

geltender Text

§ 2

Ausnahmen

Als Krankenanstalten im Sinne des § 1 gelten nicht:

- a) Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
- b) Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung erster Hilfe bereitgehalten werden, und arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG); (1)
- c) Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;
- d) Hebammenpraxen im Sinne des § 56 des Hebammengesetzes, BGBl. Nr. 310/1994.

vorgeschlagener Text

§ 2

Ausnahmen

Als Krankenanstalten im Sinne des § 1 gelten nicht:

- a) Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
- b) Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung erster Hilfe bereitgehalten werden, und arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG); (1)
- c) Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;
- d) Hebammenpraxen im Sinne des § 56 des Hebammengesetzes, BGBl. Nr.310/1994;
- e) **die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH**

§ 2a

Standardkrankenanstalten, Schwerpunktkrankenanstalten und Zentralkrankenanstalten

...(2) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind jedenfalls in diesem Umfang Zentralkrankenanstalten im Sinne des Abs. 1 lit. c.

(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. (1)

§ 3

Errichtungsbewilligung

...

(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 niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag zu beurteilen.

§ 2a

Standardkrankenanstalten, Schwerpunktkrankenanstalten und Zentralkrankenanstalten

...(2) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer **Medizinische Universität** dienen, sind jedenfalls in diesem Umfang Zentralkrankenanstalten im Sinne des Abs. 1 lit. c.

(3) Die Voraussetzungen des **Abs. 1 lit. a und c** 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. (1)

§ 3

Errichtungsbewilligung

...

(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.

...

(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 Interessenvertretung der Ärzte bzw. Dentisten oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Dentistenkammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn der Bedarf durch die Landesregierung festgestellt ist. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen.

(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 benützbar) 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.

(1)

...

(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.

§ 5
Betriebsbewilligung

- (1) Der Betrieb einer Krankenanstalt bedarf der Bewilligung der Landesregierung. Diese ist zu erteilen, wenn
- a) eine Errichtungsbewilligung nach § 3 vorliegt und die Krankenanstalt deren Bedingungen und Auflagen entsprechend errichtet und eingerichtet worden ist; (1)
 - b) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und dieselben, wie überhaupt die ganze Betriebsanlage den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des Landes-Krankenanstaltenplanes erfüllt sind;
 - c) bei genehmigungspflichtigen Bauvorhaben die baupolizeiliche Benützungsbewilligung vorliegt;
 - d) gegen die zur Regelung des inneren Betriebes der Krankenanstalt bestimmte Anstaltsordnung (§ 9) keine Bedenken bestehen;
 - e) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 10 Abs. 2) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 10 Abs. 4 sowie § 11 Abs. 4, 5 und 6); (1)
 - f) eine geeignete Persönlichkeit als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten

§ 5
Betriebsbewilligung

- (1) Der Betrieb einer Krankenanstalt bedarf der Bewilligung der Landesregierung. Diese ist zu erteilen, wenn
- a) eine Errichtungsbewilligung nach § 3 vorliegt und die Krankenanstalt deren Bedingungen und Auflagen entsprechend errichtet und eingerichtet worden ist; (1)
 - b) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und dieselben, wie überhaupt die ganze Betriebsanlage den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des Landes-Krankenanstaltenplanes erfüllt sind;
 - c) bei genehmigungspflichtigen Bauvorhaben die baupolizeiliche Benützungsbewilligung vorliegt;
 - d) gegen die zur Regelung des inneren Betriebes der Krankenanstalt bestimmte Anstaltsordnung (§ 9) keine Bedenken bestehen;
 - e) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 10 Abs. 2) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 10 Abs. 4 sowie § 11 Abs. 4, 5 und 6); (1)
 - f) eine geeignete Persönlichkeit als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten

(§ 14) namhaft gemacht worden ist;

g) die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot für den ordnungsgemäßen Anstaltsbetrieb erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird.

§ 5a

Parteistellung im Errichtungsbewilligungsverfahren für Krankenanstalten

(1) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt haben die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger, bei selbstständigen Ambulatorien auch die Ärztekammer für Steiermark sowie bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer hinsichtlich des nach § 3 Abs. 2 lit. a und Abs. 3 zu prüfenden Bedarfes Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Artikel 131 Abs. 2 B-VG.

(2) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die Ärztekammer für Steiermark und bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Artikel 131 Abs. 2 B-VG, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zu Stande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339

(§ 14) namhaft gemacht worden ist;

g) die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot für den ordnungsgemäßen Anstaltsbetrieb erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;

h) die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

§ 5a

Parteistellung im Errichtungsbewilligungsverfahren für Krankenanstalten

(1) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt haben die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger, bei selbstständigen Ambulatorien auch die Ärztekammer für Steiermark **bzw. bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer** hinsichtlich des nach § 3 Abs. 2 lit. a und Abs. 3 zu prüfenden Bedarfes Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Artikel 131 Abs. 2 B-VG.

(2) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers **hat die Ärztekammer für Steiermark bzw. bei Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer** Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Artikel 131 Abs. 2 B-VG, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zu Stande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339

ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

§ 5b

Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre

Bei Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt kann in einer Vereinbarung zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Träger der medizinischen Fakultät näher geregelt werden.

§ 6a

Patientenrechte

(1)...

(6) Der Träger der Krankenanstalt hat die Patienten über die Steiermärkische Patientenvertretung (Patientenombudsmann/ -frau) zu informieren.

§ 9

Anstaltsordnung

(1) ...

(4) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor ihrer Genehmigung hat der Träger der Krankenanstalt den Bundesminister für Wissenschaft und Verkehr zu hören.

ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

§ 5b

Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre

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.

§ 6a

Patientenrechte

(1)...

(6) Der Träger der Krankenanstalt hat die Patienten über die **Steiermärkische Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung** zu informieren.

§ 9

Anstaltsordnung

(1) ...

(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.

§ 9a

Kollegiale Führung

(1) ...

(4) Durch die kollegiale Führung dürfen die dem ärztlichen Leiter, dem Verwaltungsleiter und dem Leiter des Pflegedienstes nach § 10 Abs. 2, § 14 und § 16a Abs. 1 zukommenden Aufgaben nicht beeinträchtigt werden.

(5) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient und in der eine kollegiale Führung eingerichtet ist, ist der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen.

§ 11

(1)

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

§ 9a

Kollegiale Führung

(1) ...

(4) Durch die kollegiale Führung dürfen die dem ärztlichen Leiter, dem Verwaltungsleiter und dem Leiter des Pflegedienstes nach § 10 Abs. 2, § 14 und § 16a Abs. 1 zukommenden Aufgaben nicht beeinträchtigt werden. **Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die kollegiale Führung ihre Aufgaben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 11 d Abs. 3 erfüllen kann.**

(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.

§ 11

(1) ...

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) und für Heilmasseure nach dem

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; (1)

7. die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können; (1)

8. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist. (1)

(2) Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen dürfen in Krankenanstalten nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft vorgenommen werden. Erforschungen und Erprobungen neuer Grundsätze und neuer Methoden ist vornehmlich Angelegenheit der zugleich dem Unterricht an medizinischen Fakultäten dienenden Krankenanstalten (Kliniken).

(5) In Gemeinsamen Einrichtungen (§ 56 UOG) von Universitätskliniken und Klinischen Instituten sowie in besonderen Universitätseinrichtungen (§ 83 UOG), Großgeräteabteilungen (§ 92 UOG) und Forschungsinstituten (§ 93 UOG), zu deren Aufgaben auch die Erbringung ärztlicher Leistungen gehört, kommt die Verantwortung für diese ärztlichen Aufgaben dem Vorstand der Gemeinsamen Einrichtung bzw. sonstigen universitären Organisationseinheit zu.

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.

(2) Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen dürfen in Krankenanstalten nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft vorgenommen werden. Erforschungen und Erprobungen neuer Grundsätze und neuer Methoden ist vornehmlich Angelegenheit der zugleich dem Unterricht an **medizinischen Universitäten** dienenden Krankenanstalten (Kliniken).

(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.

§ 11c

Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie der Anwendung neuer medizinischer Methoden

(1) Die Träger von Krankenanstalten haben zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie der Anwendung neuer medizinischer Methoden in der Krankenanstalt Ethikkommissionen einzurichten, wobei auch für mehrere Krankenanstalten eine gemeinsame Ethikkommission eingerichtet werden kann.

(2) Der nach Abs. 1 einzurichtenden Ethikkommission, die sich aus Frauen und Männern zusammensetzen hat, gehören an:

1. Ein Arzt, der im Inland zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt ist, und weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfer bzw. klinischer Prüfer ist, (1)
2. ein Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung oder neue medizinische Methode fällt,
3. ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege; (1)
4. ein Jurist; (1)
5. ein Pharmazeut; (1)
6. ein Patientenvertreter (Gesetz über die Patientenvertretung, LGBl. Nr. 12/1993 i. d. g. F.) und (1)

§ 11c

Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie der Anwendung neuer medizinischer Methoden

(1) 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.

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

1. eine Ärztin/ein Arzt, die/der im Inland zur selbstständigen 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 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. (1)

Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen. (1)

8. ein Vertreter des psychologischen Dienstes,

9. ein Biometriker und

10. ein Betriebswirt.

Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen. Die Bestellung der Mitglieder (Ersatzmitglieder) hat der Träger der Krankenanstalt zu veranlassen.

(3) Die Beurteilung hat sich insbesondere zu beziehen auf

1. mitwirkende Personen und vorhandene Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),

2. den Prüfplan im Hinblick auf die Zielsetzung und die wissenschaftliche Aussagekraft,

3. die Beurteilung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses,

4. die Art und Weise, in der die Auswahl der Versuchspersonen durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen,

5. die Vorkehrungen und Maßnahmen, die für den Eintritt eines Schadensfalles im Zusammenhang mit der klinischen Prüfung oder der Anwendung einer neuen medizinischen Methode getroffen werden.

(4)...

(5) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist jedenfalls ein

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.

(3) Die Beurteilung neuer medizinischer Methoden hat sich insbesondere zu beziehen auf

1. mitwirkende Personen und vorhandene Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),

2. den Prüfplan im Hinblick auf die Zielsetzung und die wissenschaftliche Aussagekraft,

3. die Beurteilung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses,

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.

(4) ...

(5) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist jedenfalls ein Technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen. Wird die Ethikkommission im Rahmen

Technischer Sicherheitsbeauftragter (§ 11b KALG) beizuziehen.
Erforderlichenfalls sind weitere Experten in die Beurteilung einzubeziehen.

...

(9) Für Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind keine Ethikkommissionen nach Abs. 1 zu errichten, wenn an der medizinischen Fakultät nach universitätsrechtlichen Vorschriften gleichwertige Kommissionen eingerichtet sind, die Aufgaben der Ethikkommission wahrnehmen.

§ 11d (1)

Qualitätsmanagement

(1) ...

(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.

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.

...

