

Regierungsvorlage

**Gesetz  
über eine Änderung des Spitalgesetzes**

Der Landtag hat beschlossen:

Das Spitalgesetz, LGBl.Nr. 54/2005, in der Fassung LGBl.Nr. 7/2006, Nr. 67/2008, Nr. 63/2010, Nr. 7/2011, Nr. 27/2011, Nr. 8/2013, Nr. 14/2013, Nr. 44/2013 und Nr. 46/2013, wird wie folgt geändert:

1. Im Art. I § 12 Abs. 8 entfällt der letzte Satz.

2. Dem Art. I § 12 Abs. 10 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Ethikkommission muss die Landesregierung auf ihr Verlangen über alle Gegenstände der Geschäftsführung informieren. Die Landesregierung kann Mitglieder der Ethikkommission aus wichtigem Grund, insbesondere bei nachträglichem Wegfall der Voraussetzungen für ihre Bestellung, abberufen.“

3. Der Art. I § 12 Abs. 11 lautet:

„(11) Die Mitgliedschaft im Kuratorium und die Vorsitzführung sind ehrenamtlich. Den Mitgliedern der Ethikkommission gebührt eine Entschädigung für Zeitversäumnis und Fahrtkosten, deren Höhe von der Landesregierung durch Verordnung festzusetzen ist.“

4. Nach dem Art. I § 13 Abs. 2 wird folgender Abs. 3 eingefügt; die bisherigen Abs. 3 bis 10 werden als Abs. 4 bis 11 bezeichnet:

„(3) Die Ethikkommission kann unter Berücksichtigung der Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit fallweise auch Anträge annehmen, zur Beurteilung von

- a) Vorhaben nach Abs. 1 lit. c und d im niedergelassenen Bereich und
- b) Vorhaben nach Abs. 2 im Bereich der Hauskrankenpflege.

Die Entscheidung erfolgt privatrechtlich, ein Rechtsanspruch besteht nicht.“

5. Im nunmehrigen Art. I § 13 Abs. 5 wird die Wortfolge „Abs. 1 lit. c bis e und Abs. 2“ durch die Wortfolge „Abs. 1 lit. c bis e, Abs. 2 und 3“ ersetzt.

6. Im nunmehrigen Art. I § 13 Abs. 6 wird am Ende der lit. c der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und werden folgende lit. d und e angefügt:

- „d) im Falle eines Vorhabens nach Abs. 3 lit. a: der Leitung des Vorhabens, die dem Kreis der niedergelassenen Ärzte oder Ärztinnen oder der Angehörigen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes angehören muss;
- e) im Falle eines Vorhabens nach Abs. 3 lit. b: der Leitung des Vorhabens, die dem Kreis der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege angehören muss.“

7. Im nunmehrigen Art. I § 13 Abs. 7 wird am Ende der lit. b der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende lit. c angefügt:

- „c) bei Vorhaben gemäß Abs. 3 lit. b: die Leitung der Hauskrankenpflege, in deren Bereich das Vorhaben durchgeführt werden soll.“

8. Im nunmehrigen Art. I § 13 Abs. 8 wird nach der Wortfolge „nach Einlangen des vollständigen Antrags“ die Wortfolge „oder dessen Annahme nach Abs. 3“ eingefügt sowie die Wortfolge „Abs. 1 lit. b bis e und Abs. 2“ durch die Wortfolge „Abs. 1 lit. b bis e, Abs. 2 und 3“ ersetzt.

9. Im nunmehrigen Art. I § 13 Abs. 11 wird der Ausdruck „Abs. 4 bis 9“ durch den Ausdruck „Abs. 5 bis 10“ ersetzt.

10. Im Art. I § 26 Abs. 5 lit. b wird die Wortfolge „Abteilungen und sonstiger Organisationseinheiten“ durch die Wortfolge „fachrichtungsbezogener und sonstiger Organisationseinheiten“ und die Wortfolge „Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten“ durch die Wortfolge „fachrichtungsbezogenen und sonstigen Organisationseinheiten“ ersetzt.

11. Der Art. I § 30 Abs. 2 lit. b lautet:

„b) ihnen klare Preisinformationen zur Verfügung gestellt werden, soweit sie im Zeitpunkt der Aufnahme vorhersehbar sind und die Leistungen nicht über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden und es sich nicht um die gesetzlich festgelegten Kostenbeiträge und Beiträge gemäß § 85 handelt;“

12. Im Art. I § 30 Abs. 3 wird nach dem Wort „können“ die Wortfolge „sowie auf Verlangen über die Haftpflichtversicherung nach § 28a informiert werden“ eingefügt.

13. Der Art. I § 39 Abs. 2 lautet:

„(2) Der Kinderschutzgruppe obliegt die Früherkennung von Gewalt an sowie der Vernachlässigung von

a) Kindern und

b) Personen, die in einem mit Kindern vergleichbaren Abhängigkeitsverhältnis stehen.

Weiters obliegt ihr insbesondere die Früherkennung von häuslicher Gewalt an minderjährigen Opfern. Im Hinblick darauf hat sie auch das in Betracht kommende Personal entsprechend zu sensibilisieren.“

14. Der Art. I § 39 Abs. 4 lautet:

„(4) Zu den Sitzungen der Kinderschutzgruppe ist die zuständige Stelle der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe, in deren Sprengel die Kinderschutzgruppe eingerichtet ist, einzuladen. Sie hat der Kinderschutzgruppe die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Unterstützungen und Auskünfte aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe zu geben.“

15. Der Art. I § 49 Abs. 2 lautet:

„(2) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat dafür zu sorgen, dass die zuständige Stelle der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe, in deren Sprengel sich die Krankenanstalt befindet, unverzüglich über eine Aufnahme nach Abs. 1 informiert wird. Bis zum Tätigwerden dieser Stelle hat der Rechtsträger der Krankenanstalt die Aufgaben der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe wahrzunehmen.“

16. Im Art. I § 49 Abs. 3 wird das Wort „Bezirkshauptmannschaft“ durch die Wortfolge „zuständigen Stelle der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe“ ersetzt.

