

## **Gesetz vom \_\_\_\_\_, mit dem das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz geändert wird (KALG Novelle 2006)**

Der Steiermärkische Landtag hat in Ausführung der Grundsatzbestimmungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl.Nr. 1 /1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 155/2005, beschlossen:

Das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 1999 – KALG, LGBl.Nr. 66/1999, zuletzt in der Fassung LGBl.Nr. 2/2005, wird wie folgt geändert:

1. *Das Inhaltsverzeichnis lautet:*

### **„Inhaltsverzeichnis**

#### **I. HAUPTSTÜCK**

##### **1. TEIL**

##### **Begriffsbestimmungen**

§	1	Begriff und Einteilung der Krankenanstalten
§	1a	Personenbezogene Bezeichnung
§	2	Ausnahmen
§	2a	Standardkrankenanstalten, Schwerpunktkrankenanstalten und Zentralkrankenanstalten

##### **2. TEIL**

##### **Allgemeine Bestimmungen über die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten**

§	3	Errichtungsbewilligung
§	4	Verfahren zur Errichtungsbewilligung
§	5	Betriebsbewilligung
§	5a	Parteistellung im Errichtungsbewilligungsverfahren für Krankenanstalten
§	5b	Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre
§	6	Verlegung einer Krankenanstalt und räumliche Änderungen
§	6a	Patientenrechte
§	7	Verpachtung, Übertragung und Änderung der Bezeichnung einer Krankenanstalt
§	8	Sperre von Krankenanstalten
§	9	Anstaltsordnung
§	9a	Kollegiale Führung
§§	10-11	Ärztlicher Dienst
§	11a	Krankenhaustygieniker und Hygieneteam
§	11b	Technischer Sicherheitsbeauftragter
§	11c	Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie der Anwendung neuer medizinischer Methoden
§	11d	Qualitätsmanagement
§	11e	Personalbedarfsermittlung
§	11f	Blutdepot
§	11g	Kinderschutzgruppen
§	12	Verschwiegenheitspflicht
§	13	Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen
§§	13a-13c	Datenverarbeitung in der Krankenanstalt und zentraler Bettennachweis
§	13d	(entfallen)
§§	14-16	Wirtschaftsführung und Wirtschaftsaufsicht
§	16a	Pflegedienst
§	16b	Patientinnen-/Patientenvertretung
§	16c	Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung
§	16d	Fortbildung des nichtärztlichen Personals
§	16e	Supervision

- § 17 Arztausbildungsstellen
- § 18 Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligung
- § 18a Erlöschen der Errichtungsbewilligung
- § 19 Informationen über Krankenanstalten

### **3. TEIL**

#### **Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten**

##### **1. Abschnitt**

##### **Allgemeines**

- § 20 Öffentlichkeitsrecht
- § 21 Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechts
- § 22 Gemeinnützigkeit
- § 23 Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes
- § 24 Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege
- § 24a Enteignung
- § 25 Angliederungsverträge
- §§ 25a-25c Innere Organisation der Krankenanstalten
- § 26 Arzneimittelvorrat
- § 26a Arzneimittelkommission
- § 27 Öffentliche Stellenausschreibung
- § 28 Gebührenklassen
- §§ 29-30 Aufnahme in die Anstaltspflege
- § 31 Entlassung aus der Anstaltspflege
- § 32 Leichenöffnung (Obduktion)
- § 33 Prosektur
- § 34 Ambulante Untersuchungen und Behandlungen
- § 35 Pflegegebühren (Pflegegebührenersätze)
- § 35a Kostenbeitrag von Patientinnen/ Patienten
- § 36 Sondergebühren und Sonderaufwendungen
- § 37 Anstaltsgebühren und Arztgebühren in der Sonderklasse
- § 37a Ambulanzgebühren
- § 37b Aufteilung der Arztgebühren
- § 38 Ermittlung und Festsetzung von Pflegegebühren und Sondergebühren
- § 38a Besondere Regelungen für Ärzte, die Bedienstete des Landes und an einer öffentlichen Krankenanstalt tätig sind
- § 38b Besondere Regelungen für besonders qualifizierte nichtärztliche Universitätsabsolventen, die Bedienstete des Landes und an einer öffentlichen Krankenanstalt tätig sind
- § 39 Einschränkung der Aufnahmeverpflichtung; Bezahlung der tatsächlichen Behandlungskosten
- §§ 40-42 Einbringung von Pflegegebühren, Kostenbeiträgen, Sondergebühren und Sonderaufwendungen
- §§ 43-48 Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu den öffentlichen Krankenanstalten
- §§ 48a-48b Schiedskommission
- § 49 Begriff des Versicherungsträgers
- § 50 Beziehungen der Sozialhilfeträger zu den Trägern der öffentlichen Krankenanstalten
- § 51 Deckung der Betriebsabgänge öffentlicher Krankenanstalten
- § 52 Betriebsunterbrechung und Auflassung
- § 53 Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes

##### **2. Abschnitt**

#### **Besondere Bestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in öffentlichen Krankenanstalten und für öffentliche Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie**

- § 54 Zweck der Aufnahme
- § 54a Offene und geschlossene Bereiche
- § 54b Besondere Regelungen der Anstaltsordnung
- § 55 Sonderregelung über die ärztliche Leitung