(9) Für Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind keine Ethikkommissionen nach Abs. 1 zu errichten, wenn an der **medizinischen Universität** nach universitätsrechtlichen Vorschriften gleichwertige Kommissionen eingerichtet sind, die Aufgaben der Ethikkommission wahrnehmen.

§ 11d

Qualitätsmanagement

(1) ...

(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.

§ 11e (1)

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.

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 krankenhauserne 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.

§ 13

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen

(1).....

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

....

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

§ 13d (1)

Die Träger von Krankenanstalten haben die zur Einhebung des Behandlungsbeitrages - Ambulanz (§ 135a ASVG) erforderlichen Daten (insbesondere Sozialversicherungsnummer, Vorliegen einer ärztlichen

§ 13

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen

(1).....

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.**

....

7. im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche gemäß § 44 und § 62a Abs. 1 des **Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kurorte (KAKuG)** zu dokumentieren. (1)

§ 13d (1)

§ 13 d entfällt ersatzlos.

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.

§ 15

(1) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand gemäß § 51 oder Zweckzuschüsse des Bundes nach dem Bundesgesetz über Krankenanstalten erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.

§ 16b

Patientenvertretungen

Zur Prüfung allfälliger Beschwerden und auf Wunsch zur Wahrnehmung der Patienteninteressen haben unabhängige Patientenvertretungen (Patientensprecher, Ombudseinrichtungen oder ähnliche Vertretungen) zur Verfügung zu stehen; diese werden durch ein eigenes Landesgesetz geregelt.

§ 18a

Erlöschen der Errichtungsbewilligung

- (1) ...
- (2) Die im Abs. 1 gesetzten Fristen können auf Grund eines vor ihrem Ablauf gestellten Antrages aus wichtigen Gründen einmal verlängert

§ 15

(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.

„§ 16b

Patientinnen-/Patientenvertretung

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

§ 18a

Erlöschen der Errichtungsbewilligung

- (1) ...
- (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**

werden, wenn dadurch in bedarfsmäßiger Hinsicht (§ 3 Abs. 3) keine Änderung eintritt. Durch den Antrag wird die Frist bis zur rechtskräftigen Entscheidung erstreckt.

§ 22

Gemeinnützigkeit

- (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn
- a)...
- f) die Bediensteten der Krankenanstalt mit der Einschränkung der Entgelt- und Beitragsleistungen nach § 36 (Sondergebühren) sowie der besonderen Honorare der Vorstände der Universitätskliniken und der Leiter von Klinischen Abteilungen nach § 46 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten (KAG) von den Patienten oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen; (1)
- (2) Dem Anstaltsträger sind über Verlangen die dem Patienten in Rechnung gestellten besonderen Honorare nach dem Bundesgesetz über Krankenanstalten bekannt zu geben.

§ 24

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege

- (1)...
- (2) Für öffentliche Krankenanstalten gemäß § 1 Abs. 3 Z. 1 und 2, mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie, und für private Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 Z. 1 bezeichneten Art, die gemäß § 22 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, ist durch Verordnung ein Landes-Krankenanstaltenplan zu erlassen, der sich im Rahmen des

Entscheidung erstreckt.

§ 22

Gemeinnützigkeit

- (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn
- a)...
- f) die Bediensteten der Krankenanstalt mit der Einschränkung der Entgelt- und Beitragsleistungen nach § 36 (Sondergebühren) sowie der besonderen Honorare der Vorstände der Universitätskliniken und der Leiter von Klinischen Abteilungen nach § 46 des **Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kurorte (KAKuG)** von den Patienten oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen; (1)
- (2) Dem Anstaltsträger sind über Verlangen die dem Patienten in Rechnung gestellten besonderen Honorare nach dem **Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kurorte (KAKuG)** bekannt zu geben.

§ 24

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege

- (1)...
- (2) **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.** Dabei ist das Land in Versorgungsräume und diese in Versorgungssektoren einzuteilen; für diese sind unter

Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befindet. Dabei ist das Land in Versorgungsräume und diese in Versorgungssektoren einzuteilen; für diese sind unter Bedachtnahme auf den Bedarf die erforderlichen Krankenanstalteneinrichtungen festzustellen. Bei der Erstellung des Landes-Krankenanstaltenplanes ist die Landeskommission als Organ des SKAFF zu hören. Der Landes-Krankenanstaltenplan ist im Landesgesetzblatt kundzumachen.

§ 24a
Enteignung

...

(5) Die Parteien des Enteignungsverfahrens können, wenn sie sich durch den Bescheid über die Höhe der Entschädigung benachteiligt erachten, innerhalb acht Wochen nach Rechtskraft des Enteignungsbescheides die Feststellung des Betrages der Entschädigung bei jenem Bezirksgericht begehren, in dessen Sprengel sich der Gegenstand der Enteignung befindet. In diesem Fall treten die Bestimmungen des Bescheides über die Höhe der zu leistenden Entschädigung mit dem Zeitpunkt der Anrufung des Gerichtes außer Kraft. Sie werden wieder voll wirksam, wenn das Begehren bei Gericht zurückgezogen wird.

(6) Im übrigen findet auf das Enteignungsverfahren, das Ausmaß des Entschädigungsanspruches und die Kosten des Verfahrens das Eisenbahnteilungsgesetz, BGBl. Nr. 71/1954, dem Sinne nach Anwendung.

Bedachtnahme auf den Bedarf die erforderlichen Krankenanstalteneinrichtungen festzustellen. Bei der Erstellung des Landes-Krankenanstaltenplanes ist die Landeskommission als Organ des SKAFF zu hören. Der Landes-Krankenanstaltenplan ist im Landesgesetzblatt kundzumachen.

§ 24a
Enteignung

...

