

Bijlage I

Ambtenaar aan wie een tuchtstraf kan worden opgelegd

Ambtenaar aangewezen als bevoegde hiërarchische meerdere om een voorlopig voorstel uit te brengen

Niveau A

Managementfuncties — 1
Staffuncties — 1

De Voorzitter van het Directiecomité

Managementfuncties — 2
Staffuncties — 2

Het hoofd van de dienst waar de ambtenaar zijn functies uitoefent, titularis van tenminste een managementfunctie N-1 of een Staffunctie N-1.

Klassen A4 & A5
Klasse A3
Klassen A1 & A2

Al naargelang het geval, de Directeur-mandaathouder behorende tot de Directie van de ambtenaar op wie de tuchtstraf wordt uitgedrukt en bij gebrek de Directeur-generaal-mandaathouder behorende tot het Directoraat-generaal van de ambtenaar op wie de tuchtstraf wordt uitgedrukt; de afgevaardigd bestuurder van SELOR; de Stafdirecteur van de betrokken stafdienst; - bij gebrek, de hiërarchische meerdere onder wiens gezag de ambtenaar staat.

Niveaus B, C, D

de hiërarchische meerdere, tenminste titularis van een A3.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 28 november 2005.

De Minister van Ambtenarenzaken,
C. DUPONT

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

F. 2005 — 3624 [C - 2005/00760]

**7 AOUT 1987. — Loi coordonnée sur les hôpitaux
Traduction allemande**

Le texte qui suit constitue la version coordonnée officielle - au 9 juillet 2004 - en langue allemande de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987 portant coordination de la loi sur les hôpitaux (*Moniteur belge* du 7 octobre 1987), telle qu'elle a été modifiée successivement par :

- la loi-programme du 30 décembre 1988 (*Moniteur belge* du 5 janvier 1989);
- la loi-programme du 22 décembre 1989 (*Moniteur belge* du 30 décembre 1989);
- la loi du 20 juillet 1990 portant des dispositions sociales (*Moniteur belge* du 1^{er} août 1990);
- la loi du 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales (*Moniteur belge* du 9 janvier 1991);
- la loi du 21 mars 1991 portant réforme de certaines entreprises publiques économiques (*Moniteur belge* du 27 mars 1991);
- la loi du 20 juillet 1991 portant des dispositions sociales et diverses (*Moniteur belge* du 1^{er} août 1991);
- la loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses (*Moniteur belge* du 30 juin 1992);
- la loi du 5 août 1992 modifiant la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (*Moniteur belge* du 21 novembre 1992);
- la loi du 6 août 1993 portant des dispositions sociales et diverses (*Moniteur belge* du 9 août 1993);
- la loi du 30 mars 1994 portant des dispositions sociales (*Moniteur belge* du 31 mars 1994);
- la loi du 9 décembre 1994 modifiant la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (*Moniteur belge* du 30 mars 1995);
- la loi du 21 décembre 1994 portant des dispositions sociales et diverses (*Moniteur belge* du 23 décembre 1994);
- la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales (*Moniteur belge* du 30 avril 1996);
- l'arrêté royal du 16 avril 1997 portant des mesures en vue d'insérer une Section 3bis dans le Chapitre III du Titre IV contentant un article 139bis dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

N. 2005 — 3624 [C - 2005/00760]

**7 AUGUSTUS 1987. — Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen
Duitse vertaling**

De hierna volgende tekst is de officiële gecoördineerde Duitse versie - op 9 juli 2004 - van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd bij het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 houdende coördinatie van de wet op de ziekenhuizen (*Belgisch Staatsblad* van 7 oktober 1987), zoals ze achtereenvolgens werd gewijzigd bij :