17. Im Art. I § 68 Abs. 5 wird nach dem Wort „Krankenanstalt“ die Wortfolge „, , sofern es sich nicht um die Stelle der Leitung der Verwaltungsdirektion handelt,“ eingefügt.

18. Der Art. I § 71 Abs. 5 lautet:

„(5) Die Landesregierung kann, wenn dies zum Zweck der Versorgungssicherheit der Bevölkerung in Österreich oder im Sinne eines zweckmäßigen Ressourceneinsatzes erforderlich ist, durch Verordnung festlegen, dass Personen, die keinen Hauptwohnsitz in Österreich haben, nur in Fällen der Unabweisbarkeit aufzunehmen sind, sofern

a) sie die Gebühren für ausländische Staatsangehörige (§ 87) nicht erlegen oder sicherstellen oder

b) die Krankenanstalt ihrem Versorgungsauftrag unter Berücksichtigung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit für Personen mit Hauptwohnsitz in Österreich nicht mehr in einem angemessenen Zeitraum nachkommen könnte.

Eine solche Beschränkung darf Vorschriften über die Aufnahme von Personen, die sozialversichert oder einem Rechtsträger der Sozialversicherung zugeordnet sind, und dem Recht der Europäischen Union sowie staatsrechtlichen Verpflichtungen nicht widersprechen.“

19. Im Art. I § 87 wird folgender Abs. 1 eingefügt; die bisherigen Abs. 1 und 2 werden als Abs. 2 und 3 bezeichnet:

„(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat für die Verrechnung von Leistungen für Personen, die auf Grund der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung aufgenommen werden, jene Gebührenregelungen heranzuziehen, die für im Ausland sozialversicherte Personen (§ 94 Abs. 2) gelten, die auf Grund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit aufgenommen werden.“

20. Im nunmehrigen Art. I § 87 Abs. 2 wird die Wortfolge „Die Landesregierung kann“ durch die Wortfolge „Im Übrigen kann die Landesregierung“ ersetzt.

21. Im nunmehrigen Art. I § 87 Abs. 3 wird der Ausdruck „Abs. 1“ durch den Ausdruck „Abs. 2“ ersetzt.

22. Dem Art. I § 89 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„LKF-Gebühren oder Sondergebühren für stationär erbrachte Wunschleistungen bemessen sich nach dem Eurowert zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten oder der Patientin.“

23. Nach dem Art. I § 92 Abs. 1 werden folgende Abs. 2 und 3 eingefügt; die bisherigen Abs. 2 und 3 werden als Abs. 4 und 5 bezeichnet:

„(2) Die private Krankenanstalt hat, sofern die Leistungen nicht über den Landesgesundheitsfonds oder den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds abgerechnet oder von einem inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden, nach erbrachter Leistung eine Rechnung über diese auszustellen.

(3) Die private Krankenanstalt hat jedenfalls sicherzustellen, dass die dem Patienten oder der Patientin im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien berechnet werden.“

24. Nach dem Art. I § 94 Abs. 3 werden folgende Abs. 4 bis 6 eingefügt:

„(4) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist gemäß § 4 Abs. 3 des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes (SV-EG) Verbindungsstelle für den Landesgesundheitsfonds.

(5) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger betreibt gemäß § 5 Abs. 3 SV-EG die Zugangsstelle für den Landesgesundheitsfonds hinsichtlich des europarechtlich vorgesehenen Datenaustausches.

(6) Der Hauptverband besorgt die Aufgaben gemäß Abs. 4 und 5 im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen der Landesregierung gebunden. Die Tätigkeit des Hauptverbandes als Verbindungsstelle und als Betreiber der Zugangsstelle umfasst alle Aufgaben sowie alle Rechte und Pflichten, die in den §§ 4, 5 und 6 des SV-EG genannt sind.“

25. Im Art. I § 94 entfallen die bisherigen Abs. 4 und 5; der bisherige Abs. 6 wird als Abs. 7 bezeichnet und lautet:

„(7) Die Voraussetzungen, dass der Rechtsträger der Fondskrankenanstalt Mittel des Landesgesundheitsfonds gemäß den §§ 94a und 94b erhalten kann, sind:

- a) das Leistungsangebot stimmt mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit für Krankenanstalten (§ 100) in Verbindung mit den jeweiligen Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (§§ 17 und 23) überein;
- b) die Verpflichtungen zur Dokumentation aufgrund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen werden erfüllt; und
- c) die essentiellen Qualitätsstandards, die unmittelbar für die Sicherheit der Patienten und Patientinnen und den Behandlungserfolg maßgeblich sind, werden eingehalten (§ 3 Abs. 3 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen).“

26. Nach dem Art. I § 94 werden folgende §§ 94a und 94b eingefügt:

„§ 94a

#### **LKF-Gebührenersätze für stationäre Patienten und Patientinnen**

(1) Der Landesgesundheitsfonds hat die Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen Personen gemäß § 94 Abs. 1 und 2 erbracht werden, durch LKF-Gebührenersätze

abzugelten. Die LKF-Gebührenersätze ergeben sich aus dem Produkt der für die Leistungen am einzelnen Patienten oder an der einzelnen Patientin ermittelten LKF-Punkte (Abs. 2) und dem Eurowert je LKF-Punkt (Abs. 3).