(5) Die Parteien des Enteignungsverfahrens können, wenn sie sich durch den Bescheid über die Höhe der Entschädigung benachteiligt erachten, innerhalb acht Wochen nach Rechtskraft des Enteignungsbescheides die Feststellung des Betrages der Entschädigung bei jenem **Landesgericht** begehren, in dessen Sprengel sich der Gegenstand der Enteignung befindet. In diesem Fall treten die Bestimmungen des Bescheides über die Höhe der zu leistenden Entschädigung mit dem Zeitpunkt der Anrufung des Gerichtes außer Kraft. Sie werden wieder voll wirksam, wenn das Begehren bei Gericht zurückgezogen wird.

(6) Im Übrigen findet auf das Enteignungsverfahren, das Ausmaß des Entschädigungsanspruches und die Kosten des Verfahrens das Eisenbahnteilungsgesetz, BGBl. Nr. 20/1970, in der Fassung BGBl. I Nr. 112/2003, dem Sinne nach Anwendung.

§ 25

Angliederungsverträge

(1) Zur Sicherung öffentlicher Krankenanstaltspflege können mit Genehmigung der Landesregierung zwischen Trägern öffentlicher und privater Krankenanstalten Angliederungsverträge abgeschlossen werden, mit denen die Unterbringung der Patienten der öffentlichen Krankenanstalt in der privaten Krankenanstalt unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der öffentlichen Krankenanstalt vereinbart wird. Die Rechtsgültigkeit solcher Verträge hängt von der Genehmigung der Landesregierung ab. Ihr Abschluss ist nur in den Fällen eines unabweisbaren Bedarfes, insbesondere dann zulässig, wenn anstaltsbedürftige Personen bestimmter Altersstufen oder solche mit bestimmten Krankheiten nur mangels der entsprechenden Anstaltseinrichtungen in die Hauptanstalt nicht aufgenommen werden können. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem Landes-Krankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(2)

a)...

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

§ 25

Angliederungsverträge

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.

(2)

a)...

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

§ 25c

(1) Die organisatorischen Bestimmungen dieses Hauptstückes (wie zum Beispiel: Größe, Gliederung von Abteilungen usw.) sind auf Einrichtungen der Krankenanstalten, die gleichzeitig Universitätskliniken oder Universitätsinstitute sind, nur insoweit anzuwenden, als sich aus dem Universitäts-Organisationsgesetz im Zusammenhang mit Lehre und Forschung nichts anderes ergibt.

(2)...

(3) Vereinbarungen, welche nach dem Universitäts-Organisationsgesetz für den Klinischen Bereich der Medizinischen Fakultät der Universität Graz mit dem Träger der öffentlichen Krankenanstalt abgeschlossen werden, bedürfen, soweit es sich um organisatorische Maßnahmen handelt, der Zustimmung der Landesregierung. Die Landesregierung darf diese Zustimmung nur erklären, wenn diese Maßnahmen mit den Bestimmungen des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes im Einklang stehen.

§ 26

Arzneimittelvorrat

(1) In öffentlichen Krankenanstalten, in denen Anstaltsapotheken nicht bestehen, muss ein hinlänglicher Vorrat an Arzneimitteln, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind, angelegt sein. Für die Bezeichnung und Verwahrung sind die für die ärztlichen Hausapotheken geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Eine

§ 25c

(1) Die organisatorischen Bestimmungen dieses Hauptstückes (wie zum Beispiel: Größe, Gliederung von Abteilungen usw.) sind auf Einrichtungen der Krankenanstalten, die gleichzeitig Universitätskliniken oder Universitätsinstitute sind, nur insoweit anzuwenden, als sich aus dem **Universitätsgesetz 2002** im Zusammenhang mit Lehre und Forschung nichts anderes ergibt.

(2)...

(3) **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.** Die Landesregierung darf diese Zustimmung nur erklären, wenn diese Maßnahmen mit den Bestimmungen des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes im Einklang stehen.

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.

Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist nicht zulässig. Arzneien dürfen an die Patienten nur unter der Verantwortung eines Arztes verabreicht werden.

(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde, allenfalls, soweit nicht die Gebietskörperschaften als Anstaltsträger über eigene Fachkräfte verfügen, unter Beiziehung eines Bediensteten des Bundesinstituts für Arzneimittel in Wien, mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen.

(1)

(3) Die Träger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen. (1)

(4) Öffentliche Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, haben Konsiliarapotheker zu bestellen, wenn durch die beliefernde Apotheke die Erfüllung der im Abs. 5 genannten Aufgaben nicht gewährleistet ist. Die Bestellung bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Zum Konsiliarapotheker darf nur ein Magister der Pharmazie bestellt werden, der die Berechtigung zur Ausübung der fachlichen Tätigkeit im Apothekenbetrieb nach erfolgter praktischer Ausbildung erlangt hat und zumindest im überwiegenden Ausmaß in einer inländischen öffentlichen Apotheke oder Anstaltsapotheke tätig und in der Lage ist, die im Abs. 5 genannten Aufgaben zu erfüllen.

(5) Der Konsiliarapotheker hat den Arzneimittelvorrat der Krankenanstalt hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der Arzneimittel mindestens einmal vierteljährlich zu

(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**

überprüfen und allfällige Mängel dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt zu melden; diesen hat er ferner in allen Arzneimittelangelegenheiten fachlich zu beraten und zu unterstützen.

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

§ 31

Entlassung aus der Anstaltspflege

(1) ...

(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. Kommt 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. (1)

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.

§ 31

Entlassung aus der Anstaltspflege

(1) ...

(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.

