro |

87. § 67 lautet:

„ § 67

Rückwirkendes Inkrafttreten von Verordnungen

Verordnungen auf Grund dieses Gesetzes können auch rückwirkend in Kraft gesetzt werden.“

88. § 68 Abs. 3 entfällt.

89. Dem I. Hauptstück wird das nachstehende II. Hauptstück angefügt:

„II. HAUPTSTÜCK

Sonderregelungen zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

Während der Geltungsdauer der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung sind die Bestimmungen über die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den allgemeinen öffentlichen und den öffentlichen Sonderkrankenanstalten (§ 1 Abs. 3 Z. 1 und 2) und den privaten allgemeinen gemeinnützigen Krankenanstalten (§ 1 Abs. 3 Z. 1 und § 22), sofern diese im Jahre 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) erhalten haben (in weiterer Folge ‚Fondskrankenanstalten‘), sowie über den Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds (in weiterer Folge ‚SKAFF‘ genannt), die LKF-Gebühren und zur Errichtung und Umgestaltung oder Erweiterung dieser Fondskrankenanstalten mit folgender Maßgabe anzuwenden:

§ 69

Voraussetzungen für die Errichtungsbewilligung

Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt, Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben. In diesem Fall ist neben den Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 und 3 die Errichtungsbewilligung auch davon abhängig, dass die Errichtung nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem Landes-Krankenanstaltenplan entspricht.

§ 70

Voraussetzungen für die Betriebsbewilligung

Eine Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn neben den Erfordernissen im § 5 Abs. 1

- a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des § 3 und bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (im Folgenden kurz ‚Fondskrankenanstalten‘) in Anspruch zu nehmen beabsichtigen, überdies eine Bewilligung gemäß § 69 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 Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des Landes-Krankenanstaltenplanes erfüllt sind;
- c) die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

§ 71

Voraussetzungen bei wesentlichen Änderungen

Für Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung bei wesentlichen Änderungen nach § 6 Abs. 2 insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des Landes-Krankenanstaltenplanes und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

§ 72

Übermittlung von Krankengeschichten und Arztbriefen

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 SKAFF-Organen bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen sind, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie vorbehaltlich der Zustimmung des Patienten einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten (§ 13 Abs.1 Z. 2 und 4) und ärztlichen Äußerungen (Arztbrief gemäß § 31 Abs. 2) über den Gesundheitszustand von Patienten zu übermitteln.

§ 73

Wirtschaftsaufsicht in Fondskrankenanstalten

(1) Die wirtschaftliche Aufsicht im Sinne des § 15 Abs. 1 wird für Fondskrankenanstalten durch den SKAFF wahrgenommen.

(2) Im Rahmen der Wirtschaftsaufsicht bedarf der Abschluss von Verträgen nach § 148 Z. 10 ASVG für Fondskrankenanstalten, deren Träger nicht das Land ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung; derartige Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden; § 15 Abs. 3 und 4 sind sinngemäß anzuwenden.

§ 74

Gemeinnützigkeit der Fondskrankenanstalten

Als gemeinnützig gilt eine Fondskrankenanstalt dann, wenn neben der Erfüllung der Voraussetzungen im § 22 Abs. 1 lit. a bis d sowie f und g die LKF-Gebühren für gleiche Leistungen der Krankenanstalten oder die Pflegegebühren für alle Patienten derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige Betten führende Organisationseinheiten oder

Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung und auf Tag- und Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich in gleicher Höhe festgesetzt sind.

§ 75

Allgemeine Regelungen über die Abgeltung der Krankenanstaltenleistungen

(1) Mit den Gebühren auf der Grundlage leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Gebühren) oder Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind unbeschadet Abs. 2 und § 76 alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Kosten der Beförderung des Patienten 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 Patienten 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 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten) dürfen der Berechnung des Schillingwertes je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie der Berechnung der Pflegegebühren nicht zu Grunde gelegt werden.

(4) Neben den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren können Sondergebühren und Sonderaufwendungen im Sinne der Bestimmungen der §§ 36 bis 38 eingehoben werden.

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (§ 75 Abs. 1 bis 4 sowie §§ 76 und 77) darf von Patienten oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen der §§ 30 Abs. 2 und 35 Abs. 4 werden die LKF-Gebühren oder Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im Übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung eines Entgelts bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten im Sinne des § 35 Abs. 7 verpflichtet werden.