(2) Die für die Leistungen maßgeblichen LKF-Punkte sind nach den folgenden Grundsätzen zu ermitteln:

- a) Auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung werden die LKF-Punkte für die Leistungen an den Patienten oder die Patientin ermittelt (LKF-Kernbereich).
- b) Der Landesgesundheitsfonds kann in den Richtlinien über das in Vorarlberg anzuwendende leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem sowie zur Abgeltung ambulanter Leistungen in Fondskrankenanstalten (§ 4 lit. a des Landesgesundheitsfondsgesetzes) vorsehen, dass nach Maßgabe der besonderen Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten zusätzliche LKF-Punkte vergeben werden (LKF-Steuerungsbereich). Als besondere Versorgungsfunktionen gelten die Zentral- und die Schwerpunktversorgung sowie die spezielle fachliche und spezielle regionale Versorgung von Krankenanstalten. Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.

(3) Berechnungsgrundlage für den Eurowert je LKF-Punkt sind die für den LKF-Kernbereich und den LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel aus den Einnahmen des Landesgesundheitsfonds (§§ 44 und 45 des Landesgesundheitsfondsgesetzes) abzüglich der Ambulanz-Gebührenersätze (§ 94b), der Nebenkostenstellenbeiträge (§ 94b), der Investitionszuschüsse (§ 47 des Landesgesundheitsfondsgesetzes), der Mittel für Planung und Strukturreformen (§ 48 des Landesgesundheitsfondsgesetzes), der Mittel für Zielsteuerungsprojekte (§ 49 des Landesgesundheitsfondsgesetzes) sowie sonstiger Ausgaben, nach Maßgabe eines Beschlusses des Landesgesundheitsfonds. Die Berechnungsgrundlage dividiert durch die von den Fondskrankenanstalten erbrachten LKF-Punkte ergibt den Eurowert je LKF-Punkt.

(4) Der Landesgesundheitsfonds hat in den Richtlinien über das in Vorarlberg anzuwendende leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem sowie zur Abgeltung ambulanter Leistungen in Fondskrankenanstalten (§ 4 lit. a des Landesgesundheitsfondsgesetzes) das Nähere zur Ermittlung und zur Auszahlung der LKF-Gebührenersätze sowie zur Abgeltung der Leistungen der jeweiligen Fondskrankenanstalt gemäß § 94 festzulegen.

(5) Der für die Abgeltung von Leistungen der Fondskrankenanstalten gemäß § 94 Abs. 2 sowie zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen von sozialversicherten Personen gemäß § 332 ASVG zur Verrechnung gelangende Eurowert je LKF-Punkt ist von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die vom Landesgesundheitsfonds ermittelten LKF-Gebührenersätze und LKF-Punkte der jeweiligen Fondskrankenanstalten sowie des Beihilfenäquivalents jährlich mit Verordnung festzusetzen. Diese Verordnung kann rückwirkend mit 1. Jänner des jeweiligen Jahres in Kraft gesetzt werden.

#### § 94b

##### **Ambulanz-Gebührenersätze und Ersätze im Nebenkostenstellenbereich**

(1) Ambulante Leistungen der Fondskrankenanstalten hat der Landesgesundheitsfonds für jene Personen abzugelten, die gemäß § 51 Abs. 1 ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind oder die Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 51 Abs. 2 in Anspruch nehmen.

(2) Der Landesgesundheitsfonds hat in den Richtlinien über das in Vorarlberg anzuwendende leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem sowie zur Abgeltung ambulanter Leistungen in Fondskrankenanstalten (§ 4 lit. a des Landesgesundheitsfondsgesetzes) zu bestimmen, in welcher Form ambulante Leistungen an Personen gemäß § 94 und Leistungen im Nebenkostenstellenbereich abgefolten werden. Auf Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur zur Verwirklichung eines österreichweit einheitlichen leistungsorientierten Abrechnungssystems für ambulante Leistungen ist Bedacht zu nehmen. Die Höhe der Abgeltung richtet sich nach den Einnahmen des Landesgesundheitsfonds und nach der Höhe der für diese Bereiche vorgesehenen Mittel.

(3) Sofern für ambulante Leistungen gemäß Abs. 2 eine Pauschalabgeltung erfolgt, sind zur Abgeltung von Leistungen der Fondskrankenanstalten gemäß § 94 Abs. 2 sowie zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen von sozialversicherten Personen gemäß § 332 ASVG die Gebühren gemäß § 80 in Verbindung mit § 84 heranzuziehen.“

27. Im Art. I § 96 Abs. 1 lit. a wird der Ausdruck „§ 94 Abs. 4“ durch den Ausdruck „§ 94a“ ersetzt.

28. Im Art. I § 96 Abs. 1 lit. b und Abs. 3 lit. b wird jeweils der Ausdruck „§ 94 Abs. 5“ durch den Ausdruck „§ 94b“ ersetzt.

29. Im Art. I § 97 Abs. 4 wird der Ausdruck „§ 94“ durch die Wortfolge „den §§ 94, 94a und 94b“ ersetzt.

30. Im Art. I § 109 wird folgender Abs. 13 angefügt:

„(13) Für den Fall, dass der § 94 Abs. 4 bis 6 in der Fassung LGBl.Nr. .../2015 oder einzelne seiner Teile nicht kundgemacht werden können, ist das Gesetz über eine Änderung des Spitalgesetzes, LGBl.Nr. .../2015, ohne den § 94 Abs. 4 bis 6 oder ohne diese Teile kundzumachen.“

31. Der Art. II Z. 1 lautet:

„1. Im § 2 Abs. 4 entfallen die lit. a und e. Die bisherigen lit. b bis d und f sind als lit. a bis d zu bezeichnen.“

32. Der Art. II Z. 7 lautet:

„7. Der § 23 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Betriebsbewilligung ist zu erteilen, wenn