§ 34 (1)

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen

(1) ...

(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.

§ 35a

Kostenbeitrag

(1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege Pflegegebührenersätze zur Gänze (kein Selbstbehalt) durch einen Sozialversicherungsträger oder durch eine Körperschaft öffentlichen Rechts, welche für ihre Bediensteten eine Krankenfürsorge

§ 34

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen

(4)...

(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.

§ 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

eingerichtet hat, getragen werden, ist durch den Träger der öffentlichen Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 3,63 Euro pro Pfl egetag einzuheben. Dieser Betrag ist pro 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 jedenfalls Personen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen, weiters Personen, die zum Zwecke einer Organspende stationär in Anstaltspflege sind, sowie jene Personen ausgenommen, 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 zur Entrichtung des Kostenbeitrages sind Patienten, die nachweislich von der Rezeptgebühr nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften befreit sind, sowie 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 dem Patienten. (1)

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

(3) Die Landesregierung hat beginnend im Jahr 1989 den Kostenbeitrag

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 zur 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

(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 Schillingbeträge zu runden; ab 1. Jänner 2002 sind in der Folge die entsprechenden Eurobeträge auf volle 10 Cent zu runden. Die Höhe des Kostenbeitrages ist im Landesgesetzblatt kundzumachen. (1)

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

§ 38a

Besondere Regelungen für Ärzte, die Bedienstete des Landes und an einer öffentlichen Krankenanstalt tätig sind

(1)...

(2) Dem Anstaltsträger sind über Verlangen die dem Patienten in Rechnung gestellten besonderen Honorare nach dem Bundesgesetz über Krankenanstalten bekannt zu geben.

(3) Bei der Berechnung ist zunächst so vorzugehen, als ob sämtliche an allen Organisationseinheiten tätigen Ärzte anspruchsberechtigt wären. Als Organisationseinheit gelten hierbei Abteilungen und Institute im

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.

§ 38a

Besondere Regelungen für Ärzte, die Bedienstete des Landes und an einer öffentlichen Krankenanstalt tätig sind

(1)...

(2) Dem Anstaltsträger sind über Verlangen die dem Patienten in Rechnung gestellten besonderen Honorare nach dem **Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kurorte (KAKuG)** bekannt zu geben.

(3) Bei der Berechnung ist zunächst so vorzugehen, als ob sämtliche an allen Organisationseinheiten tätigen Ärzte anspruchsberechtigt wären. Als Organisationseinheit gelten hierbei Abteilungen und Institute im

Sinne dieses Hauptstückes sowie Gemeinsame Einrichtungen nach dem
Universitätsorganisationsgesetz 1993, BGBl. Nr. 805/1993.
(aus KALG 1999)

§ 39

Einschränkung der Aufnahmeverpflichtung; Bezahlung der tatsächlichen Behandlungskosten

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

(2) Bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger sind statt der
Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die tatsächlich
erwachsenden Behandlungskosten zu bezahlen; dies gilt jedoch nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 29 Abs. 4), sofern sie im Inland
eingetreten sind,
2. Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997 Asyl gewährt wurde
und Asylwerbern, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997 eine vorläufige
Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde, (1)
- 3...

Sinne dieses Hauptstückes sowie Gemeinsame Einrichtungen nach dem
Universitätsgesetz 2002.

§ 39

Einschränkung der Aufnahmeverpflichtung; Bezahlung der tatsächlichen Behandlungskosten

**(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.**

**(2) Fremde Staatsangehörige haben statt der LKF-Gebühren oder
Pflege(Sonder)-Gebühren sowie Kostenbeiträge die tatsächlich erwachsenden
Behandlungskosten zu bezahlen;** dies gilt jedoch nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 29 Abs. 4), sofern sie im Inland
eingetreten sind,
2. Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997 Asyl gewährt wurde
und Asylwerbern, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997 eine vorläufige
Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde, (1)
- 3...

**Einbringung von Pflegegebühren, Kostenbeiträgen, Sondergebühren und
Sonderaufwendungen**

§ 40

- (1) Die öffentlichen Krankenanstalten haben für die Einbringung fälliger Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen von den in Anstaltspflege genommenen Personen und für die Geltendmachung der Ansprüche gegenüber dritten Personen (Unterhaltspflichtige, Sozialversicherungsträger u. a.) und die Berechnung und Einbringung von Pflege(Sonder)gebühren für Begleitpersonen von Patienten (§ 35 Abs. 7) in der gesetzlich vorgeschriebenen Weise zu sorgen. Zu diesem Zwecke haben sie schon bei der Aufnahme die notwendigen Erhebungen einzuleiten. Die Landesbehörden und die Gemeinden haben hierbei Unterstützung zu leisten.
- (2) Von zahlungsfähigen Kranken, die zur Tragung der Kosten verpflichtet sind, kann verlangt werden, dass sie die Pflegegebühren (Sondergebühren und Sonderaufwendungen) und Kostenbeiträge in der allgemeinen Gebührenklasse bis zu jeweils zehn Tagen, 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.
- (3) Die Pflegegebühren, Kostenbeiträge, allfälligen Sondergebühren und Sonderaufwendungen für die in einer angegliederten Krankenanstalt untergebrachten Patienten sind von der Hauptanstalt (§ 25)

Einbringung von **LKF-Gebühren**, Pflegegebühren, Kostenbeiträgen,
Sondergebühren und Sonderaufwendungen

§ 40

- (1) Die öffentlichen Krankenanstalten haben für die Einbringung fälliger Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen von den in Anstaltspflege genommenen Personen und für die Geltendmachung der Ansprüche gegenüber dritten Personen (Unterhaltspflichtige, Sozialversicherungsträger u. a.) und die Berechnung und Einbringung von **LKF-Gebühren**, Pflegegebühren für Begleitpersonen von Patienten (§ 35 Abs. 7) in der gesetzlich vorgeschriebenen Weise zu sorgen. Zu diesem Zwecke haben sie schon bei der Aufnahme die notwendigen Erhebungen einzuleiten. Die Landesbehörden und die Gemeinden haben hierbei Unterstützung zu leisten.
- (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.**
- (3) Die **LKF-Gebühren**, Kostenbeiträge, allfälligen Sondergebühren und Sonderaufwendungen für die in einer angegliederten Krankenanstalt untergebrachten Patienten sind von der Hauptanstalt (§ 25)

einzubringen.