### **4. TEIL**

#### **Bestimmungen über private Krankenanstalten**

##### **1. Abschnitt**

##### **Allgemeine Vorschriften**

- § 56 Begriff; Anwendung des bürgerlichen Rechtes
- § 57 Sonderbestimmungen für Errichtung und Betrieb
- § 58 Fortbetriebsrechte

§ 59 Beziehungen der Versicherungsträger zu den nicht öffentlichen Krankenanstalten

## 2. Abschnitt

§ 60 Sonderbestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und für private Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie

## 5. TEIL

### Besondere Vorschriften für die Inanspruchnahme von Krankenanstalten nach dem Heeresversorgungsgesetz

§ 60a Pflegegebühren für Anstaltspflege

## 6. TEIL

### Gemeinsame Straf-, Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 61 Mitteilung an den Landeshauptmann und die Bundesgesundheitsagentur

§ 62 (entfallen)

§ 63 Strafbestimmungen

§ 64 Übergangsbestimmungen

§ 65 Eigener Wirkungsbereich der Gemeinden

§ 66 Vollziehung

§ 67 Rückwirkendes Inkrafttreten von Verordnungen

§ 67a Übergangsbestimmungen zum § 38a

§ 68 Zeitliche Geltung

§ 68a Inkrafttreten von Novellen

## II. HAUPTSTÜCK

### Sonderregelungen zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

§ 69 Voraussetzungen für die Errichtungsbewilligung

§ 70 Voraussetzungen für die Betriebsbewilligung

§ 71 Voraussetzungen bei wesentlichen Änderungen

§ 72 Wirtschaftsaufsicht in Fondskrankenanstalten

§ 73 Verträge nach § 148 Z. 10 ASVG

§ 74 Gemeinnützigkeit der Fondskrankenanstalten

§ 75 Allgemeine Regelungen über die Abgeltung der Krankenanstaltenleistungen

§ 76 Kostenbeitrag für von Patientinnen/ Patienten für Fondskrankenanstalten

§ 77 Abgeltung von Krankenanstaltenleistungen durch den Landesgesundheitsfonds

§ 78 Ermittlung und Festsetzung von LKF-, Pflege- und Sondergebühren

§ 79 Einschränkung der Aufnahmeverpflichtung

§ 80 Bezahlung der tatsächlichen Behandlungskosten

§ 81 Betriebsabgänge

§ 82 Betriebsunterbrechung und Auflassung bei Fondskrankenanstalten

§ 83 Aufnahmeverpflichtung

§ 84 Rechte der Sozialversicherungsträger

§ 85 Elektronischer Datenaustausch

§ 86 Information über den Punktwert

§ 87 Stellung des Landesgesundheitsfonds

§ 88 Ansprüche gegenüber Versicherten und anderen Personen

2.§ 89 Verträge zwischen Sozialversicherungsträgern und Fondskrankenanstalten“

2.

2. *Im § 2 wird nach lit. d statt des Punktes ein Strichpunkt gesetzt und folgende lit. e angefügt:*

„e) die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH“

3. *In § 2 a Abs. 2, § 11 Abs. 2 und § 11 c Abs. 9 wird an Stelle des Ausdrucks „medizinische Fakultät“ bzw. „medizinische Fakultäten“ jeweils der Ausdruck „Medizinische Universität“ bzw. „Medizinische Universitäten“ in der grammatikalisch passenden Form gesetzt.*

4. *Im § 2 a Abs. 3 wird statt dem Ausdruck „Abs. 1 lit. a und b“ der Ausdruck „Abs. 1 lit. b und c“ eingefügt.*

5. *§ 3 Abs. 3 lautet:*

„(3) Der Bedarf ist nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot sowohl nach dem Landes-Krankenanstaltenplan als auch im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater-gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Kassenvertragszahnärzte und Kassenvertragsdentisten zu beurteilen.“

6. *§ 3 Abs. 5 lautet:*

„(5) Ist der Träger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf er lediglich bei Ambulatorien einer Bewilligung zur Errichtung; diese ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessensvertretung der Ärzte bzw. Zahnärzte und Dentisten oder zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn der Bedarf durch die Landesregierung festgestellt ist. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines Ambulatoriums betraut. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen.“

7. *§ 5 Abs. 1 lit. h lautet:*

„h) die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.“

7a. *Im § 5 a Abs. 1 wird die Wortfolge“... sowie bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer“ durch die Wortfolge „...bzw. bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer“ ersetzt.*

7b. *Im § 5 a Abs. 2 wird die Wortfolge „...haben die Ärztekammer für Steiermark und bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer“ durch die Wortfolge „...hat die Ärztekammer für Steiermark bzw. bei Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer“ ersetzt.*

8. *§ 5b lautet:*

„Bei Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt ist in einer Vereinbarung zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Träger der Medizinischen Universität näher zu regeln.“

9. *Im § 6 a Abs. 6 wird der Ausdruck „Steiermärkische Patientenvertretung (Patientenombudsmann/frau)“ durch den Ausdruck „Steiermärkische Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung“ ersetzt.*