- a) die Errichtungsbewilligung erteilt wurde;
- b) die Krankenanstalt entsprechend der Errichtungsbewilligung ausgeführt wurde und bei bettenführenden Krankenanstalten, für die es hinsichtlich ihres Anstaltszwecks und Leistungsangebots eine verbindliche Planung im Regionalen Strukturplan Gesundheit gibt, die Vorgaben des Regionalen Strukturplanes Gesundheit erfüllt sind;
- c) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind, die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen und die Vorgaben des Regionalen Strukturplanes Gesundheit erfüllt sind;
- d) die Bezeichnung der Krankenanstalt zu keinem Zweifel über die Art des Anstaltsbetriebes Anlass gibt;
- e) Nachweise erbracht werden, dass für ein angemessenes Qualitätsniveau und die Beachtung der vorgesehenen Strukturqualitätskriterien Sorge getragen wird;
- f) eine Anstaltsordnung vorliegt und gegen diese keine Bedenken bestehen;
- g) für die Leitung des ärztlichen (zahnärztlichen) Dienstes und die Leitung der fachrichtungsbezogenen und sonst im § 32 Abs. 3 genannten Organisationseinheiten fachlich geeignete Ärzte und Ärztinnen (Zahnärzte oder Zahnärztinnen) namhaft gemacht wurden sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch sonst die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gewährleistet sein wird und
- h) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 28a erforderlich ist.“

33. Im Art. II Z. 9 wird im § 26 Abs. 1 bis 3 jeweils die Wortfolge „Abteilungen“ durch die Wortfolge „fachrichtungsbezogener“ ersetzt.

34. Im Art. II Z. 9 lautet der § 26 Abs. 5:

„(5) Wird die Errichtungsbewilligung aus dem Grunde des Abs. 1 lit. b oder die Betriebsbewilligung aus dem Grunde des Abs. 2 lit. b abgeändert oder zurückgenommen, dann muss für das Wirksamwerden der Abänderung oder Zurücknahme eine angemessene – mindestens fünfjährige – Frist festgelegt werden. Bei der Bemessung der Frist ist zu berücksichtigen, inwieweit

- a) die Zurücknahme oder Abänderung zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit notwendig ist,
- b) der Krankenanstaltenträger bei Errichtung bzw. Inbetriebnahme der Krankenanstalt oder einzelner fachrichtungsbezogener und sonstiger Organisationseinheiten darauf vertrauen konnte, dass er die Anstalt oder die fachrichtungsbezogenen und sonstigen Organisationseinheiten längerfristig betreiben darf, und
- c) mit der Errichtung der Krankenanstalt oder einzelner Organisationseinheiten erhebliche Investitionen verbunden waren, die im Falle der Abänderung oder Zurücknahme der Bewilligung nicht mehr wirtschaftlich verwertbar sind.“

35. Im Art. II Z. 10 wird nach dem Wort „Ärztinnen“ die Wortfolge „(Zahnärzten, Zahnärztinnen)“ eingefügt.

36. Im Art. II entfällt die Z. 15.

37. Im Art. II Z. 25 wird der Ausdruck „§ 87 Abs. 1“ durch den Ausdruck „§ 87 Abs. 2“ ersetzt.

38. Im Art. II wird nach der Z. 26 folgende Z. 26a eingefügt:

„26a. Im § 89 Abs. 1 entfällt die Wortfolge „LKF-Gebühren oder“.“

39. Im Art. II Z. 27 wird unmittelbar vor dem zweiten Strichpunkt die Wortfolge „oder soweit eine Abgeltung von Leistungen durch den Sozialfonds erfolgt“ eingefügt.

40. Im Art. II Z. 27 entfällt der Punkt am Ende des Ausdrucks „§ 86 – Ärztehonoreare –“ und es wird in einer neuen Zeile der Ausdruck „§ 89 Abs. 2 – Vorschreibung der Gebühren –“ eingefügt.

41. Im Art. II wird nach der Z. 29 folgende Z. 29a eingefügt:

„29a. Die §§ 94a und 94b entfallen.“

42. Im Art. II Z. 35 wird der Ausdruck „§ 21“ durch den Ausdruck „§ 53“ ersetzt.

## Bericht zur Regierungsvorlage

### I. Allgemeines:

#### 1. Ziel und wesentlicher Inhalt:

1.1 Mit dem EU-Patientenmobilitätsgesetz – EU-PMG, BGBl. I Nr. 32/2014, wurde das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) geändert. Die Änderungen dienten der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ins österreichische Recht. Ein Ziel dieser Richtlinie ist, die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Union zu erleichtern.

Die vorliegende Gesetzesnovelle dient somit der Anpassung des Spitalgesetzes (SpG) an diese KAKuG-Novelle. Folgende Bestimmungen der KAKuG-Novelle sind bereits umgesetzt: Art. 7 Z. 3 (vgl. § 30 Abs. 2 lit. e SpG) und Z. 4 (vgl. § 85 SpG). Die KAKuG-Novelle sieht im Wesentlichen vor:

- die Zurverfügungstellung klarer Preisinformationen und Informationen über die Haftpflichtversicherung nach § 28a;
- die Neuregelung von Aufnahmebeschränkungen in Krankenanstalten im Zusammenhang mit der Patientenmobilität (vgl. § 29 Abs. 1a KAKuG);
- Änderungen im Zusammenhang mit der Verrechnung stationärer Leistungen von Patienten und Patientinnen aus anderen Mitgliedstaaten (vgl. § 29 Abs. 1 b KAKuG);
- Regelungen über die Ausstellung von Rechnungen der privaten Krankenanstalten (vgl. § 40 Abs. 3 KAKuG).

1.2 Weiters hat der Bund durch das Sozialrechtsänderungsgesetz 2011, BGBl. I Nr. 122/2011, im Zuge der Novellierung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes (SV-EG) den Ländern die Möglichkeit eingeräumt, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als Verbindungsstelle und als Betreiber der Zugangsstelle für landesgesetzlich eingerichtete Rechtsträger von Systemen der sozialen Sicherheit hinsichtlich des europarechtlich vorgesehenen Datenaustausches im Bereich der Systeme der sozialen Sicherheit vorzusehen.

Mit diesem Gesetz wird die Mitwirkung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger als Verbindungsstelle und als Betreiber der Zugangsstelle vorgesehen.