§ 41

(1) Soweit nicht eine andere physische oder juristische Person auf Grund der Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder auf Grund sonstiger gesetzlicher Vorschriften zum Ersatz der in einer öffentlichen Krankenanstalt aufgelaufenen Pflegegebühren (Sondergebühren und Sonderaufwendungen) und Kostenbeiträge verpflichtet ist, hat in erster Linie der Patient hierfür aufzukommen.

(2) Wenn die Pflegegebühren (Sondergebühren und Sonderaufwendungen) und Kostenbeiträge nicht beim Patienten selbst oder bei den sonst in Abs. 1 genannten Personen hereingebracht werden können, sind zum Ersatz die für ihn unterhaltspflichtigen Personen heranzuziehen.

§ 42

(1) Soweit Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen nicht im Vorhinein entrichtet wurden, sind sie mit dem letzten Tag eines jeden Pflegemonats beziehungsweise mit dem Tag der Entlassung aus der Anstaltspflege abzurechnen und ohne Verzug zur Zahlung vorzuschreiben. Sie sind mit dem Tage der Vorschreibung fällig und innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag sind die gesetzlichen Verzugszinsen zu verrechnen. Aus berücksichtigungswürdigen Gründen kann über Antrag des Verpflichteten die Abstattung vorgeschriebener Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen in Teilbeträgen gestattet bzw. gestundet werden. Die Gebührenrechnung für die

einzubringen.

§ 41

(1) Soweit nicht eine andere physische oder juristische Person auf Grund der Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder auf Grund sonstiger gesetzlicher Vorschriften zum Ersatz der in einer öffentlichen Krankenanstalt aufgelaufenen **LKF-Gebühren** (Sondergebühren und Sonderaufwendungen) und Kostenbeiträge verpflichtet ist, hat in erster Linie der Patient hierfür aufzukommen.

(2) Wenn die **LKF-Gebühren**, Pflegegebühren (Sondergebühren und Sonderaufwendungen) und Kostenbeiträge nicht beim Patienten selbst oder bei den sonst in Abs. 1 genannten Personen hereingebracht werden können, sind zum Ersatz die für ihn unterhaltspflichtigen Personen heranzuziehen.

§ 42

(1) Soweit **LKF-Gebühren**, Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen nicht im Vorhinein entrichtet wurden, sind sie mit dem letzten Tag eines jeden Pflegemonats beziehungsweise mit dem Tag der Entlassung aus der Anstaltspflege abzurechnen und ohne Verzug zur Zahlung vorzuschreiben. Sie sind mit dem Tage der Vorschreibung fällig und innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag sind die gesetzlichen Verzugszinsen zu verrechnen. Aus berücksichtigungswürdigen Gründen kann über Antrag des Verpflichteten die Abstattung vorgeschriebener **LKF-Gebühren**, Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen in Teilbeträgen gestattet bzw. gestundet werden. 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. (1)

(2) Zur Einbringung fälliger Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen ist dem Verpflichteten eine Gebührenrechnung zuzustellen; diese hat zu enthalten:

- a) die Dauer der Krankenanstaltspflege,
- b) die Höhe der täglichen Pflegegebühr,
- c) die Höhe der aufgelaufenen Pflegegebühren,
- d) die Höhe der aufgelaufenen Kostenbeiträge,
- e) die Höhe der aufgelaufenen Sondergebühren und Sonderaufwendungen,
- f) die geleisteten Teilzahlungen,
- g) die Höhe des aushaftenden Rückstandes,
- h) einen Hinweis auf die Fälligkeit der Forderung (Abs. 1) und auf allfällige Verzugszinsen,
- i) einen Hinweis auf die Regelung der Abs. 3 und 4.

(3) ...

(5) Auf Grund von Rückstandsausweisen ist die Einbringung offener Forderungen öffentlicher Krankenanstalten entweder im Verwaltungswege oder im gerichtlichen Wege zulässig, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wurde.

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. (1)

(2) Zur Einbringung fälliger **LKF-Gebühren**., Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen ist dem Verpflichteten eine Gebührenrechnung zuzustellen; diese hat zu enthalten:

- a) die Dauer der Krankenanstaltspflege,
- b) die Höhe der täglichen **LKF-Gebühr**, Pflegegebühr,
- c) die Höhe der aufgelaufenen **LKF Gebühren**, Pflegegebühren,
- d) die Höhe der aufgelaufenen Kostenbeiträge,
- e) die Höhe der aufgelaufenen Sondergebühren und Sonderaufwendungen,
- f) die geleisteten Teilzahlungen,
- g) die Höhe des aushaftenden Rückstandes,
- h) einen Hinweis auf die Fälligkeit der Forderung (Abs. 1) und auf allfällige Verzugszinsen,
- i) einen Hinweis auf die Regelung der Abs. 3 und 4.

(3) ...

