

Art. 2 V-SG

V-SG - Spitalgesetz

Ⓞ Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 12.01.2023

„e) RSG: der mit Verordnung festgelegte Regionale Strukturplan Gesundheit gemäß § 103;“*)

*) Fassung LGBl.Nr. 10/2018, 24/2020

2. Der § 5 Abs. 1 lautet:

„(1) Eine Krankenanstalt gilt als gemeinnützig, wenn

- a) ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
- b) anstaltsbedürftige Personen nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen werden;
- c) für die Dauer und Art der Unterbringung, für die ärztliche Behandlung und Pflege sowie, ausgenommen in der Sonderklasse, für die Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten und Patientinnen maßgebend ist;
- d) das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt (Pflegeentgelt) in der allgemeinen Pflegeklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung und auf Tag- oder Nachtbetrieb, in gleicher Höhe festgesetzt ist;
- e) die in der Krankenanstalt beschäftigten Personen unbeschadet der Ärztehonorare und der bundesrechtlichen Vorschriften über die besonderen Honorare der Vorstände von Universitätskliniken von den Patienten und Patientinnen oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen;
- f) die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.“*)

*) Fassung LGBl.Nr. 24/2020

3. Der § 17 Abs. 2 zweiter Satz entfällt.

4. aufgehoben durch LGBl.Nr. 27/2011

5. aufgehoben durch LGBl.Nr. 27/2011

6. Im § 21 Abs. 3 entfällt die Wortfolge „sowie eine begründete Stellungnahme des Landesgesundheitsfonds“.*)

*) Fassung LGBl.Nr. 27/2011, 24/2020

7. Der § 23 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Betriebsbewilligung ist – erforderlichenfalls unter Vorschreibung von Befristungen, Bedingungen und Auflagen – 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 RSG gibt, die Vorgaben des RSG 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 RSG 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.“*)

*) Fassung LGBl.Nr. 10/2015, 10/2018, 24/2020

8. Der § 24 Abs. 3 lautet:

„(3) Auf das Bewilligungsverfahren sind die §§ 17 bis 23 anzuwenden. Das Verfahren kann auch von Amts wegen eingeleitet werden. Die Bewilligung darf für private gemeinnützige und öffentliche Krankenanstalten insbesondere nur dann erteilt werden, wenn die betreffende Veränderung dem RSG entspricht und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.“*)

*) Fassung LGBl.Nr. 10/2018

9. Der § 26 lautet:

„§ 26*)

Abänderung und Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt ist von der Landesregierung zur Gänze oder hinsichtlich einzelner fachrichtungsbezogener und sonstiger Organisationseinheiten abzuändern oder zurückzunehmen, wenn

- a) eine für die Erteilung der Errichtungsbewilligung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verweigerung der Errichtungsbewilligung gerechtfertigt hätte, nachträglich hervorkommt; oder
- b) die Krankenanstalt, sofern es sich um eine öffentliche oder private gemeinnützige Krankenanstalt handelt, den Vorgaben des RSG nicht entspricht.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt ist von der Landesregierung zur Gänze oder hinsichtlich einzelner fachrichtungsbezogener und sonstiger Organisationseinheiten abzuändern oder zurückzunehmen, wenn

- a) eine für die Erteilung der Betriebsbewilligung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verweigerung der Betriebsbewilligung gerechtfertigt hätte, nachträglich hervorkommt;
- b) die Krankenanstalt, sofern es sich um eine öffentliche oder private gemeinnützige Krankenanstalt handelt, den Vorgaben des RSG nicht entspricht; oder
- c) der Betrieb der Krankenanstalt entgegen den Bestimmungen dieses Gesetzes unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

(3) Die Landesregierung kann die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt zur Gänze oder hinsichtlich einzelner fachrichtungsbezogener und sonstiger Organisationseinheiten abändern oder zurücknehmen, wenn andere als im Abs. 2 genannte schwerwiegende Mängel, die die Verweigerung der Betriebsbewilligung rechtfertigen würden, trotz Aufforderung innerhalb einer angemessenen Frist nicht behoben werden.