1.3 Überdies werden mit diesem Gesetzesentwurf unter anderem folgende Neuregelungen getroffen:

- die Zuständigkeit der Ethikkommission wird über die grundsatzgesetzlichen Vorgaben hinaus erweitert; sie soll künftig auf privatrechtlicher Basis auch im niedergelassenen Bereich Vorhaben im Bereich der angewandten medizinischen Forschung am Menschen und die Anwendung neuer Behandlungskonzepte und -methoden sowie weiters die Durchführung von Pflegeforschungsprojekten sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden einschließlich nicht-interventioneller Studien im Bereich der Hauskrankenpflege beurteilen können;
- die Landesregierung kann für die Mitglieder der Ethikkommission eine Entschädigung für Zeitversäumnis und Fahrtkosten festsetzen;
- die Zuständigkeit der Kinderschutzgruppe wird auf Personen, die in einem mit Kindern vergleichbaren Abhängigkeitsverhältnis stehen, erweitert.

#### 2. Kompetenzen:

Der Gesetzesentwurf stützt sich v.a. auf Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“). In Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten ist die Erlassung von Ausführungsgesetzen Landessache.

Der vorliegende Entwurf regelt u.a. auch, dass der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als Verbindungsstelle und als Betreiber der Zugangsstelle für den Landesgesundheitsfonds tätig wird. Ferner sieht der Entwurf vor, dass die Ethikkommission Vorhaben nach § 13 Abs. 1 lit. c und d im niedergelassenen Bereich sowie Vorhaben nach § 13 Abs. 2 im Bereich der Hauskrankenpflege beurteilen kann sowie eine Ausweitung der Zuständigkeit der Kinderschutzgruppe um Personen, die in einem mit Kindern vergleichbaren Abhängigkeitsverhältnis stehen. Diese Regelungen stützen sich auf Art. 15 B-VG.

### **3. Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:**

Die Kundmachung des vorliegenden Gesetzesentwurfes bedarf im Hinblick auf die im § 94 Abs. 4 bis 6 vorgesehene Mitwirkung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger der Zustimmung des Bundes gemäß Art. 97 Abs. 2 B-VG.

### **4. Kosten:**

Durch die in diesem Entwurf vorgesehenen Regelungen entstehen dem Bund und dem Land in den nachstehenden Fällen zusätzliche Kosten:

#### 4.1 Mehrkosten beim Bund:

Durch die Funktionen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger als Verbindungsstelle (vgl. § 4 Abs. 3 SV-EG) für den Landesgesundheitsfonds dürften keine zusätzlichen Kosten entstehen, da der Hauptverband bereits bisher die Funktion der Verbindungsstelle im Bereich der internationalen Sozialversicherung wahrnahm. Hinsichtlich der Funktion als Zugangsstelle (vgl. § 5 Abs. 3 SV-EG) können marginale Mehrkosten entstehen, die auf Grund der Bestimmung im § 6 SV-EG durch kostendeckende Aufwandsersätze vom betreffenden Träger abzugelten sind. Allfällige Mehrkosten hängen auch davon ab, wie viele Länder durch Landesgesetz den Hauptverband als Zugangsstelle für in die Länderkompetenz fallende Aufgaben vorsehen. Auf Grund der zwischen Bund und Ländern abgeschlossenen Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, kann der Landesgesundheitsfonds während der Laufzeit der Vereinbarung nicht zu einem Kostenersatz gemäß § 6 des SV-EG verpflichtet werden.

#### 4.2 Mehrkosten beim Land:

##### Ethikkommission:

Die Ethikkommission kann künftig auch mit Vorhaben aus dem niedergelassenen Bereich sowie aus dem Bereich der Hauskrankenpflege befasst werden. Es ist daher damit zu rechnen, dass bei der Ethikkommission zusätzlich rund fünf bis zehn Vorhaben jährlich zur Beurteilung anfallen. Für die Beurteilung eines Vorhabens aus diesen Bereichen kann mit einem Aufwand von ca. 1.800 Euro gerechnet werden. Auf § 13 Abs. 10 Spitalgesetz wird hingewiesen.

Weiters sieht der Entwurf vor, dass die Mitglieder der Ethikkommission künftig eine Entschädigung für Zeitversäumnis sowie die notwendigen Fahrtauslagen ersetzt bekommen. Die Entschädigung je Sitzung unter 4 Stunden beträgt 38 Euro. Bei Durchschnittlich 10 Sitzungen im Jahr ist mit einer Entschädigung für Zeitversäumnis pro Mitglied in Höhe von rund 380 Euro zur rechnen.

#### 4.3 Mehrkosten beim Land und den Gemeinden:

##### Kinderschutzgruppe:

Bei der Ausweitung der Zuständigkeit der Kinderschutzgruppe dürfte mit keinem nennenswerten Aufwand zu rechnen sein, da die Mitglieder der Kinderschutzgruppe ehrenamtlich tätig sind.

Im Übrigen verursacht dieser Gesetzesentwurf keine wesentlichen Kosten.

### **5. EU-Recht:**

Der Gesetzesentwurf dient der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. 2011 Nr. L 88, S. 45.

Ergänzend wird angemerkt, dass mit der Umsetzung der KAKuG-Novelle BGBl. I. Nr. 108/2012 durch die vorangegangene Novelle LGBl.Nr. [46/2013](#) die Umsetzung der Richtlinie 2010/53/EU über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe, ABl. Nr. L 207, S. 14, ins Spitalgesetz erfolgt ist.

### **6. Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche:**

Der Gesetzesentwurf hat keine besonderen Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche.

## **II. Zu den einzelnen Bestimmungen:**

### **Zu Z. 1 bis 3 (Art. I § 12 Abs. 8, 10 und 11):**

Die Ehrenamtlichkeit der Mitgliedschaft in der Ethikkommission wird nunmehr im Abs. 11 geregelt. Der bisherige Abs. 11 wird an den Abs. 10 angefügt.