10. § 9 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor ihrer Genehmigung hat der Träger der Krankenanstalt das Rektorat der Medizinischen Universität zu hören.“

11. Dem § 9 a Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die kollegiale Führung ihre Aufgaben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 11 d Abs. 3 erfüllen kann.“

12. § 9 a Abs. 5 lautet:

„(5) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient und in der eine kollegiale Führung eingerichtet ist, ist die Rektorin/der Rektor oder eine Universitätsprofessorin/ein Universitätsprofessor der Medizinischen Universität, die/der von der Universität vorgeschlagene wurde, den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen.“

13. § 11 Abs. 1 Z. 6 lautet:

„6. In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger 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) und für Heilmasseure nach dem Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz - MMHmG sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und Personal nach dem Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G) gewährleistet ist.“

14. § 11 Abs. 5 lautet:

„(5) In Gemeinsamen Einrichtungen von Kliniken und Instituten an Medizinischen Universitäten, zu deren Aufgabe auch die Erbringung ärztlicher Leistungen gehört, kommt die Verantwortung für diese ärztlichen Aufgaben der Leiterin/dem Leiter der Gemeinsamen Einrichtung zu.“

15. Dem § 11 c Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Träger sind verpflichtet, durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung den Ethikkommissionen zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen. Die Träger sind berechtigt, vom Sponsor einen Kostenbeitrag entsprechend der erfahrungsgemäß im Durchschnitt erwachsenden Kosten einer Beurteilung im Rahmen einer klinischen Prüfung zu verlangen.“

16. § 11 c Abs. 2 lautet:

„(2) Der Ethikkommission, die sich aus Frauen und Männern zusammensetzen hat, gehören an:

1. eine Ärztin/ein Arzt, die/der im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigt ist und die/der weder ärztliche Leiterin/ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüferin/Prüfer bzw. Klinische Prüferin/Klinischer Prüfer ist,
2. eine Fachärztin/ein Facharzt, in deren/dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung oder neue medizinische Methode fällt, oder gegebenenfalls eine Zahnärztin/ein Zahnarzt, und die nicht Prüfer sind,
3. eine Angehörige/ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege,
4. eine Juristin/ein Jurist,
5. eine Pharmazeutin/ein Pharmazeut,
6. eine Patientenvertreterin/ ein Patientenvertreter (Gesetz über die Steiermärkische Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung , LGBl.Nr. 66/2003 in der jeweils geltenden Fassung),
7. eine Person, die über biometrische Expertise verfügt,
8. eine Vertreterin/ein Vertreter einer repräsentativen Behindertenorganisation und

9. eine weitere, nicht unter Z. 1 bis 8 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 qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen. Die Bestellung der Mitglieder (Ersatzmitglieder) hat der Träger der Krankenanstalt zu veranlassen.“

17. *Im § 11c Abs. 3 lautet der 1. Halbsatz:*

„Die Beurteilung neuer medizinischer Methoden hat sich insbesondere zu beziehen auf“

18. *§ 11 c Abs. 3 Z. 4 und 5 lauten:*

„4. die Art und Weise, in der die Auswahl der Patientinnen/Patienten durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen,

5. die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadensfalles im Zusammenhang mit der Anwendung einer neuen medizinischen Methode getroffen werden.“

19. *§ 11 c Abs. 5 lautet:*

„Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist jedenfalls ein Technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen. Wird die Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen klinischen Prüfung eines Arzneimittels befasst, so haben ihr weiters eine Fachärztin/ein Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie anzugehören. Erforderlichenfalls sind weitere Experten beizuziehen.“

20. *§ 11 d Abs. 4 lautet:*

„(4) In jeder Betten führenden Krankenanstalt ist eine Qualitätsmanagementkommission einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person (Qualitätsmanagerin/Qualitätsmanager) steht. Dieser Kommission haben zumindest eine Vertreterin/ 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 Universität dienen, gehört der Kommission auch eine Universitätsprofessorin/ein Universitätsprofessor an, die/der von der Medizinischen Universität vorgeschlagen wird.“

21. *Nach § 11 e werden folgende §§ 11 f und 11 g eingefügt:*

#### **„§ 11 f Blutdepot**

„(1) Jede bettenführende Krankenanstalt mit Leistungsangeboten aus dem operativen Fachbereich hat über ein Blutdepot zu verfügen. Dieses dient der Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen sowie der Durchführung der Kompatibilitätstests für krankenhausinterne Zwecke. Es ist von einem fachlich geeigneten Facharzt zu leiten und mit dem zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen und fachlich qualifizierten Personal auszustatten. Der Leiter und das Personal müssen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig und regelmäßig, zumindest einmal jährlich, auf den neuesten Stand der Wissenschaften gebracht werden.

(2) Für die Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen ist ein auf den Grundsätzen der guten Herstellungspraxis basierendes Qualitätssicherungssystem einzuführen und zu betreiben. Die Bestandteile des Qualitätssicherungssystems, wie Qualitätssicherungshandbuch, Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures - SOPs) und Ausbildungshandbücher sind mindestens einmal jährlich oder bei Bedarf auf den neuesten Stand der Wissenschaft zu bringen.