§ 76

Kostenbeitrag für Fondskrankenanstalten

(1) Von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung LKF-Gebührenersätze durch den SKAFF oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Fondskrankenanstalt ein Kostenbeitrag im Sinne des § 35 a Abs. 1 einzuheben. Dieser Betrag darf pro Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach bundesgesetzlichen Regelungen (ASVG, BSVG) geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusam-

menhang 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 Erkrankungen zu berücksichtigen sind. Die weiteren Ausnahmeregelungen des § 35 a Abs. 1 sind sinngemäß anzuwenden.

(2) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich jährlich im Sinne des § 35 a Abs. 3.

(3) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gem. Abs. 1 ist von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze durch den Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, durch den Träger der Krankenanstalt ein Beitrag in der Höhe von 20 Schilling und ab 1. Jänner 2002 1,45 Euro pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Beitragspflicht sind jedenfalls Personen im Sinne des Abs. 1 ausgenommen. Der Beitrag gem. Abs. 1 wird von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Sozialversicherungsträger für den Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds eingehoben.

§ 76 a

Kostenbeitrag für Patientenentschädigung

(1) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gem. § 76 Abs. 1 und zum Kostenbeitrag gemäß § 76 Abs. 3 ist für jeden Verpflegstag, für den ein Kostenbeitrag gem. § 76 Abs. 1 eingehoben wird, ein Beitrag von 10 Schilling und ab 1. Jänner 2002 0,73 Euro einzuheben.

(2) Der Beitrag nach Abs. 1 wird von den Trägern der Krankenanstalten eingehoben und zur Entschädigung nach Schäden, die durch die Behandlung in Fondskrankenanstalten ab dem 1. Jänner 2001 entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist, zur Verfügung gestellt.

(3) Die Verwaltung und Zuerkennung der Patientenentschädigungsmittel nach Abs. 2 wird durch Landesgesetz geregelt.

§ 77

Abgeltung von Krankenanstaltenleistungen durch den SKAFF

(1) Die an sozialversicherten Patienten in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen (ambulanter und stationärer Bereich) sowie allfällige Leistungen im Nebenkostenstellenbereich sind mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren gemäß § 36 über den SKAFF abzurechnen.

(2) Alle Leistungen der Fondskrankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen sind mit folgenden Zahlungen abgegolten:

- a) LKF-Gebührenersätze (§ 77 Abs. 1 und 3) mit Ausnahme der ambulanten Bereiche;
- b) Kostenbeiträge nach § 76;
- c) Pauschalbeträge für ambulante Bereiche.

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

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

(4) Voraussetzung dafür, dass der Träger der Fondskrankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung erhält, ist, dass der Landes-Krankenanstaltenplan (§ 24) mit den Zielen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes übereinstimmt und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, gewährleistet ist; dies muss von den Trägern der Fondskrankenanstalten gewährleistet werden.

(5) Ausgenommen von den Abgeltungen im Sinne der Abs. 1, 2 und 3 sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Land ausgenommene Leistungen gemäß Artikel 16 der Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung und die im § 75 Abs. 2 angeführten Leistungen.

(6) Der Kostenbeitrag gem. § 447 f Abs. 7 ASVG ist von der Fondskrankenanstalt für Rechnung des SKAFF einzuheben.

§ 78

Ermittlung und Festsetzung von LKF-, Pflege- und Sondergebühren

(1) Der Schillingwert, ab dem 1. Jänner 2002 der Eurowert, je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfällige Sondergebühren (§ 36) sind vom Träger der Fondskrankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 75 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Patienten ermittelten LKF-Punkte mit dem von

der Landesregierung festgelegten Schilling- bzw. Eurowertwert je LKF-Punkt. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Schilling- bzw. Eurowertwert 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 ist auch der kostendeckend ermittelte Schilling- bzw. Eurowert aufzunehmen.

(2) Für alle öffentlichen und gemäß § 22 gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die nicht Fondskrankenanstalten sind, sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über den SKAFF abgerechnet werden, sind die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch Pflegegebühren im Sinne der §§ 35 und 38 abzugelten.

(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, Pflegegebühren und allfällige Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die LKF-Gebühren, Pflegegebühren und allfällige 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 § 29 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die LKF-Gebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.