Was die Regelung der Entschädigung der Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder der Ethikkommission im nunmehrigen Abs. 11 betrifft, ist anzumerken, dass den Bediensteten des Landes, der Gemeinde, des Rechtsträgers der Landeskrankenanstalten und der Patientenanwaltschaft, die diese Aufgabe kraft ihrer Funktion bzw. im Rahmen ihrer dienstlichen Tätigkeit wahrnehmen, keine Entschädigung zusteht.

### **Zu Z. 4 bis 9 (Art. I § 13 Abs. 3 bis 11):**

Die Änderung geht auf eine Anregung der Ethikkommission zurück und soll ihr auf privatrechtlicher Ebene ermöglichen, die angewandte medizinische Forschung am Menschen (§ 13 Abs. 1 lit. c) und die Anwendung neuer Behandlungskonzepte und -methoden (§ 13 Abs. 1 lit. d) im niedergelassenen Bereich sowie die Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden einschließlich nicht-interventioneller Studien (§ 13 Abs. 2) im Bereich der Hauskrankenpflege zu beurteilen, sofern derartige Vorhaben ethische Fragen aufwerfen und ein allgemeines öffentliches Interesse an solchen Forschungen besteht. Die Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sind dabei zu beachten.

Bei Vorhaben nach Abs. 3 lit. a sind neben den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen auch Angehörige des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes (Physiotherapeuten, biomedizinischen Analytiker, Radiologietechnologen, Diätologen, Ergotherapeuten, Logopäden und Orthoptisten), sofern sie die Leitung des Vorhabens innehaben, gemäß Abs. 6 lit. d zur Antragstellung berechtigt.

Bei Vorhaben nach Abs. 3 lit. b sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, sofern sie die Leitung des Vorhabens innehaben, gemäß Abs. 6 lit. e zur Antragstellung berechtigt.

Gemäß Abs. 7 hat die Leitung der Hauskrankenpflege, in deren Zuständigkeitsbereich das Vorhaben durchgeführt werden soll (z.B. bei Vereinen das Leitungsorgan gemäß den Vereinsstatuten), das Recht, im Rahmen der Sitzung der Ethikkommission, zum geplanten Vorhaben Stellung zu nehmen.

Im Übrigen hat die Entscheidung der Ethikkommission über die Annahme oder Ablehnung eines Antrages nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien zu erfolgen. Die Annahme erfolgt durch Abschluss einer privatrechtlichen Vereinbarung mit dem Antragsteller. Ein Rechtsanspruch wird nicht begründet. Für die Berechnung des Entgelts ist Abs. 10 maßgebend.

### **Zu Z. 10 (Art. I § 26 Abs. 5 lit. b):**

Es erfolgt eine terminologische Anpassung im Zusammenhang mit dem durch LGBI.Nr. 8/2013 eingeführten Begriff der fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit.

### **Zu Z. 11 (Art. I § 30 Abs. 2 lit. b):**

Es erfolgt eine Anpassung an den § 5a Abs. 4 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 32/2014. Dieser sieht zur Umsetzung des Art. 4 Abs. 2 lit. b der Richtlinie 2011/24/EU vor, dass Patienten und Patientinnen eine klare Preisinformation über die voraussichtlichen Leistungen zur Verfügung zu stellen ist. Der Ausdruck „Preisinformation“ erfasst nicht gesetzlich festgelegte Kostenbeiträge und Beiträge gemäß § 85 sowie Leistungen, die über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden.

### **Zu Z. 12 (Art. I § 30 Abs. 3):**

Mit der Regelung erfolgt eine Umsetzung des § 5a Abs. 5 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 32/2014. Entsprechend Art. 4 Abs. 2 lit. b der Richtlinie 2011/24/EU sind Patienten und Patientinnen auf Nachfrage über die Haftpflichtversicherung zu informieren.

### **Zu Z. 13 (Art. I § 39 Abs. 2):**

Durch die Änderung wird der Kreis der Betreuten um jene Personen erweitert, die in einem mit Kindern vergleichbaren Abhängigkeitsverhältnis stehen. Dadurch wird die Möglichkeit geschaffen, dass auch volljährige Personen mit geistigen Behinderungen, sofern sie in einem mit Kindern vergleichbaren

Abhängigkeitsverhältnis stehen, in Kinderschutzgruppen betreut werden können. Dies bringt insbesondere für jene Personen Vorteile, die bereits als Minderjährige in der Kinderschutzgruppe betreut worden sind und deren Betreuung im Rahmen der Kinderschutzgruppe fortgesetzt werden soll.

**Zu Z. 14 bis 16 (Art. I §§ 39 Abs. 4 und 49 Abs. 2 und 3):**

Es erfolgt eine Anpassung der §§ 39 Abs. 4 und 49 Abs. 2 und 3 an das Kinder- und Jugendhilfegesetz, welches mit 1. Oktober 2013 das Landes-Jugendwohlfahrtsgesetz ersetzt. Die derzeit zuständige Stelle der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe ist nach wie vor die Bezirkshauptmannschaft, da die Landesregierung von der ihr gesetzlich eingeräumten Übertragungsmöglichkeit Gebrauch gemacht hat, ansonsten wäre es die Landesregierung.

**Zu Z. 17 (Art. I § 68 Abs. 5):**

Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung soll die Übermittlung einer begründeten Reihung durch die Landesregierung – sofern es sich um die Stelle der Leitung der Verwaltungsdirektion handelt – künftig entfallen. Eine Reihung soll direkt durch den Rechtsträger anhand der Bewerbungen vorgenommen werden; dieser hat weiters unter Bedachtnahme auf § 40 zu entscheiden.