(3) Der Träger der Krankenanstalt hat sicherzustellen, dass jeder Eingang und jede Abgabe bzw. Anwendung von Blut oder Blutbestandteilen im Rahmen des Blutdepots dokumentiert wird. Die Dokumentation hat eine nach dem Stand der Wissenschaft lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transfusionskette, soweit dies in den Aufgabenbereich des Blutdepots fällt, sicherzustellen. Die Dokumentation ist durch mindestens dreißig Jahre aufzubewahren.

(4) Die Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen durch Blutdepots hat den Anforderungen nach Artikel 29 e der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Jänner 2003, zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen, ABl. Nr. L 33 vom 8.2.2003, S. 30, zu entsprechen.“

## **§ 11 g Kinderschutzgruppen**

„(1) Die Träger der Krankenanstalten mit Leistungsangebot in Kinder- und Jugendheilkunde bzw. Kinderchirurgie sind verpflichtet, Kinderschutzgruppen einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, können Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

1. als Vertreterin/Vertreter des ärztlichen Dienstes eine Fachärztin/ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinderchirurgie,
2. Vertreterinnen/Vertreter des Pflegedienstes und
3. Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind.

Die Kinderschutzgruppe kann, gegebenenfalls auch im Einzelfall, beschließen, eine Vertreterin/einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen.

(3) Der Kinderschutzgruppe obliegt insbesondere die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern.“

22. *§ 13 Abs. 1 Z. 4 lautet:*

„4. Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patientinnen/Patienten kostenlos zu übermitteln:

- a) den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist,
- b) den Sozialversicherungsträgern und Organen des Landesgesundheitsfonds im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie
- c) vorbehaltlich der Zustimmung der Patientin/ des Patienten, den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten.“

23. *Im § 13 Abs. 1 Z. 7, § 22 Abs. 1 lit. f und Abs. 2, § 38 Abs. 2 und § 51 werden die Formen der Ausdrücke „Krankenanstaltengesetz (KAG)“ und „Bundesgesetz über Krankenanstalten“ durch die jeweils passenden Formen des Ausdrucks „Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kurorte (KAKuG)“ ersetzt.*

24. *§ 13 d entfällt ersatzlos.*

25. *§ 15 Abs. 1 lautet:*

„(1) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang gemäß § 51 oder zum Errichtungsaufwand oder Zahlungen aus dem Landesgesundheitsfonds erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.“

26. *§ 16b lautet:*

## **„§ 16b Patientinnen-/Patientenvertretung**

„Zur Prüfung allfälliger Beschwerden und auf Wunsch zur Wahrnehmung der Patientinnen-/Patienteninteressen hat eine unabhängige Patientinnen-/ Patientinnenvertretung zur Verfügung zu stehen; diese wird durch ein eigenes Landesgesetz geregelt.“

27. *§ 18 a Abs. 2 lautet:*

„(2) Die im Abs. 1 gesetzten Fristen können auf Grund eines vor ihrem Ablauf gestellten Antrages aus wichtigen Gründen einmal für maximal fünf Jahre verlängert werden. Durch den Antrag wird die Frist bis zur rechtskräftigen Entscheidung erstreckt.“

28. § 24 Abs. 2, 1. Satz lautet:

„Für Fondskrankenanstalten ist ein Landes-Krankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes bzw. des diesen ersetzenden Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befindet.“

28a. § 24a Abs. 5 lautet:

*Im Abs. 5 wird er Begriff „Bezirksgericht“ durch den Begriff „Landesgericht“ ersetzt.*

28b. § 24a Abs. 6 lautet:

„Im Übrigen findet auf das Enteignungsverfahren, das Ausmaß des Entschädigungsanspruches und die Kosten des Verfahrens das Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetz, BGBl. Nr. 20/1970, in der Fassung BGBl. I Nr. 112/2003, dem Sinne nach Anwendung.“

29. *Der erste Satz des § 25 Abs. 1 lautet:*

„Zur Sicherung öffentlicher Krankenanstaltspflege können mit Genehmigung der Landesregierung zwischen Trägern öffentlicher Krankenanstalten und Trägern anderer öffentlicher Krankenanstalten oder privater Krankenanstalten Angliederungsverträge abgeschlossen werden, mit denen die Unterbringung der Patienten der öffentlichen Krankenanstalt (Hauptanstalt) in anderen öffentlichen oder privaten Krankenanstalten (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt vereinbart wird.“

30. § 25 Abs. 2 lit e lautet:

„e) eine Regelung über die Rechte der Hauptanstalt hinsichtlich der ärztlichen Beaufsichtigung ihrer Patienten in der angegliederten Krankenanstalt getroffen sein.“

31. *Im § 25 c Abs. 1 tritt anstelle des Ausdrucks „Universitäts-Organisationsgesetz“ der Ausdruck „Universitätsgesetz 2002“.*

32. § 25 c Abs. 3, 1. Satz lautet:

„Vereinbarungen, welche nach dem Universitätsgesetz 2002 für den klinischen Bereich der Medizinischen Universität Graz mit dem Träger der öffentlichen Krankenanstalt abgeschlossen werden, bedürfen, soweit es sich um organisatorische Maßnahmen handelt, der Zustimmung der Landesregierung.“

33. *Nach § 26 wird folgender § 26 a eingefügt:*

**„§ 26 a  
Arzneimittelkommission**

„(1) Die Träger von Krankenanstalten haben hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Eine Arzneimittelkommission kann auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste);
2. Adaptierung der Arzneimittelliste;
3. Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln.