- de programmawet van 30 december 1988 (*Belgisch Staatsblad* van 5 januari 1989);
- de programmawet van 22 december 1989 (*Belgisch Staatsblad* van 30 december 1989);
- de wet van 20 juli 1990 houdende sociale bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 1 augustus 1990);
- de wet van 29 december 1990 houdende sociale bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 9 januari 1991);
- de wet van 21 maart 1991 betreffende de hervorming van sommige economische overheidsbedrijven (*Belgisch Staatsblad* van 27 maart 1991);
- de wet van 20 juli 1991 houdende sociale en diverse bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 1 augustus 1991);
- de wet van 26 juni 1992 houdende sociale en diverse bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 30 juni 1992);
- de wet van 5 augustus 1992 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (*Belgisch Staatsblad* van 21 november 1992);
- de wet van 6 augustus 1993 houdende sociale en diverse bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 9 augustus 1993);
- de wet van 30 maart 1994 houdende sociale bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 31 maart 1994);
- de wet van 9 december 1994 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (*Belgisch Staatsblad* van 30 maart 1995);
- de wet van 21 december 1994 houdende sociale en diverse bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 23 december 1994);
- de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 30 april 1996);
- het koninklijk besluit van 16 april 1997 houdende maatregelen met het oog op het invoegen van een Afdeling 3bis in Hoofdstuk III van Titel IV bevattende een artikel 139bis in de wet op de ziekenhuizen,

application de l'article 13, 3°, de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions (*Moniteur belge* du 30 avril 1997);

— l'arrêté royal du 25 avril 1997 concernant la réorganisation des soins de santé en application de l'article 3, § 1^{er}, 4°, de la loi du 26 juillet 1996 visant à réaliser les conditions budgétaires de la participation de la Belgique à l'Union économique et monétaire européenne, et de l'article 12, 2° et 13, 1°, de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions (*Moniteur belge* du 30 avril 1997);

— la loi du 22 février 1998 portant des dispositions sociales (*Moniteur belge* du 3 mars 1998);

— la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales (*Moniteur belge* du 6 février 1999);

— la loi du 26 juin 2000 relative à l'introduction de l'euro dans la législation concernant les matières visées à l'article 78 de la Constitution (*Moniteur belge* du 29 juillet 2000);

— la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses (*Moniteur belge* du 31 août 2000);

— la loi du 2 janvier 2001 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses (*Moniteur belge* du 3 janvier 2001);

— la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé (*Moniteur belge* du 22 février 2002);

— la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (*Moniteur belge* du 26 septembre 2002);

— la loi du 22 août 2002 portant des mesures en matière de soins de santé (*Moniteur belge* du 10 septembre 2002);

— la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 (*Moniteur belge* du 31 décembre 2002);

— la loi-programme du 22 décembre 2003 (*Moniteur belge* du 31 décembre 2003);

— la loi-programme du 9 juillet 2004 (*Moniteur belge* du 15 juillet 2004).

Cette version coordonnée officielle en langue allemande a été établie par le Service central de traduction allemande auprès du Commissariat d'arrondissement adjoint à Malmédy.

gecoördineerd op 7 augustus 1987, met toepassing van artikel 13, 3°, van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels (*Belgisch Staatsblad* van 30 april 1997);

— het koninklijk besluit van 25 april 1997 tot reorganisatie van de gezondheidszorgen met toepassing van artikel 3, § 1, 4°, van de wet van 26 juli 1996 strekkende tot realisatie van budgettaire voorwaarden tot deelname van België aan de Europese Economische en Monetaire Unie, en artikel 12, 2° en 13, 1°, van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels (*Belgisch Staatsblad* van 30 april 1997);

— de wet van 22 februari 1998 houdende sociale bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 3 maart 1998);

— de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 6 februari 1999);

— de wet van 26 juni 2000 betreffende de invoering van de euro in de wetgeving die betrekking heeft op aangelegenheden als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet (*Belgisch Staatsblad* van 29 juli 2000);

— de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 31 augustus 2000);

— de wet van 2 januari 2001 houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 3 januari 2001);

— de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (*Belgisch Staatsblad* van 22 februari 2002);

— de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (*Belgisch Staatsblad* van 26 september 2002);

— de wet van 22 augustus 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (*Belgisch Staatsblad* van 10 september 2002);

— de programmawet (I) van 24 december 2002 (*Belgisch Staatsblad* van 31 december 2002);

— de programmawet van 22 december 2003 (*Belgisch Staatsblad* van 31 december 2003);

— de programmawet van 9 juli 2004 (*Belgisch Staatsblad* van 15 juli 2004).

Deze officiële gecoördineerde Duitse versie is opgemaakt door de Centrale Dienst voor Duitse vertaling bij het Adjunct-arrondissementscommissariaat in Malmédy.