(4) Vor Maßnahmen im Sinne der Abs. 1 und 2 hat die Landesregierung dem Rechtsträger der Krankenanstalt zur Behebung der Mängel eine angemessene Frist einräumen.

(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.“

*) Fassung LGBl.Nr. 10/2015, 10/2018

10. Der § 48 Abs. 8 lautet:

„(8) Die Krankenanstalten haben 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, der Patientenanwaltschaft und der Schiedskommission nach dem Patienten- und Klientenschutzgesetz sowie dem Landesvolksanwalt oder der Landesvolksanwältin, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten, Ärztinnen (Zahnärzten, Zahnärztinnen) oder Krankenanstalten auf Verlangen kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten und Patientinnen zu übermitteln.“*)

*) Fassung LGBl.Nr. 10/2015, 24/2020

11. Der § 49 Abs. 4 lautet:

„(4) Bei einer anonymen Geburt hat der Rechtsträger der Krankenanstalt Anspruch auf die Pflegegebühren. Diese Kosten sind aus Mitteln der Sozialhilfe zu ersetzen.“

11a. Der § 55 Abs. 2 lit. d entfällt.

11b. Der § 56 Abs. 4 zweiter Satz entfällt.

12. Der § 65 Abs. 3 entfällt. Der bisherige Abs. 4 wird als Abs. 3 bezeichnet.

13. Im § 66 Abs. 1 lautet der zweite Satz:

„Wenn eine solche Bewilligung eine Krankenanstalt betrifft, die Zuschüsse des Bundes erhalten hat, ist der zuständige Bundesminister oder die zuständige Bundesministerin zu informieren.“

14. Im § 67 Abs. 2 lautet der dritte Satz:

„Wenn die Bewilligung der Betriebsunterbrechung, der Wiederaufnahme des Betriebes oder der Auflassung eine Krankenanstalt betrifft, die Zuschüsse des Bundes erhalten hat, ist der zuständige Bundesminister oder die zuständige Bundesministerin zu informieren.“

15. aufgehoben durch LGBl.Nr. 10/2015

15a. Der § 77 Abs. 2 lautet:

„(2) Dieser Unterabschnitt gilt nicht, soweit im 5. Abschnitt für die Abgeltung von Leistungen an sozialversicherte Personen etwas anderes geregelt wird.“

16. Der § 78 Abs. 1 lit. a lautet:

„a) die Pflegegebühren der allgemeinen Pflegeklasse“

17. Im § 78 Abs. 2 entfällt die Wortfolge „in den LKF-Gebühren oder“.

18. Der § 79 Abs. 1 lit. a lautet:

„a) die Pflegegebühren der allgemeinen Pflegeklasse“

19. Der § 79 Abs. 1 lit. b Z. 2 lautet:

„2. Sondergebühren als ein Zuschlag zur Pflegegebühr für Leistungen in der Sonderklasse;“

20. Im § 81 lautet die Überschrift „Besonderheiten bei der Abrechnung nach Pflegegebühren“. Weiters entfällt im § 81 der Abs. 1. Beim bisherigen Abs. 2 entfällt die Absatzbezeichnung.

21. Der § 83 lautet:

„§ 83

Ermittlung der Pflege- und Sondergebühren

(1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf Abs. 2 kostendeckend zu ermitteln.

(2) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand dürfen der Berechnung der Pflegegebühren nicht zugrunde gelegt werden.“

22. Der § 84 lautet:

„§ 84

Festsetzung der Pflege- und Sondergebühren

(1) Die Pflege- 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 wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen. Der Rechtsträger hat die mit der Festsetzung der Pflege- und Sondergebühren zusammenhängenden Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen.