(5) Aufgrund von Rückstandsausweisen 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.

Schiedskommission

§ 48a

(1) ...

(2) Die Schiedskommission besteht aus einem Vorsitzenden und vier Beisitzern. Diese Mitglieder sind von der Landesregierung auf die folgende Weise zu bestellen, nämlich

- (2) der Vorsitzende aus dem Kreis der Richter des Oberlandesgerichtes Graz auf Grund eines vom Bundesminister für Justiz erstatteten alphabetisch gereihten Dreivorschlages,
2. ein Beisitzer auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
3. ein Beisitzer aus dem Kreis der rechtskundigen Beamten des Landesrechnungshofes auf Grund eines vom Präsidenten des Landtages erstatteten alphabetisch gereihten Dreivorschlages,
4. ein Beisitzer auf Vorschlag des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen aus dem Kreis der rechtskundigen Beamten des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und (1)
5. ein Beisitzer aus einem vom Träger der Krankenanstalt erstatteten Dreivorschlag.

§ 51

Deckung der Betriebsabgänge öffentlicher Krankenanstalten

Die Deckung der um die Zweckzuschüsse des Bundes nach dem Bundesgesetz über Krankenanstalten verminderten Betriebsabgänge der öffentlichen

Schiedskommission

§ 48a

(1) ...

(2) Die Schiedskommission besteht aus einem Vorsitzenden und vier Beisitzern. Diese Mitglieder sind von der Landesregierung auf die folgende Weise zu bestellen, nämlich

- (2) der Vorsitzende aus dem Kreis der Richter des Oberlandesgerichtes Graz auf Grund eines vom Bundesminister für Justiz erstatteten alphabetisch gereihten Dreivorschlages,
2. ein Beisitzer auf Vorschlag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
3. ein Beisitzer aus dem Kreis der rechtskundigen Beamten des Landesrechnungshofes auf Grund eines vom Präsidenten des Landtages erstatteten alphabetisch gereihten Dreivorschlages,
4. ein Beisitzer auf Vorschlag des **Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz** aus dem Kreis der rechtskundigen Beamten des **Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz** und (1)
5. ein Beisitzer aus einem vom Träger der Krankenanstalt erstatteten Dreivorschlag.

§ 51

Deckung der Betriebsabgänge öffentlicher Krankenanstalten

Die Deckung der um die Zweckzuschüsse des Bundes nach dem **Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kurorte (KAKuG)** verminderten Betriebsabgänge der

Krankenanstalten und die Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln für Zwecke der Beitragsleistung zu den Betriebsabgängen werden durch Landesgesetz geregelt.

§ 52

Betriebsunterbrechung und Auflassung

- (1) ...
- (2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 15 Abs. 1) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat, wenn die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen. (1)

§ 57

Sonderbestimmungen für Errichtung und Betrieb

Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des I. Hauptstückes, I., II. und VI. Teil zur Gänze, vom V. Teil die Vorschrift des § 60 a Abs. 2 und die Bestimmungen des III. Teiles wie folgt:

- a) ...
- c) Die §§ 22, 24, 28, 30 Abs. 1, 31, 34 Abs. 1 und 5, 35 bis 37a, 38 Abs. 2 und 6, 42 Abs. 1 und 52 Abs. 3. (1)
- d) Die §§ 35a und 38 Abs. 4 finden nur für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 22) Anwendung. (1)
- e) ...

öffentlichen Krankenanstalten und die Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln für Zwecke der Beitragsleistung zu den Betriebsabgängen werden durch Landesgesetz geregelt.

§ 52

Betriebsunterbrechung und Auflassung

- (1) ...
- (2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 15 Abs. 1) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat, wenn die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, das **Bundesministerium für Gesundheit und Frauen** von der Sachlage in Kenntnis zu setzen. (1)

§ 57

Sonderbestimmungen für Errichtung und Betrieb

Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des I. Hauptstückes, I., II. und VI. Teil zur Gänze, vom V. Teil die Vorschrift des § 60 a Abs. 2 und die Bestimmungen des III. Teiles wie folgt:

- a) ...
- 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;

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

§ 60a

Pflegegebühren für Anstaltspflege

(2) Den öffentlichen Krankenanstalten sind für die Inanspruchnahme von Anstaltspflege durch Beschädigte nach dem Heeresversorgungsgesetz die behördlich festgesetzten Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse zu ersetzen.

(2) Wird die Anstaltspflege in einer privaten, nicht vom Bunde betriebenen Krankenanstalt durchgeführt, so ist die Höhe des Anspruches des Trägers der Krankenanstalt auf Ersatz der Pflegegebühren durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Übereinkommen bedürfen, wenn sie vom Bundessozialamt abgeschlossen werden, der Genehmigung durch das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. (1)

§ 61

Mitteilung an den Landeshauptmann

Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte, die von den Landesbehörden auf Grund dieses Hauptstückes erteilt bzw. verfügt werden, sind dem

§ 60a

Pflegegebühren für Anstaltspflege

(2) Den öffentlichen Krankenanstalten sind für die Inanspruchnahme von Anstaltspflege durch Beschädigte nach dem Heeresversorgungsgesetz die behördlich festgesetzten Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse zu ersetzen.

(2) Wird die Anstaltspflege in einer privaten, nicht vom Bunde betriebenen Krankenanstalt durchgeführt, so ist die Höhe des Anspruches des Trägers der Krankenanstalt auf Ersatz der Pflegegebühren durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Übereinkommen bedürfen, wenn sie vom Bundessozialamt abgeschlossen werden, der Genehmigung durch das **Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.** (1)

§ 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.