ÜBERSETZUNG

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST INNERES

D. 2005 — 3624

[C — 2005/00760]

7. AUGUST 1987 — Koordiniertes Gesetz über die Krankenhäuser — Deutsche Übersetzung

Der folgende Text bildet die inoffizielle koordinierte deutsche Fassung - zum 9. Juli 2004 - des durch den Königlichen Erlass vom 7. August 1987 zur Koordinierung des Gesetzes über die Krankenhäuser koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser, so wie es nacheinander abgeändert worden ist durch:

- das Programmgesetz vom 30. Dezember 1988,
 - das Programmgesetz vom 22. Dezember 1989,
 - das Gesetz vom 20. Juli 1990 zur Festlegung sozialer Bestimmungen,
 - das Gesetz vom 29. Dezember 1990 zur Festlegung sozialer Bestimmungen,
 - das Gesetz vom 21. März 1991 zur Umstrukturierung bestimmter öffentlicher Wirtschaftsunternehmen,
 - das Gesetz vom 20. Juli 1991 zur Festlegung sozialer und sonstiger Bestimmungen,
 - das Gesetz vom 26. Juni 1992 zur Festlegung sozialer und sonstiger Bestimmungen,
 - das Gesetz vom 5. August 1992 zur Abänderung des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser,
 - das Gesetz vom 6. August 1993 zur Festlegung sozialer und sonstiger Bestimmungen,
 - das Gesetz vom 30. März 1994 zur Festlegung sozialer Bestimmungen,
 - das Gesetz vom 9. Dezember 1994 zur Abänderung des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser,
 - das Gesetz vom 21. Dezember 1994 zur Festlegung sozialer und sonstiger Bestimmungen,
 - das Gesetz vom 29. April 1996 zur Festlegung sozialer Bestimmungen,
 - den Königlichen Erlass vom 16. April 1997 zur Festlegung von Maßnahmen im Hinblick auf die Einfügung eines einen Artikel 139^{bis} umfassenden Abschnitts 3^{bis} in Titel IV Kapitel III des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser in Anwendung von Artikel 13 Nr. 3 des Gesetzes vom 26. Juli 1996 zur Modernisierung der sozialen Sicherheit und zur Sicherung der gesetzlichen Pensionsregelungen,
 - den Königlichen Erlass vom 25. April 1997 zur Reorganisation der Gesundheitspflege in Anwendung von Artikel 3 § 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. Juli 1996 zur Erfüllung der Haushaltskriterien für die Teilnahme Belgiens an der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion und der Artikel 12 Nr. 2 und 13 Nr. 1 des Gesetzes vom 26. Juli 1996 zur Modernisierung der sozialen Sicherheit und zur Sicherung der gesetzlichen Pensionsregelungen
- (offizielle deutsche Übersetzung: Belgisches Staatsblatt vom 18. Februar 2000),
- das Gesetz vom 22. Februar 1998 zur Festlegung sozialer Bestimmungen,
 - das Gesetz vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmungen,
 - das Gesetz vom 26. Juni 2000 über die Einführung des Euro in die Rechtsvorschriften in Bezug auf die in Artikel 78 der Verfassung erwähnten Angelegenheiten,

- das Gesetz vom 12. August 2000 zur Festlegung von sozialen, Haushalts- und sonstigen Bestimmungen,
- das Gesetz vom 2. Januar 2001 zur Festlegung von sozialen, Haushalts- und sonstigen Bestimmungen,
- das Gesetz vom 14. Januar 2002 zur Festlegung von Maßnahmen im Bereich Gesundheitspflege,
- das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten (offizielle deutsche Übersetzung: *Belgisches Staatsblatt* vom 19. November 2003),
- das Gesetz vom 22. August 2002 zur Festlegung von Maßnahmen in Bezug auf die Gesundheitspflege,
- das Programmgesetz (I) vom 24. Dezember 2002,
- das Programmgesetz vom 22. Dezember 2003,
- das Programmgesetz vom 9. Juli 2004.

Diese inoffizielle koordinierte deutsche Fassung ist von der Zentralen Dienststelle für Deutsche Übersetzungen beim Beigeordneten Bezirkskommissariat in Malmedy erstellt worden.