(3) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

1. Für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patientinnen/Patienten maßgeblich.
2. Die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen.

3. Die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patientinnen/Patienten mit Arzneimitteln sicher gestellt ist.
  4. Bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.
- (4) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere dass
1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
  2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, z.B. therapeutisch gleichwertige Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher wären, ergriffen werden;
  3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.
- (5) Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel in der Krankenanstalt Anwendung finden und dass bei Abweichung von der Arzneimittelliste im Einzelfall die medizinische Notwendigkeit dieser Abweichung der Arzneimittelkommission nachträglich zur Kenntnis zu bringen und zu begründen ist.
- (6) Der Arzneimittelkommission müssen jedenfalls angehören:
1. mindestens zwei Vertreterinnen/ Vertreter des ärztliche Dienstes,
  2. eine Vertreterin/ein Vertreter des Pflegedienstes,
  3. eine Anstaltsapothekerin/ein Anstaltsapotheker oder eine Konsiliarapothekerin/ein Konsiliarapotheker oder eine Person, die die Voraussetzungen für diese Funktion gem. § 26 Abs. 4 erfüllt.)
- (7) Der Geschäftsausschuss der Sozialversicherungsträger der Steiermark kann eine Vertreterin/einen Vertreter mit beratender Stimme in die Arzneimittelkommission entsenden.
- (8) Die Arzneimittelkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben.
- (9) Die Landesregierung kann durch Verordnung nähere Vorschriften über die Zusammensetzung und über die Geschäftsordnung der Arzneimittelkommission erlassen und ihr Kontrollaufgaben im Zusammenhang mit dem Arzneimitteleinsatz übertragen.
- (10) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission sind in Ausübung ihrer Tätigkeit an keine Weisung gebunden.“

34. § 31 Abs. 2 lautet:

„(2) Bei der Entlassung einer Patientin/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.

Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben, wenn medizinisch vertretbar, den vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu berücksichtigen.

Erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Arztbrief ist nach Entscheidung der Patientin/des Patienten zu übermitteln:

- 1.1. dieser/diesem oder
- 2.2. der/dem einweisenden oder weiterbehandelnden Ärztin/Arzt und
3. bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung oder der/dem entsprechenden Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, wobei erforderlichenfalls dem Arztbrief auch Angaben zu Maßnahmen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich anzufügen sind.

Konnte bei der Entlassung der Patientin/des Patienten für die behandelnde Ärztin/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.“

35. *Nach § 34 Abs. 4 wird folgender Abs. 5 angefügt:*

„(5) Die Träger können ihrer Verpflichtung nach Abs. 1 auch durch Vereinbarung mit anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten, mit Gruppenpraxen oder anderen ärztlichen Kooperationsformen entsprechen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass alle einschlägigen Bestimmungen dieses Gesetzes eingehalten werden. Solche Verträge bedürfen der Genehmigung der Landesregierung.“

36. *§ 35 a lautet:*

### **„§ 35a Kostenbeitrag von Patientinnen/Patienten**

„(1) Von sozialversicherten Patientinnen/Patienten der Allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von €3,63 pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Betrag ist pro Patientin/Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr einzuheben. Er ist auch für den Aufnahme- und Entlassungstag zu leisten, jedoch ist dieser Kostenbeitrag, wenn Aufnahme und Entlassung innerhalb von 24 Stunden liegen, nur einmal zu entrichten. Von der Kostenbeitragspflicht sind ausgenommen:

1. Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird,
2. Personen, die Anstaltspflege im Falle der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen,
3. Personen, die zum Zweck der Organspende stationär in Anstaltspflege sind,
4. Personen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist.

Bei der Beurteilung der sozialen Schutzbedürftigkeit sind die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen. Ausgenommen von der Verpflichtung zu Entrichtung des Kostenbeitrages sind:

1. Patientinnen/Patienten, die nachweislich von der Rezeptgebühr nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften befreit sind, sowie
2. Personen, deren Entgelt den Betrag des Richtsatzes für die Gewährung der Ausgleichszulage nach § 293 ASVG nicht überschreitet, das sind insbesondere Ausgleichszulagenbezieher, Sozialhilfeempfänger, Lehrlinge und andere.

Die Pflicht zum Nachweis der sozialen Schutzbedürftigkeit obliegt der Patientin/ dem Patienten.

(2) Für die Einbringung des Kostenbeitrages gelten die Bestimmungen der §§ 40 bis 43 sinngemäß.

(3) Die Landesregierung hat beginnend im Jahr 1989 den Kostenbeitrag nach Abs. 1 zum 1. Jänner eines jeden Jahres zu valorisieren, und zwar in jenem Verhältnis, wie sich der Wert des vorangegangenen Oktober-Index des Verbraucherpreisindex 1986 (oder des an seine Stelle tretenden Index) gegenüber dem Oktober-Index des zweitvorangegangenen Jahres verändert hat. Dabei ist auf volle 10 Cent zu runden. Die Höhe des Kostenbeitrages ist im Landesgesetzblatt kundzumachen.