(2) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(3) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft betrieben werden, dürfen nicht niedriger sein als die Pflege- und allfälligen 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.

(4) Eine Krankenanstalt, an deren Rechtsträger eine Gebietskörperschaft mit mindestens 50 v.H. des Stamm-, Grund- oder Eigenkapitals beteiligt ist, gilt im Sinne des Abs. 3 als Krankenanstalt, die von einer Gebietskörperschaft betrieben wird.“

23. Im § 85 Abs. 1 entfällt der dritte Satz und im § 85 Abs. 2 entfällt der zweite Satz.

24. Im § 85 Abs. 4 entfällt die Wortfolge „entweder a) LKF-Gebührenersätze durch den Landesgesundheitsfonds oder b)“.

25. Im § 87 Abs. 2 entfällt die Wortfolge „LKF-Gebühren.“.*)

*) Fassung LGBl.Nr. 10/2015

26. Im § 88 Abs. 2 entfällt die Wortfolge „LKF-Gebühren oder“.

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

*) Fassung LGBl.Nr. 10/2015

27. Der § 91 Abs. 2 lautet:

„(2) Für private gemeinnützige Krankenanstalten gelten zusätzlich zu Abs. 1

§ 67 Abs. 2 – Betriebspflicht, Betriebsunterbrechung und Auflassung –

§ 69 – Vorübergehende Zuweisung von Krankenzimmern und Betten –

§ 73 Abs. 1 und 2 – Pflegeklassen –

§ 77 – Geltungsbereich –; mit der Maßgabe, dass der 2. Unterabschnitt des 3. Abschnittes außerdem nicht gilt, soweit bundesgesetzlich für die Abgeltung von Leistungen der privaten gemeinnützigen Krankenanstalten an sozialversicherte Personen durch den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds anderes geregelt wird oder soweit eine Abgeltung von Leistungen durch den Sozialfonds erfolgt;

§ 78 – Abgeltung von Leistungen in der allgemeinen Pflegeklasse –

§ 79 – Abgeltung von Leistungen in der Sonderklasse –

§ 80 – Abgeltung von Leistungen in Anstaltsambulatorien –

§ 81 – Besonderheiten bei der Abrechnung nach Pflegegebühren –

§ 82 – Gebühren für Begleitpersonen –

§ 83 – Ermittlung der Pflege- und Sondergebühren –

§ 84 Abs. 1 und 2 – Festsetzung der Pflege- und Sondergebühren –

§ 85 – Kostenbeitrag und andere Beiträge –

§ 86 – Ärztehonorare –

§ 89 Abs. 2 – Vorschreibung der Gebühren –.“*)

*) Fassung LGBl.Nr. 10/2015

28. Im 5. Abschnitt lautet die Überschrift „Beziehungen zwischen den Krankenanstalten, den sozialversicherten Personen und den Sozialversicherungsträgern“.

29. Der § 94 lautet:

„§ 94

Kostenaufteilung bei sozialversicherten Personen und deren Angehörigen in öffentlichen Krankenanstalten

(1) Für sozialversicherte Personen, die Anspruch auf Anstaltspflege haben, sind die den öffentlichen Krankenanstalten zustehenden Pflegegebühren zur Gänze vom Sozialversicherungsträger zu entrichten. Handelt es sich jedoch um einen

anspruchsberechtigten Angehörigen einer nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz versicherten Person, so hat die sozialversicherte Person in den ersten vier Wochen ununterbrochener Anstaltspflege – ausgenommen bei einer aus dem Versichertenfall der Mutterschaft gewährten Anstaltspflege oder im Falle der Organspende – 10 v.H. der Pflegegebührenersätze zu entrichten. Handelt es sich um eine nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz versicherte Person oder um einen ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen, so hat die sozialversicherte Person ebenfalls 10 v.H. der Pflegegebührenersätze zu entrichten, soweit nicht im Bauern-Sozialversicherungsgesetz Ausnahmen von der Kostenbeteiligung vorgesehen sind.