(6) Diese nach Abs. 1 kostendeckend ermittelten Tarife sind auf volle Schilling zu runden; mit 1. Jänner 2002 sind die entsprechenden Eurobeträge auf volle 10 Cent zu runden.

§ 79

Einschränkung der Aufnahmeverpflichtung und Bezahlung der tatsächlichen Behandlungskosten in Fondskrankenanstalten

(1) Die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die voraussichtlichen LKF-Gebühren, Pflegegebühren und Sondergebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten nicht erlegen oder sicherstellen, ist auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 29 Abs. 4) beschränkt.

(2) Bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger sind statt der LKF-Gebühren, Pflegegebühren bzw. Sondergebühren sowie Kostenbeiträge die tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten zu bezahlen; dies gilt jedoch nicht für die im § 39 Abs. 2 Z.1 bis 6 aufgezählten Fälle.

§ 80

Einbringung von LKF-, Pflege- und Sondergebühren sowie von Kostenbeiträgen

(1) Über die Einbringung von LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 78), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im

Rückstandsfall gegenüber dem Patienten selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung und Einbringung von Entgelten für Begleitpersonen von Patienten (§ 35 Abs. 4 und 7) sind die Bestimmungen der §§ 40 bis 42 sinngemäß anzuwenden.

(2) Für zahlungsfähige Patienten kann 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 verlangt werden.

(3) Auf Grund von Rückstandsabweisen öffentlicher Krankenanstalten für kostendeckende LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Patienten ist die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.

(4) 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.

§ 81

Betriebsabgänge

(1) Bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 51 ist der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Träger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Land zu decken. Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Landes so festzusetzen, dass sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken.

(2) Bei Krankenanstalten, die vom Land 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 Regelungen gemäß Abs. 1 und 2 für Fondskrankenanstalten können durch Finanzierungsregelungen über den SKAFF zur Gänze oder teilweise ersetzt werden.

§ 82

Betriebsunterbrechung und Auflösung bei Fondskrankenanstalten

Im Falle des Verzichtes auf das Öffentlichkeitsrecht bzw. die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflösung sind bei Fondskrankenanstalten die Bestimmungen des § 52 Abs. 1 und 2 sinngemäß anzuwenden. Die Landesregierung hat im Falle einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

§ 83

Meldungen an die Strukturkommission

Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind, soweit sie Fondskrankenanstalten betreffen, überdies unverzüglich der Strukturkommission (§ 59 c des Bundesgesetzes über Krankenanstalten) bekannt zu geben.

§ 84

Aufnahmeverpflichtung

Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, die auf Grund sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften eingewiesenen Patienten bzw. die gemäß § 66 B-KUVG anspruchsberechtigten Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

§ 85

Rechte der Sozialversicherungsträger

(1) Die Sozialversicherungsträger haben ohne Einschaltung des SKAFF folgende Rechte gegenüber dem Träger einer Fondskrankenanstalt:

- a) das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Fondskrankenanstalt (z. B. Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);
- b) das Recht, Kopien der in lit. a genannten Unterlagen im Sinne des § 72 zu erhalten;
- c) das Recht, den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Fondskrankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;
- d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen auf elektronischem Weg zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen des SKAFF oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Fondskrankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versicherungszuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfasst auch die entsprechenden Statistiken; ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können nur dann gegenüber einer Fondskrankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom SKAFF zur Verfügung gestellt werden.

(2) Bei Ausübung der Rechte nach Abs. 1 lit. a und c sind die Bestimmungen des § 46 Abs. 2 und 3 sinngemäß anzuwenden.

§ 86

Elektronischer Datenaustausch

Der gesamte Datenaustausch zwischen Fondskrankenanstalten und Sozialversicherungsträgern ist für den stationären und ambulanten Bereich elektronisch vorzunehmen, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit einheitlich zu gestalten sind.

§ 87

Information über den Punktwert

Die Sozialversicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen oder endgültigen Punktwerte durch den SKAFF.

§ 88

Stellung des SKAFF

Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Fondskrankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß § 77 gegenüber den Trägern der Fondskrankenanstalten betreffen, gilt der SKAFF als Versicherungsträger. Der SKAFF kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Sozialversicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband der österreichi-

schen Sozialversicherungsträger vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

§ 89

Ansprüche gegenüber Versicherten und anderen Personen

Wenn Leistungen gemäß § 77 gewährt werden, hat der Träger der Fondskrankenanstalt oder der SKAFF gegenüber dem Versicherten, Patienten oder den für ihn unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hiervon sind nur der Kostenbeitrag gem. § 76 Abs. 1 und 5 sowie § 76 a Abs. 1 und der Kostenbeitrag gem. § 447 f Abs. 7 ASVG.