(4) Die Träger öffentlicher Krankenanstalten sind verpflichtet, von den Versicherungsträgern die für die unverzügliche Einhebung des Kostenbeitrages notwendigen Daten zu verlangen.

(5) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist von sozialversicherten Patienten der Allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, durch den Träger der Krankenanstalt für den Landesgesundheitsfonds ein Beitrag in der Höhe von € 1,45 pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Patientin/Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Beitragspflicht sind Personen ausgenommen, die auch von der Beitragspflicht nach Abs. 1 ausgenommen sind.

(6) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 und zum Beitrag gemäß Abs. 5 ist von sozialversicherten Patienten der Allgemeinen Gebührenklasse und von Patienten der Sonderklasse ein Beitrag von €0,73 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, wobei die Bezahlung einer Sonderklassegebühr nach § 36 Abs. 1 nicht als Kostenbeitrag nach Abs. 1 Z.1 gilt.

(7) Der Beitrag gemäß Abs. 6 wird von den Trägern der Krankenanstalten eingehoben und zur Entschädigung nach Schäden, die durch die Behandlung in diesen Krankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist, zur Verfügung gestellt.

(8) Die Verwaltung und Zuerkennung der Patientenentschädigungsmittel nach Abs. 6 wird mit Landesgesetz geregelt.“

37. *Im § 38 a Abs. 3 wird der Ausdruck „Universitätsorganisationsgesetz 1993, BGBl.Nr. 805/1993.“ durch den Ausdruck „Universitätsgesetz 2002“ ersetzt.*

38. *§ 39 Abs. 1 lautet:*

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

39. *§ 39 Abs. 2, 1. Halbsatz, lautet:*

„(2) Fremde Staatsangehörige haben statt der LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)-Gebühren sowie Kostenbeiträge die tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten zu bezahlen.“

40. *In der Überschrift zur § 40 wird nach den Worten „Einbringung von“ die Wortfolge „LKF-Gebühren,“ eingefügt.*

41. *In den §§ 40 Abs. 1 und 3, 41 Abs. 1 und 2 sowie 42 Abs. 1 und 2 wird jeweils vor dem Wort „Pflegegebühren“ der Ausdruck „LKF-Gebühren,“ eingefügt.*

42. *§ 40 Abs. 2 lautet:*

„(2) Von zahlungsfähigen Patienten, die zur Tragung der Kosten verpflichtet sind, kann verlangt werden, dass sie die LKF-Gebühren, Pflegegebühren und Sonderaufwendungen in der Allgemeinen Gebührenklasse bis zu jeweils 10 Tagen, die Sondergebühren in der Sonderklasse bis zu jeweils 30 Tagen und die Kostenbeiträge bis zu jeweils 28 Tagen im Vorhinein entrichten. Die endgültige Abrechnung erfolgt bei der Entlassung aus der Anstaltspflege.“

43. *Im § 42 Abs. 2 lit. b und c wird vor dem Wort „Pflegegebühr“ bzw. „Pflegegebühren“ die Wortfolge „LKF-Gebühr,“ bzw. „LKF Gebühren“ eingefügt.*

44. *§ 42 Abs. 5 lautet:*

„(5) Aufgrund von Rückstandausweisen öffentlicher Krankenanstalten für LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)-Gebühren und Kostenbeiträge ist gegen Patienten die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wurde.“

45. *Im § 48 a Abs. 2 Z 4 und im § 60 a Abs. 2 wird der Ausdruck „Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen“ durch „Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz“ und der Ausdruck „Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen“ durch „Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz“ ersetzt.*

46. *Im § 52 Abs. 2 tritt an Stelle des Ausdruckes „Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen“ der Ausdruck „Bundesministerium für Gesundheit und Frauen“.*

47. *§ 57 lit. c lautet:*

„(c) die §§ 22, 24, 26 a ausgenommen Abs. 4, §§ 28, 30 Abs. 1, § 31, § 31 Abs. 2 Sätze 1 bis 3 jedoch mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn die Patientin/ der Patient die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird, § 34 Abs. 1, 3, 4 und 5, §§ 35, 36 bis 37 a, § 38 Abs. 2 und 6, § 42 Abs. 1 und § 52 Abs. 3.“

48. § 57 lit. d lautet:

„(d) Für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 22) finden darüber hinaus auch § 26a Abs. 4, § 35a und § 38 Abs. 4 Anwendung.“

49. § 61 lautet:

### **„§ 61**

#### **Mitteilung an den Landeshauptmann bzw. die Bundesgesundheitsagentur**

Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte, die die Landesregierung aufgrund der einschlägigen Bestimmungen dieses Gesetzes erteilt bzw. verfügt, sind dem Landeshauptmann unverzüglich bekannt zu geben. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Bundesgesundheitsagentur bekannt zu geben.“