**Zu Z. 18 (Art. I § 71 Abs. 5):**

Mit der Änderung wird die Regelung in § 29 Abs. 1a KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 32/2014 umgesetzt. Diese Regelung räumt dem Landesgesetzgeber ein, eine Aufnahme von Personen mit Hauptwohnsitz außerhalb Österreichs dann abzulehnen, wenn durch die Aufnahme die angemessene Versorgung von Personen mit Hauptwohnsitz in Österreich unter Berücksichtigung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit gefährdet wäre bzw. nicht mehr in einem angemessenen Zeitraum gewährt werden könnte. Dies gilt jedoch nicht für Fälle der Unabweisbarkeit.

Bezug genommen wird dabei im EU-Patientenmobilitätsgesetz auf Art. 4 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24/EU, welcher den Mitgliedstaaten einräumt, Maßnahmen in Bezug auf den Zugang zu Behandlungen zu beschließen, um einen ausreichenden, ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Versorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, oder in Zusammenhang mit dem Wunsch, die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Verschwendung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden. Solche Maßnahmen dürfen kein Mittel willkürlicher Diskriminierung darstellen und sind vorab zu veröffentlichen.

**Zu Z. 19 bis 21 und 37 (Art. I § 87 Abs. 1 bis 3 und Art. II Z. 25):**

Im § 87 wird ein neuer Abs. 1 eingeführt. Damit wird dem § 29 Abs. 1b KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 32/2014 Rechnung getragen. Es wird sichergestellt, dass Patienten und Patientinnen, die im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU eine stationäre Leistung in Anspruch nehmen, bei der Verrechnung nicht diskriminiert werden, indem das Regime der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vorgesehen wird.

§ 87 Abs. 2 und 3 sowie Art. II Z. 25 waren entsprechend anzupassen.

**Zu Z. 22 (Art. I § 89 Abs. 1):**

Es handelt sich um eine Klarstellung im Zusammenhang mit der Vorschreibung der Gebühren von öffentlichen Krankenanstalten. Der maßgebliche Zeitpunkt für die Bemessung der LKF-Gebühren für stationäre Patienten und Patientinnen sowie der Sondergebühren für stationär erbrachte Wunschleistungen ist jeweils der Zeitpunkt der Entlassung des Patienten oder der Patientin; die Regelung entspricht der langjährigen Praxis.

**Zu Z. 23 (Art. I § 92 Abs. 2 und 3):**

Mit der Regelung werden die §§ 39 Abs. 3 und 40 Abs. 3 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 32/2014 umgesetzt. Die privaten Krankenanstalten haben somit im Falle von Selbstzahlern eine Rechnung über die von ihnen erbrachten Leistungen auszustellen (Abs. 2). Ferner hat die private Krankenanstalt bei Patienten und Patientinnen, die im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU eine Leistung in Anspruch nehmen, die in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien zu berechnen (Abs. 3).

**Zu Z. 24 (Art. I § 94 Abs. 4 bis 6):**

Es wird von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als Verbindungsstelle für den Landesgesundheitsfonds gemäß § 4 Abs. 3 Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes vorzusehen. Hinsichtlich des europarechtlich vorgesehenen Datenaustausches, insbesondere durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nr. 987/229 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wird gemäß § 5 Abs. 3 Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für den Landesgesundheitsfonds als Betreiber der Zugangsstelle festgelegt. Der Hauptverband ist dabei in beiden Fällen im übertragenen Wirkungsbereich tätig und daher an die Weisungen des zuständigen obersten Verwaltungsorgans gebunden.

**Zu Z. 25 (Art. I § 94 Abs. 7):**

Die bisherigen Abs. 4 und 5 werden nunmehr in den §§ 94a und 94b neu geregelt.

Der neue Abs. 7 entspricht mit Ausnahme der Berücksichtigung der Errichtungs- und Betriebsbewilligungen in lit. a dem bisherigen Abs. 6. In der lit. a wird nunmehr klargestellt, dass bei der Leistungsabgeltung durch den Landesgesundheitsfonds die Übereinstimmung mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit in Verbindung mit den für die einzelnen Krankenanstalten (aktuell) geltenden Errichtungs- und Betriebsbewilligungen beurteilt werden muss. Eine Berücksichtigung auch der (aktuell) geltenden Errichtungs- und Betriebsbewilligungsbescheide ist aus Gründen des verfassungsrechtlich gewährleisteten Vertrauensschutzes, auf den sich die Rechtsträger der Krankenanstalten berufen können, notwendig. Eine Anknüpfung bei der Leistungsabgeltung ausschließlich an die Übereinstimmung mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit greift zu kurz, da es sich beim Regionalen Strukturplan Gesundheit um ein Planungsinstrument handelt, dessen Vorgaben von den Rechtsträgern der Krankenanstalten nicht in jedem Fall bereits zum Zeitpunkt seiner Erlassung als Verordnung der Landesregierung umgesetzt sind.

Ergänzend zu § 94 Abs. 7 werden im § 46 des Landesgesundheitsfondsgesetzes weitere Grundsätze über die Mittelverwendung festgelegt. Finanzielle Zuwendungen dürfen nach § 46 Abs. 1 des Landesgesundheitsfondsgesetzes (außerdem) nur nach Maßgabe der Richtlinien gemäß § 4 lit. a und b oder der Entscheidung der zuständigen Organe sowie der dem Landesgesundheitsfonds zur Verfügung stehenden Mittel gewährt werden.

**Zu Z. 26 (Art. I §§ 94a und 94b):**

§ 94a Abs. 1 bis 4:

Die Neufassung des § 94a ersetzt den bisherigen § 94 Abs. 4 und regelt das System der Abgeltung der Leistungen der Fondskrankenanstalten durch den Landesgesundheitsfonds detaillierter. Es handelt sich um eine Konkretisierung bzw. begriffliche Klarstellung der Ermittlung der LKF-Gebührenersätze für stationäre Patienten und Patientinnen. Ferner wird auf die relevanten Bestimmungen im Landesgesundheitsfondsgesetz, LGBl.Nr. 45/2013, Bezug genommen bzw. werden Verweise richtig gestellt.