(2) Durch die Zahlungen des Sozialversicherungsträgers und allenfalls der sozialversicherten Person gemäß Abs. 1 sind nur die Pflegegebühren für die allgemeine Pflegeklasse abgegolten. Alle übrigen Kosten, sofern für sie nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarung der Sozialversicherungsträger aufzukommen hat, sind von der sozialversicherten Person selbst zu tragen.

(3) Für die Dauer der vom Sozialversicherungsträger gewährten Anstaltsbehandlung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt gegenüber der sozialversicherten Person und den für sie unterhaltspflichtigen Personen, soweit in den Abs. 1 und 2 nichts anderes bestimmt ist und unbeschadet einer allfälligen Aufzahlung für Mehrleistungen in der Sonderklasse, keinen Anspruch auf Ersatz von Pflegegebühren. Nach Ablauf der vom Sozialversicherungsträger gewährten Anstaltsbehandlung hat die sozialversicherte Person für den weiteren Anstaltsaufenthalt die Pflege- und allfälligen Sondergebühren selbst zu tragen.“

29a. Die §§ 94a und 94b entfallen.*)

*) Fassung LGBl.Nr. 10/2015

30. Der § 95 lautet:

„§ 95

Aufnahme von sozialversicherten

Personen in öffentliche Krankenanstalten

Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, die aufgrund sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Pflegeklasse aufzunehmen.“

31. Der § 96 lautet:

„§ 96

Abgeltung von Leistungen in Krankenanstalten

(1) Alle Leistungen der öffentlichen Krankenanstalten sind mit folgenden Zahlungen abgegolten:

- a) Pflegegebührenersätze der Sozialversicherungsträger;
- b) Kostenbeiträge und Finanzierungsbeiträge gemäß § 85;
- c) Kostenbeiträge gemäß § 94;
- d) Beiträge der Sozialversicherungsträger zum Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds.

(2) Abs. 1 gilt nicht für jene Leistungen, die mit den folgenden Gebühren abgegolten werden:

- a) Sondergebühren gemäß § 78 Abs. 1 lit. b und c sowie § 79 Abs. 1 lit. b und c;
- b) Gebühren für ambulatorische Behandlungen gemäß § 80;
- c) Gebühren für Begleitpersonen gemäß § 82;
- d) Ärztehonorare gemäß § 86.“

32. Der § 97 lautet:

„§ 97

Einsichts- und Untersuchungsrecht der Sozialversicherungsträger

(1) Den Sozialversicherungsträgern steht hinsichtlich jener Personen, für deren Anstaltsbehandlung sie aufzukommen haben, das Recht zu, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen und sie in der Krankenanstalt durch einen von ihnen beauftragten Arzt oder eine Ärztin untersuchen zu lassen.

(2) Der Sozialversicherungsträger hat den Termin und den Ort für die Einsichtnahme bzw. Untersuchung mit der Leitung des ärztlichen Dienstes zu vereinbaren; die die Abteilung leitende Person oder ein von ihr bestimmter Arzt oder eine Ärztin der Krankenanstalt sind bei der Einsichtnahme bzw. Untersuchung beizuziehen.“

33. Der § 98 lautet:

„§ 98

Beziehungen zwischen öffentlichen Krankenanstalten und Sozialversicherungsträgern

(1) Soweit die Beziehungen der Rechtsträger von öffentlichen Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern nicht bereits in diesem Gesetz festgelegt sind, sind sie nach Maßgabe der folgenden Absätze durch privatrechtlichen Vertrag zu regeln. Dies gilt insbesondere für das Ausmaß der von den Sozialversicherungsträgern an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren – unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe – und allfälligen Sondergebühren sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, sofern nicht § 99 Abs. 1 Anwendung findet.

(2) Der Vertrag ist zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt einerseits und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern andererseits abzuschließen. Er bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform.