50. In § 68a Abs. 4 und 7 lautet das Zitat des Landesgesetzblattes jeweils „LGBL. Nr. 114/2002“.

51. In § 68a Abs. 8 wird der Ausdruck „§ 5 Abs. 1 lit. g“ durch den Ausdruck „§ 5 Abs. 1 lit. h“ ersetzt.

52. Nach § 68a Abs. 8 wird folgender Abs. 8a eingefügt:

„(8a) § 68 Abs. 2 in der Fassung der Novelle LGBL. Nr. 60/2004 tritt mit 31.12. 2003 in Kraft.“

53. Dem § 68 a werden folgende Abs. 11 bis 18 angefügt:

„(11) Die Änderungen des Inhaltsverzeichnisses und der §§ 2a Abs. 2, 5b 1. Satz, 6a Abs. 6, 9 Abs. 4, 9a Abs. 5, 11 Abs. 1 Z. 6 und Abs. 5, 11c Abs. 2 Z. 1, Z. 3 bis 6 und 9, 11c Abs. 5 und 9, 11d Abs. 4, § 13 Abs. 1 Z. 7, 16b, 18a Abs. 2, 22 Abs. 1 lit. f und Abs. 2, 25 Abs. 1 und Abs. 2 lit. e, 25c Abs. 1 und 3 2. Satz, 31 Abs. 2 ausgenommen 3. Satz, 38 Abs. 2, 38a Abs. 3, 48a Abs. 2 Z. 4, 51, 57 lit. c und d, 60a Abs. 2, die Einfügung der §§ 2 lit. e, 9a Abs. 4 letzter Satz und 11g, und der Entfall des § 13d durch die Novelle LGBL. Nr. ..../..... treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der ..... in Kraft.

(12) Die (Verfassungsbestimmung) die Einfügung des § 26a Abs. 10 durch die Novelle LGBL. Nr...../.....tritt mit dem der Kundmachung folgenden Monatsersten, das ist der ..... in Kraft.

(13) Die Einfügung des § 26a Abs. 1 bis 9 und des § 35a Abs. 6 bis 8 durch die Novelle LGBL. Nr. ..../.....treten mit dem der Kundmachung folgenden Monatsersten, das ist der ....., in Kraft.

(14) Die Einfügung des § 11c Abs. 1 2. und 3. Satz sowie die Änderung der §§ 11c Abs. 2 Z. 2, 7 und 8, 11c Abs. 3 1. Halbsatz, und 11 Abs. 3 Z. 4 und 5 durch die Novelle LGBL. Nr. ..../....., treten mit 1. Mai 2004 in Kraft. In diesem Zeitpunkt anhängige Verfahren vor Ethikkommissionen sind nach der bis dahin geltenden Rechtslage fortzuführen.

(15) Die Anfügung des II. Hauptstückes (§§ 69 bis 89), die Änderungen der §§ 2a Abs. 3, 3 Abs. 3 und 5, 13 Abs. 1 Z. 4, 15 Abs. 1, 24 Abs. 2 1. Satz, 35 a Abs. 1 bis 5, 39 Abs. 1 und 2, 1. Halbsatz, 40 Abs. 1, 2 und 3, 41 Abs. 1 und 2, 42 Abs. 1, 2 und 5, 52 Abs. 2 und 61, die Einfügung der §§ 5 Abs. lit. h, 31 Abs. 2 3. Satz und 34 Abs. 5 durch die Novelle LGBL. Nr. ..../..... treten mit 1.Jänner 2005 in Kraft.

(16) Die Einfügung des § 11f durch die Novelle LGBL. Nr. ..../..... tritt mit 08.11.2005 in Kraft.

(17) Die Einfügung des § 5b 2. Satz durch die Novelle LGBL. Nr. ..../..... tritt mit 01.01.2007 in Kraft.

(18) Die Einfügungen zu § 3 Abs. 3 und 5 sowie zu § 5a Abs.1 und 2 entsprechend dem Zahnärztereform-Begleitgesetz, BGBl. I Nr. 155/2005, Art. 2 treten mit 01. Jänner 2006 in Kraft.“

54. Dem I. Hauptstück wird folgendes II. Hauptstück angefügt:

### **„II. HAUPTSTÜCK**

#### **Sonderregelungen zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung**

„Das I. Hauptstück ist für Fondskrankenanstalten nach Maßgabe dieses Hauptstückes anzuwenden. Fondskrankenanstalten im Sinne dieses Gesetzes sind folgende Krankenanstalten, soweit diese Krankenanstalten im Jahr 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erhalten haben:

1. Öffentliche Krankenanstalten gemäß § 1 Abs. 3 Z. 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und
2. private Krankenanstalten gemäß § 1 Abs. 3 Z. 1, die gemäß § 22 gemeinnützig sind.

Eine Fondskrankenanstalt ist weiters das Geriatriische Krankenhaus der Stadt Graz ab dem Zeitpunkt, an dem dessen Träger vom Steirischen Landesgesundheitsfonds Zahlungen im Sinne des Art. 14 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. Nr. 68/2005 gewährt werden.“

#### **„§ 69**

#### **Voraussetzungen für die Errichtungsbewilligung**

„Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt, Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 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 die Erfordernisse des § 5 Abs. 1 erfüllt sind und die Errichtungsbewilligung unter Berücksichtigung der Voraussetzungen des § 69 erteilt wurde.