§ 68a

Inkrafttreten von Novellen

- (1) ...
- (4) Die Neufassung des § 13d durch die Novelle, LGBl. Nr. 114/2, ist mit 1. März 2001 in Kraft getreten.
- (5) ...
- (7) Die Änderungen bzw. Neufassungen des § 1Abs. 3 Z. 2, § 13a Abs. 4, § 25b Abs. 3, § 38a Abs. 4Z. 2 und Abs. 12, § 38b Abs. 1 und 4, § 63 Abs. 1, § 67 sowie die Anlage 2 Abs. 3a (Übergangsrecht zu § 38a KALG) durch die Novelle, LGBl. Nr. 112/2002, sind mit 6. Dezember 2002 in Kraft getreten.
- (8) Die Änderungen bzw. Neufassungen des § 5Abs. 1 lit. g, § 22 Abs. 1 lit. e und § 35a Abs. 5 und 6 durch die Novelle, LGBl. Nr. 114/2002, treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.
- (9)...

Landeshauptmann unverzüglich bekannt zu geben. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Bundesgesundheitsagentur bekannt zu geben.

§ 68a

Inkrafttreten von Novellen

- (1) ...
- (4) Die Neufassung des § 13d durch die Novelle, **LGBl. Nr. 114/2002**, ist mit 1. März 2001 in Kraft getreten.
- (5) ...
- (7) Die Änderungen bzw. Neufassungen des § 1Abs. 3 Z. 2, § 13a Abs. 4, § 25b Abs. 3, § 38a Abs. 4Z. 2 und Abs. 12, § 38b Abs. 1 und 4, § 63 Abs. 1, § 67 sowie die Anlage 2 Abs. 3a (Übergangsrecht zu § 38a KALG) durch die Novelle, **LGBl. Nr. 114/2002**, sind mit 6. Dezember 2002 in Kraft getreten.
- (8) Die Änderungen bzw. Neufassungen des **§ 5 Abs. 1 lit. h**, § 22 Abs. 1 lit. e und § 35a Abs. 5 und 6 durch die Novelle, LGBl. Nr. 114/2002, treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.
- (8a) § 68 Abs. 2 in der Fassung der Novelle LGBl. Nr. 60/2004 tritt mit 31.12. 2003 in Kraft.**
- (9)...
- (10)...
- (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, 35a 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.

II. HAUPTSTÜCK (1)

Sonderregelungen zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

Während der Geltungsdauer der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a 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

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:

(2) 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

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 (1)

Voraussetzungen für die Errichtungsbewilligung

Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt, Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Artikel 15a 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 (1)

Voraussetzungen für die Betriebsbewilligung

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

(2) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des § 3 und bei Krankenanstalten, deren Träger Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und

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.

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 (1)

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.

§ 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 (1)

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 (1)

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.

§ 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 (1)

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 (1)

Allgemeine Regelungen über die Abgeltung der Krankenanstaltenleistungen

(2) 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

§ 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

(2) 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

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 (1)

Kostenbeitrag für Fondskrankenanstalten

(2) Von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung LKF-Gebührenersätze durch

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

den SKAFF oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Fondskrankenanstalt ein Kostenbeitrag im Sinne des § 35a 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 Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen, sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankungen zu berücksichtigen sind. Die weiteren Ausnahmeregelungen des § 35a Abs. 1 sind sinngemäß anzuwenden.
(2)...

§ 77 (1)

Abgeltung von Krankenanstaltenleistungen durch den SKAFF

(2) 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:

einen Träger der Sozialversicherung die Tragung der LKF-Gebührenersätze durch den Landesgesundheitsfonds Anknüpfungspunkt für den Kostenbeitrag ist.

§ 77

Abgeltung von Krankenanstaltenleistungen durch den Landesgesundheitsfonds

(2) 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 (§ 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:

(2) 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

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:

(2) 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

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 15a 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 15a 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.

Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

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

(2) 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 (1)

Ermittlung und Festsetzung von LKF-, Pflege- und Sondergebühren

(2) 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.

§ 78

Ermittlung und Festsetzung von LKF-, Pflege- und Sondergebühren

(2) **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**

(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 (1)

Einschränkung der Aufnahmeverpflichtung und Bezahlung der tatsächlichen Behandlungskosten in Fondsrankenanstalten

(2) Die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die voraussichtlichen LKF-Gebühren, Pflegegebühren und Sondergebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die

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

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 (1)

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

(2) 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 Rückstandsausweisen 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

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.

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 (1) Betriebsabgänge

(2) 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.

§ 81 Betriebsabgänge

(2) 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 (1)

Betriebsunterbrechung und Auflassung bei Fondskrankenanstalten

Im Falle des Verzichtes auf das Öffentlichkeitsrecht bzw. die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung 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 (1)

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 (1)

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.

§ 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.

Nunmehr in § 61 geregelt!

§ 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.

§ 85 (1)

Rechte der Sozialversicherungsträger

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

- (2) 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.

§ 84

Rechte der Sozialversicherungsträger

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

- (2) 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;**
- (2) das Recht, die Patientin/den Patienten durch eine beauftragte Fachärztin/einen beauftragten Facharzt in der Fondskrankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;**
- (2) 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.

§ 86 (1)

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 (1)

Information über den Punktwert

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

§ 88 (1)

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

§ 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

Versicherungsträger. Der SKAFF 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.

§ 89 (1)

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 § 76a Abs. 1 und der Kostenbeitrag gem. § 447f Abs. 7 ASVG.

§ 90 (1)

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

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

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.

andererseits im Einvernehmen mit dem Landesgesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

Nunmehr in § 59 geregelt!