§ 90

Verträge zwischen Sozialversicherungsträgern und Fondskrankenanstalten

Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Fondskrankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach § 77 Abs. 5 dieses Gesetzes handelt. Die Verträge, ausgenommen Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz B-KUVG, sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern einerseits und dem Träger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem SKAFF abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

§ 91

Verträge zwischen Sozialversicherungsträgern und Nicht-Fondskrankenanstalten

Verträge mit den im § 149 Abs. 1 ASVG genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie z. B. in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt, im Einvernehmen mit dieser zu enthalten."

Artikel II

Die Anlage 2 zum KALG (Übergangsrecht zum § 38 a KALG) wird geändert wie folgt:

1. Im ersten Satz des Abs. 3 entfällt der Ausdruck „nach der“.

2. Der letzte Absatz des Abs. 3 lautet:

„Der allfällige Verlust ist für jeden Arzt entsprechend jener Organisationseinheit zu ermitteln, an der er sich zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes, LGBL.Nr. 8/1999, befunden hat, und zwar anhand der an der Organisationseinheit im Jahre 1998 an die Ärzte zur Verteilung gelangten Abteilungs-Arzt Honorarsumme. Für ärztliche Mitarbeiter ergibt sich das durchschnittliche Arzthonorar des Jahres 1998 aus dem daraus ermittelten durchschnittlichen Abteilungspunktwert multipliziert mit der jeweiligen Honorarpunkteanzahl des einzelnen Arztes vom Dezember 1998.

Abteilungs- und Institutsleiter, die ihre Leitungsfunktion bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes, LGBL.Nr. 8/1999, innehatten und an einer Organisationseinheit tätig sind, die nach dem 1. Jänner 1998 von einer Untergliederung in Departements bzw. der Schaffung neuer Departements betroffen sind, sind ab dem Zeitpunkt der Umsetzung dieser Strukturmaßnahme bei der Ermittlung des Verlustausgleiches so zu behandeln, als ob diese Strukturänderung bereits mit 1. Jänner 1998 bestanden hätte. Der Leiterpool ist dabei im Verhältnis der Honorarpunkte, die den betroffenen Ärzten nach den Bestimmungen des Gesetzes, LGBL.Nr. 8/1999, zustehen, aufzuteilen.

An Organisationseinheiten, an denen im Dezember 1998 weniger als vier ärztliche Mitarbeiter tätig waren, ist am Ende des Kalenderjahres 1999 sowie in weiterer Folge am Ende von Kalenderjahren, in denen sich der ärztliche Mitarbeiterstand der Abteilung erhöht hat, der Verlustausgleich je anspruchsberechtigten ärztlichen Mitarbeiter neu zu ermitteln. Bei der Ermittlung des durchschnittlichen Abteilungspunktwertes ist dabei so vorzugehen, als ob bereits sämtliche ärztliche Mitarbeiter der betreffenden Organisationseinheit das gesamte Jahr 1998 mit dem Punktestand vom Dezember des jeweils abgelaufenen Jahres (berechnet nach der am 31.12.1998 gültigen Ärzte-Honorarpunkteverordnung) tätig gewesen wären. Der Verlustausgleich ist zumindest einmal jährlich auszuführen."

3. Dem Abs. 3 wird folgender Abs. 3 a angefügt:

„(3 a) Ab der Kundmachung der Novelle LGBL.Nr. 114/2002, das ist der 5. Dezember 2002, besteht der Anspruch auf Verlustausgleich nur für jene Ärzte, die zu diesem Zeitpunkt in Landeskrankenanstalten tätig sind.“

Artikel III

Inkrafttreten

(1) Artikel II Z. 2 tritt mit 1. Jänner 1999 in Kraft.

(2) Artikel I Z. 65 und 70 treten mit 1. Jänner 2000 in Kraft.

(3) Artikel I Z. 1 bis 11, 13 bis 21, 23 bis 36, 38 bis 42, 44 bis 56, 58, 59, 61 bis 63, 66, 74 bis 83, 88 und 89 treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(4) Artikel I Z. 37 tritt mit 1. März 2001 in Kraft.