#### **§ 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**

#### **Wirtschaftsaufsicht in Fondskrankenanstalten**

Die wirtschaftliche Aufsicht im Sinne des § 15 Abs. 1 wird für Fondskrankenanstalten durch den Steirischen Landesgesundheitsfonds wahrgenommen.

#### **§ 73**

#### **Verträge nach § 148 Z. 10 ASVG**

Der Abschluss von Verträgen nach § 148 Z. 10 ASVG bedarf 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. 4 ist 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 der Patientin/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 der Patientin/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 und Kuranstalten) dürfen der Berechnung des Eurowertes 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 (Abs. 1 bis 4 und 6 sowie §§ 76 und 77) darf von Patienten oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) Im Falle des § 30 Abs. 2 in Verbindung mit § 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 und 7 a verpflichtet werden.

## **§ 76**

### **Kostenbeitrag von Patientinnen/Patienten für Fondskrankenanstalten**

Die Bestimmungen des § 35 a sind für Fondskrankenanstalten mit der Maßgabe anzuwenden, dass statt der gänzlichen Tragung der Gebührenersätze durch einen Träger der Sozialversicherung die Tragung der LKF-Gebührenersätze durch den Landesgesundheitsfonds Anknüpfungspunkt für den Kostenbeitrag ist.

## **§ 77**

### **Abgeltung von Krankenanstaltenleistungen durch den Landesgesundheitsfonds**

(1) Die an sozialversicherten Patienten in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen (ambulanter und stationärer Bereich) sowie allfällige Leistungen im Nebenkostenstellenbereich sind mit Ausnahme von Sondergebühren gemäß § 36 über den Landesgesundheitsfonds 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 (Abs. 4) mit Ausnahme der ambulanten Bereiche;
- b) Kostenbeiträge nach § 76;
- c) Pauschalbeträge für ambulante Bereiche und allenfalls für Leistungen im Nebenkostenstellenbereich;
- d) allfällige vom Landesgesundheitsfonds vorgesehene Ausgleichszahlungen.

(3) Ausgenommen von Abs. 2 sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Land ausgenommene Leistungen gemäß Artikel 20 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und die im § 75 Abs. 2 angeführten Leistungen.

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

1. Im LKF-Kernbereich werden auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung die LKF-Punkte für die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten ermittelt.

2. Im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches kann die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesgesundheitsfonds auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen. Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:
  - a) Zentralversorgung,
  - b) Schwerpunktversorgung,
  - c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.

3. Die Höhe der LKF-Gebührensätze richtet sich nach der Dotation des Landesgesundheitsfonds und nach der Höhe der für den LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel.
4. § 35 Abs. 3 und 5 sind bei der Abrechnung zu berücksichtigen.

(5) Ambulante Leistungen an Patienten gemäß Abs. 1 und allenfalls Leistungen im Nebenkostenstellenbereich werden durch den Landesgesundheitsfonds nur bis zur Einführung eines bundesweit einheitlichen Abrechnungssystems für den ambulanten Bereich abgegolten.

(6) Voraussetzung dafür, dass der Träger der Fondskrankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erhält, ist die Übereinstimmung mit den Zielen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes bzw. des diesen ersetzenden Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) und die Übereinstimmung mit dem Landes-Krankenanstaltenplan (§ 24) sowie die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996.

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

## **§ 78**

### **Ermittlung und Festsetzung von LKF-, Pflege- und Sondergebühren**

(1) 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 Eurowertwert je LKF-Punkt. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende 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 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 Landesgesundheitsfonds 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 oder Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.

6) Diese nach Abs. 1 kostendeckend ermittelten Tarife sind auf volle 10 Cent zu runden.

## **§ 79**

### **Einschränkung der Aufnahmeverpflichtung**

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.

## **§ 80**

### **Bezahlung der tatsächlichen Behandlungskosten**

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.

## **§ 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 vom Träger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Land zu decken. Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Landes von der Landesregierung so festzusetzen, dass sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken. Dabei kann die Verteilung der Mittel durch den Landesgesundheitsfonds vorgesehen werden.

(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.

## **§ 82**

### **Betriebsunterbrechung und Auflassung bei Fondskrankenanstalten**

Im Falle des Verzichtes auf das Öffentlichkeitsrecht sowie im Falle der freiwilligen Betriebsunterbrechung oder der Auflassung sind bei Fondskrankenanstalten die Bestimmungen des § 52 Abs. 1 und 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Landesregierung das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen hat.

## **§ 83**

### **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.

## **§ 84**

### **Rechte der Sozialversicherungsträger**

(1) Die Sozialversicherungsträger haben ohne Einschaltung des Landesgesundheitsfonds 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, die Patientin/den Patienten durch eine beauftragte Fachärztin/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 Landesgesundheitsfonds 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 Landesgesundheitsfonds 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.

## **§ 85**

### **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.

## **§ 86**

### **Information über den Punktwert**

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

## **§ 87**

### **Stellung des Landesgesundheitsfonds**

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 Landesgesundheitsfonds als Versicherungsträger. Der Landesgesundheitsfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

## **§ 88**

### **Ansprüche gegenüber Versicherten und anderen Personen**

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

## **§ 89**

### **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. 3 dieses Gesetzes handelt. Die Verträge 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 Landesgesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.“