7. AUGUST 1987 — Koordiniertes Gesetz über die Krankenhäuser

TITEL I — Allgemeine Bestimmungen

KAPITEL I — Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen

Abschnitt 1 — Krankenhäuser

Artikel 1 - Das vorliegende koordinierte Gesetz ist auf alle Krankenhäuser anwendbar, unabhängig davon, [ob sie von einer juristischen Person des öffentlichen Rechts oder des privaten Rechts] verwaltet werden, mit Ausnahme des Ministeriums der Landesverteidigung.

[Art. 1 abgeändert durch Art. 50 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 2 - Für die Anwendung des vorliegenden koordinierten Gesetzes werden als Krankenhäuser die Gesundheitspflegeanstalten betrachtet, in denen jederzeit in einem multidisziplinären Umfeld unter angemessenen Pflegebedingungen und im erforderlichen und angemessenen medizinischen, medizinisch-technischen, heilhilfsberuflichen und logistischen Rahmen spezifische fachmedizinische Untersuchungen und/oder Behandlungen im Bereich der Medizin, der Chirurgie und gegebenenfalls der Geburtshilfe durchgeführt werden können an oder für [Patienten], die dort aufgenommen werden und sich dort aufhalten können, weil ihr Gesundheitszustand die Gesamtheit dieser Pflegeleistungen erfordert im Hinblick auf eine möglichst baldige Behandlung oder Linderung der Krankheit, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustands oder Stabilisierung der Schäden.

[Art. 2 abgeändert durch Art. 51 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 2 — Psychiatrische Krankenhäuser

Art. 3 - Für die Anwendung des vorliegenden koordinierten Gesetzes werden als psychiatrische Krankenhäuser die Krankenhäuser betrachtet, die ausschließlich für psychiatrische Patienten bestimmt sind.

Abschnitt 3 — Universitätskrankenhäuser

Art. 4 - [Für die Anwendung des vorliegenden koordinierten Gesetzes werden als Universitätskrankenhäuser, universitäre Krankenhausdienste, universitäre Krankenhausfunktionen oder universitäre Pflegeprogramme die Krankenhäuser, Krankenhausdienste, Krankenhausfunktionen oder Pflegeprogramme betrachtet, die angesichts ihrer eigenen Funktion im Bereich der Patientenpflege, des klinischen Unterrichts und der angewandten wissenschaftlichen Forschung, der Entwicklung neuer Technologien und der Evaluation der medizinischen Aktivität die vom König festgelegten Bedingungen erfüllen und von ihm auf Vorschlag der akademischen Behörden einer belgischen Universität, die über eine einen vollständigen Lehrplan anbietende medizinische Fakultät verfügt, als solche bestimmt werden.

In Anwendung von Absatz 1 kann pro belgische Universität, die über eine einen vollständigen Lehrplan anbietende medizinische Fakultät verfügt, nur ein Krankenhaus bestimmt werden.]

[Art. 4 ersetzt durch Art. 38 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 10. September 2002)]

Abschnitt 4 — Medizinisch-soziale Einrichtungen

Art. 5 - Für die Anwendung des vorliegenden koordinierten Gesetzes werden [...] Einrichtungen, die für die einfache Unterbringung von Betagten oder Kindern bestimmt sind, nicht als Krankenhäuser betrachtet.

Der König kann nach Stellungnahme des durch die Artikel 18 und 19 eingesetzten Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Zulassung, durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes ganz oder teilweise und mit eventuellen Anpassungen auf diese verschiedenen Einrichtungsarten ausdehnen.

[Art. 5 Abs. 1 abgeändert durch Art. 53 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 5 — [Plätze für begleitetes Wohnen und Durchgangsheime

[Abschnitt 5 mit Art. 6 ersetzt durch Art. 54 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989)]

Art. 6 - Die Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes können vom König nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Zulassung, auch ganz oder teilweise und mit eventuellen Anpassungen auf Initiativen des begleiteteten Wohnens und auf Durchgangsheime für psychiatrische Patienten [...] [und andere vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass bestimmte Gruppen] ausgedehnt werden.]