(5) Artikel I Z. 22 tritt mit 1. Juli 2001 in Kraft.

(6) Artikel I Z. 57, 64, 67 bis 69, 71, 84 und 86 sowie Artikel II Z. 1 treten mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

(7) Artikel I Z. 72, 73, 85 und 87 sowie Artikel II Z. 3 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der 6. Dezember 2002, in Kraft.

(8) Artikel I Z. 12, 43 und 60 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(9) Artikel I Z. 89 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(10) Artikel I Z. 1 a, 35 a, 48 a, 48 b, 64 a und 68 a treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der 6. Dezember 2002, in Kraft.

(11) Verordnungen auf Grund dieses Gesetzes können ab dem der Kundmachung folgenden Tag erlassen werden; sie dürfen jedoch frühestens zugleich mit ihrer gesetzlichen Grundlage in Kraft treten.

Landeshauptmann
Klasnic

Landesrat
Dörflinger

Hinweis: Änderung der Verkaufsbedingungen

Infolge der gesetzlichen Erhöhungen beim Zeitungsversand und auf Grund der immer unabsehbarer werdenden Seitenanzahl des Landesgesetzblattes werden die Verkaufsbedingungen für das Landesgesetzblatt ab dem Jahr 2003 wie folgt geändert:

Der Berechnung des Abonnementpreises liegt zunächst ein fixer Preis für eine bestimmte Seitenanzahl zugrunde (diese orientiert sich an der durchschnittlichen Seitenanzahl der letzten Jahre). Wird diese Seitenanzahl überschritten, erfolgt eine aliquote Nachverrechnung (vergleichbar der Vorgangsweise beim Bundesgesetzblatt).

Sollten Sie als Abonnent mit den nachstehenden Verkaufsbedingungen für das Jahr 2003 nicht einverstanden sein, besteht die **Möglichkeit, das Abonnement bis längstens 31. Dezember 2002 schriftlich zu kündigen**. Die Kündigung muss spätestens zu diesem Zeitpunkt bei der

MEDIENFABRIK GRAZ, VERLAGS- UND VERTRIEBSGMBH, HOFGASSE 15, 8010 GRAZ
eingelangt sein, um für das nächste Jahr wirksam zu werden.

Allgemeine Verkaufsbedingungen für das Jahr 2003

Der **Bezugspreis** für das Jahresabonnement des Landesgesetzblattes für das Land Steiermark beträgt infolge der gesetzlichen Erhöhungen beim Zeitungsversand vorbehaltlich unvorhersehbarer Steigerungen bei den Herstellungskosten:

| bis zu einem Jahresumfang | im Inland ¹ | im Ausland ¹ |
|---------------------------|------------------------|-------------------------|
| von 300 Seiten | € 41,- | € 58,- |

¹ Preise inkl. Versandkosten

Wird dieser Umfang überschritten, erfolgt für den Mehrumfang eine aliquote Nachverrechnung.

Bezugsanmeldungen richten Sie bitte an

MEDIENFABRIK GRAZ, VERLAGS- UND VERTRIEBSGMBH, HOFGASSE 15, 8010 GRAZ; TEL: ++43 (0316) 8095 DW 18, FAX: ++43 (0316) 8095 DW48; E-MAIL: silvia.zierler@mfg.at

Ersatz für abgängige oder mangelhaft zugekommene Auslieferungen des Landesgesetzblattes ist binnen vier Wochen nach dem Erscheinen bei der Abonnementstelle anzufordern. Nach Ablauf dieses Zeitraumes werden solche Reklamationen ausnahmslos als Einzelbestellungen behandelt.

Einzelbestellungen und Lagerverkauf: Einzelne Exemplare des Landesgesetzblattes sind erhältlich gegen Entrichtung des Verkaufspreises von € 1,10 bis zu 4 Seiten zuzüglich € 0,55 für alle weiteren zwei Seiten plus Versandkosten.

Versandstelle: MEDIENFABRIK GRAZ, VERLAGS- UND VERTRIEBSGMBH, Hofgasse 15, 8010 Graz; Tel: ++43 (0316) 8095 DW 18, Fax: ++43 (0316) 8095 DW 48; E-MAIL: silvia.zierler@mfg.at

Lagerverkauf: MEDIENFABRIK GRAZ, VERLAGS- UND VERTRIEBSGMBH, VERLAGSSHOP, Hofgasse 15, 8010 Graz