(3) In dem Vertrag ist insbesondere die Höhe der zu zahlenden Pflege-(Sonder)gebühren, die Dauer, für die sie zu leisten sind, und der Zeitpunkt der Zahlung solcher Gebühren zu regeln. Die für öffentliche Krankenanstalten, die nicht von einer Gebietskörperschaft betrieben werden, vereinbarten Pflege- und Sondergebühren dürfen nicht niedriger sein als jene, die vom gleichen Sozialversicherungsträger an den Rechtsträger der nächstgelegenen öffentlichen, von einer Gebietskörperschaft betriebenen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind, geleistet werden. Die Gleichartigkeit oder annähernde Gleichwertigkeit der Einrichtungen solcher Krankenanstalten hat die Landesregierung mit Bescheid festzustellen. Die Verträge haben vorzusehen, dass die Versicherungsträger den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten die in der Abrechnung oder allfälligen Zwischenabrechnung ausgewiesenen Pflege-(Sonder)gebühren binnen sechs Wochen ab Erhalt zu bezahlen haben und dass nach Ablauf dieser Frist Verzugszinsen in der Höhe von 3 v.H. über dem jeweils geltenden Basiszinssatz gemäß Art. I § 1 Abs. 1 des 1. Euro-Justiz-Begleitgesetzes zu zahlen sind. Eine Krankenanstalt, an deren Rechtsträger eine Gebietskörperschaft mit mindestens 50 v.H. des Stamm-, Grund- oder Eigenkapitals beteiligt ist, gilt als Krankenanstalt, die von einer Gebietskörperschaft betrieben wird.

(4) Der Abschluss von Verträgen gemäß den Abs. 1 bis 3 bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht das Land ist. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn Vertragsbestimmungen gesetzwidrig oder mit den Grundsätzen einer geordneten Wirtschaftsführung und Gebarung der Krankenanstalt unvereinbar sind.

(5) Die Verträge sind innerhalb von drei Wochen nach Abschluss der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 4 gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage des Vertrages die Genehmigung schriftlich versagt.

(6) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt einerseits und dem in Betracht kommenden Sozialversicherungsträger oder dem Dachverband der Sozialversicherungsträger andererseits aus einem gemäß Abs. 1 bis 3 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet die Schiedskommission (§ 100). Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitparteien gestellt werden. In der Entscheidung ist auf einvernehmliche Regelungen in früheren Verträgen Bedacht zu nehmen, es sei denn, dass besondere und wichtige Gründe eine abweichende Regelung erfordern.“*)

*) Fassung LGBl.Nr. 24/2020

34. Der § 99 lautet:

„§ 99

Entscheidung über Streitigkeiten bei Vertragsabschluss

(1) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger nicht zustande kommt, entscheidet die Schiedskommission (§ 100) auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß § 98 Abs. 1 bis 3 zu regelnden Angelegenheiten. Das Gleiche gilt für den Fall, dass der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Dachverband zum Abschluss eines Vertrages aufgefordert haben, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Dachverband der Sozialversicherungsträger gestellt werden.

(2) Wenn ein Antrag nach Abs. 1 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(3) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührensätze nach Abs. 1 ist insbesondere auf die durch den Betrieb der Anstalt entstehenden Kosten, soweit sie bei der Ermittlung der Pflegegebühren zugrunde gelegt werden dürfen, sowie auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Anstaltsträgers und des Sozialversicherungsträgers Bedacht zu nehmen. Die Pflegegebührensätze dürfen hierbei 60 v.H. der nach § 84 Abs. 1 festgesetzten Pflegegebühren nicht unterschreiten. Die Entscheidung der Schiedskommission ersetzt eine vertragliche Vereinbarung. Eine Genehmigung der Landesregierung im Sinne des § 98 Abs. 4 ist nicht erforderlich.“*)

*) Fassung LGBl.Nr. 24/2020

35. Nach dem § 99 werden folgende §§ 100 bis 102 eingefügt:

„§ 100

Schiedskommission

Die Entscheidung von Streitigkeiten gemäß § 98 Abs. 6 und 99 Abs. 1 obliegt der Schiedskommission nach dem Landesgesundheitsfondsgesetz. Der § 53 des Landesgesundheitsfondsgesetzes gilt sinngemäß.