Im Abs. 3 werden wichtige Abzugspositionen im Rahmen der Ermittlung der Berechnungsgrundlage angeführt. Darüber hinaus sind noch weitere vom zuständigen Organ des Landesgesundheitsfonds beschlossene Ausgaben, wie beispielsweise Beihilfenzahlungen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, Entgelte für ausländische Patienten oder Patientinnen aufgrund zwischenstaatlicher Übereinkommen oder dem Recht der Europäischen Union, Bankspesen oder auch Kosten der Geschäftsstelle in Abzug zu bringen. Die Beschlussfassung erfolgt in der Regel durch die Gesundheitsplattform im Rahmen der Richtlinien über das in Vorarlberg anzuwendende leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem sowie zur Abgeltung ambulanter Leistungen in Fondskrankenanstalten.

§ 94a Abs. 5:

Der Abs. 5 dient insbesondere der Verbesserung der Transparenz des zur Abgeltung gelangenden Eurowertes je LKF-Punkt für die im § 94 Abs. 2 genannten Fälle sowie für Regressfälle gemäß § 332 ASVG. Die Landesregierung wird ermächtigt, für die Abrechnung von Leistungen der Fondskrankenanstalten an im Ausland sozialversicherte Patienten und Patientinnen durch den Landesgesundheitsfonds sowie für Regressfälle gemäß § 332 ASVG, den zur Verrechnung gelangenden Eurowert je LKF-Punkt mittels Verordnung festzulegen.

Die Festsetzung durch Verordnung der Landesregierung dient der zeitnahen Abrechnung mit den ausländischen Krankenanstalten und der zeitnahen Geltendmachung der Ansprüche nach § 322 ASVG. Dabei soll sie die vom Landesgesundheitsfonds für das jeweilige Jahr im Vorhinein auf Basis des aktuellen Kenntnisstandes ermittelten gesamthaften LKF-Gebührenersätze und LKF-Punkte zugrunde legen. Aufgrund des neuen Abs. 5 wird nicht nur für die von § 94 Abs. 2 in erster Linie umfassten ausländischen Patienten und Patientinnen, welche aufgrund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nr. 987/229 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) 883/2004, sowie für Regressfälle gemäß § 332 ASVG die Höhe des zur Anwendung gelangenden Eurowertes je LKF-Punkt mit Verordnung festgelegt und im Landesgesetzblatt veröffentlicht werden, sondern – aufgrund des neuen § 87 Abs. 1 – auch für Personen, die auf Grund der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung aufgenommen werden.

§ 94b Abs. 1 bis 3:

Die Neufassung des § 94b ersetzt den bisherigen § 94 Abs. 5. Es wird auf die relevanten Bestimmungen im Landesgesundheitsfondsgesetz, LGBl.Nr. 45/2013, Bezug genommen und damit ein klarerer Zusammenhang hergestellt. Der neue Abs. 3 entspricht der langjährigen Praxis im Landesgesundheitsfonds und dient insbesondere der Verbesserung der Transparenz. Derzeit befindet sich – analog zum LKF-Modell im stationären Bereich – ein bundesweit einheitliches Abrechnungssystem für den ambulanten Bereich in Ausarbeitung. Solange ein solches Abrechnungssystem nicht besteht, ist es nicht möglich, Einzelfälle im Rahmen eines leistungsorientierten Finanzierungssystems im ambulanten Bereich zu vergüten. Deshalb werden bislang die Spitalambulanzen in Form einer Pauschalabgeltung vom Landesgesundheitsfonds finanziert. Für die Abrechnung gegenüber im Ausland sozialversicherten Patienten und Patientinnen sowie zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen gemäß § 332 ASVG sollen deshalb die auf den Einzelfall bezogenen Gebühren gemäß § 80 in Verbindung mit § 84 herangezogen werden. Ab dem Zeitpunkt der Verwirklichung eines österreichweit einheitlichen leistungsorientierten Abrechnungssystems für ambulante Leistungen ist dieses bei der Gebührensatzfestsetzung zu berücksichtigen.

**Zu Z. 27 bis 29 (Art. I §§ 96 Abs. 1 lit. a und b, 96 Abs. 3 lit. b und 97 Abs. 4):**

Durch die Einführung der §§ 94a und 94b sind die Verweise richtig zu stellen.

**Zu Z. 30 (Art. I § 109 Abs. 13):**

Für die im Entwurf vorgesehene Mitwirkung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger als Verbindungsstelle und als Betreiber der Zugangsstelle ist die Zustimmung der Bundesregierung nach Art. 97 Abs. 2 B-VG erforderlich.

**Zu Z. 31 bis 35, 39 und 40 (Art. II Z. 1, 7, 9, 10 und 27)**

Es handelt sich um Anpassungen formeller Art bzw. um Richtigstellungen im Zusammenhang mit den jeweiligen Regelungen des Art. I.

**Zu Z. 36 (Art. II Z. 15 )**

Durch die Änderung der Wortfolge im § 71 Abs. 5 kann die Z. 15 künftig entfallen.

**Zu Z. 38 (Art. II Z. 26a)**

Der Begriff „LKF-Gebühr“ wäre bei einem Außerkrafttreten der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens überholt; die Wortfolge im § 89 Abs. 1 hätte daher zu entfallen.

**Zu Z. 41 (Art. II Z. 29a)**

Die in den §§ 94a und 94b enthaltenen Regelungen wären bei einem Außerkrafttreten der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens überholt; an deren Stelle würde die Regelung des Art. II Z. 29 (§ 94) treten.

**Zu Z. 42 (Art. II Z 35):**

Der Verweis wird richtiggestellt.

**Der XXX. Vorarlberger Landtag hat in seiner 4. Sitzung im Jahr 2014, am 18.12.2014, die Regierungsvorlage, Beilage 23/2014, einstimmig beschlossen.**