§ 101

Volle Kostenübernahme

Wenn ein Sozialversicherungsträger in einer öffentlichen Krankenanstalt einen Befund oder ein Gutachten gemäß § 6 Abs. 1 lit. b erstellen lässt, hat er die Pflegegebühren in voller Höhe zu entrichten.

§ 102

Beziehungen zwischen privaten

Krankenanstalten und Sozialversicherungsträgern

(1) Die Beziehungen der privaten Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen. Diese Verträge sind der Landesregierung binnen vier Wochen nach ihrem Abschluss zur Kenntnis zu bringen.

(2) Die mit den Rechtsträgern privater gemeinnütziger Krankenanstalten zu vereinbarenden Pflegeentgelte dürfen nicht niedriger sein als diejenigen, die vom gleichen Sozialversicherungsträger an den Rechtsträger der nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, geleistet werden.“

*) Fassung LGBl.Nr. 7/2006, 44/2013, 10/2015, 24/2020

39. Die bisherigen §§ 100 bis 107 werden als §§ 103 bis 111 bezeichnet und die bisherigen §§ 108 bis 109 entfallen.)*

*) Fassung LGBl.Nr. 27/2022

40. Der nunmehrige § 103 lautet:

„§ 103

Regionaler Strukturplan Gesundheit für Krankenanstalten

(1) Die Landesregierung hat für öffentliche und private gemeinnützige Krankenanstalten, mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in Krankenanstalten für Psychiatrie, einen RSG zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Krankenversorgung im Land mit Verordnung zu erlassen.

(2) Der RSG hat für jede Krankenanstalt und bei Krankenanstalten mit mehreren Standorten für jeden Standort unter Bedachtnahme auf die Art und Betriebsform der Krankenanstalt sowie den Standort insbesondere festzulegen:

- a) die medizinischen Fachbereiche, die angeboten werden dürfen, und die dafür vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten und bei Bedarf deren besondere Betriebsform;
- b) die höchstzulässige Gesamtbettenzahl sowie die höchstzulässige Bettenzahl je medizinischem Fachbereich;
- c) die höchstzulässige Bettenzahl in Intensiv- und Überwachungsbereichen;
- d) die Art und Anzahl der medizinischen Großgeräte;
- e) die Festlegung von medizinischen Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen;
- f) die höchstzulässige Gesamtbettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte.

Wenn in Krankenanstalten mit mehreren Standorten standortübergreifende Organisationseinheiten geführt werden, dann soll der RSG für diese Organisationseinheiten das jeweilige Leistungsspektrum je Standort festlegen.

(3) Der RSG ist mit anderen einschlägigen Planungen des Landes und des Bundes abzustimmen.

(4) Soweit die Verordnung auch Planungen für andere als den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten enthält, binden sie lediglich das Land als Träger von Privatrechten.“

*) Fassung LGBl.Nr. 10/2018

43. Im nunmehrigen § 105 Abs. 2 entfällt der letzte Satz.

44. Im nunmehrigen § 106 Abs. 2 entfällt der letzte Satz.

45. Im nunmehrigen § 107 Abs. 1 wird der Ausdruck „(§§ 100 bis 103)“ durch den Ausdruck „(§§ 103 bis 106)“ ersetzt.

46. Die bisherigen §§ 110 bis 113 werden als §§ 112 bis 114 bezeichnet.

*) Fassung LGBl.Nr. 67/2008, 7/2011, 8/2013, 27/2022

In Kraft seit 02.04.2022 bis 31.12.9999

© 2024 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at