[Art. 6 abgeändert durch Art. 6 des G. vom 20. Juli 1990 (B.S. vom 1. August 1990) und Art. 174 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996)]

Abschnitt 6 — Kleine Krankenhäuser

Art. 7 - [Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass folgende Einrichtungen der Anwendung der Bestimmungen von Titel I Kapitel III und IV, Artikel 70 und Titel IV ganz oder teilweise entziehen:]

1. Krankenhäuser mit einer sehr begrenzten Anzahl Dienste und/oder Betten,

2. Krankenhäuser, in denen eine sehr begrenzte Anzahl Krankenhausärzte tätig sind.

Der König legt ähnliche spezifische Regeln für die im vorhergehenden Absatz erwähnten Krankenhäuser fest.

[Art. 7 Abs. 1 einleitende Bestimmung ersetzt durch Art. 125 des G. vom 29. Dezember 1990 (B.S. vom 9. Januar 1991)]

Abschnitt 7 — Andere Begriffsbestimmungen

Art. 8 - Für die Anwendung des vorliegenden koordinierten Gesetzes ist beziehungsweise sind zu verstehen unter:

1. Verwalter: das Organ, das laut Rechtsform des Krankenhauses mit der Verwaltung des Krankenhausbetriebs beauftragt ist,

2. Direktor: die Person(en), die vom Verwalter mit der allgemeinen Leitung des täglichen Betriebs des Krankenhauses beauftragt ist (sind),

3. Arzt: eine in Artikel 2 § 1 des Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Heilkunst, der Krankenpflege, der Heilhilfsberufe und über die medizinischen Kommissionen erwähnte Fachkraft der Heilkunde,

4. Krankenhausarzt: ein an ein Krankenhaus gebundener Arzt,

[5. Krankenpfleger: eine in Artikel 21bis § 1 des Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Heilkunst, der Krankenpflege, der Heilhilfsberufe und über die medizinischen Kommissionen erwähnte Fachkraft für Krankenpflege,

6. Krankenhauspfleger: ein an ein Krankenhaus gebundener Krankenpfleger,

[7. Pflegepersonal: alle Personalmitglieder, die nicht zu einer der im vorerwähnten Königlichen Erlass Nr. 78 vom 10. November 1967 erwähnten Kategorien von Berufsfachkräften gehören und dem Krankenpflegepersonal bei der Pflege der Patienten helfen,]

[8. Pflegehelfer: der in Artikel 21sexiesdecies des vorerwähnten Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 erwähnte und an das Krankenhaus gebundene Pflegehelfer.]

[Art. 8 einziger Absatz Nr. 5, 6 und 7 eingefügt durch Art. 126 des G. vom 29. Dezember 1990 (B.S. vom 9. Januar 1991); einziger Absatz Nr. 7 ersetzt und Nr. 8 eingefügt durch Art. 54 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 9 - Die auf Krankenhausärzte anwendbaren Bestimmungen der Artikel 13 bis 17 und von Titel IV sind ebenfalls anwendbar auf die in Artikel 3 Absatz 1 des Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 erwähnten Fachkräfte, die die Zahnheilkunde in einem Krankenhaus ausüben, und auch auf Apotheker oder Lizentiaten der chemischen Wissenschaft, die in einem Krankenhaus arbeiten und gemäß Artikel 5 § 2 des vorerwähnten Erlasses befugt sind, Analysen im Bereich der klinischen Biologie durchzuführen.

[Abschnitt 8: [Verbände zwischen Pflegeeinrichtungen und Diensten]

[Abschnitt 8 mit Art. 9bis eingefügt durch Art. 55 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989); Überschrift von Abschnitt 8 ersetzt durch Art. 175 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996)]

Art. 9bis - [Der König kann nach Anhörung des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, die Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes ganz oder teilweise und mit den notwendigen Anpassungen ausdehnen auf die Verbände in Pflegebereichen [oder anderen Bereichen], die Er näher bestimmt, zwischen Pflegeeinrichtungen und Diensten, die Er näher bestimmt.]

[Art. 9bis ersetzt durch Art. 176 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996) und abgeändert durch Art. 190 des G. vom 25. Januar 1999 (B.S. vom 6. Februar 1999)]

[Abschnitt 8bis — Pflegenetz und Pflegekreis

[Abschnitt 8bis mit Art. 9ter eingefügt durch Art. 191 des G. vom 25. Januar 1999 (B.S. vom 6. Februar 1999), für nichtig erklärt durch Entscheidung Nr. 108/2000 des Schiedshofes vom 31. Oktober 2000 (B.S. vom 21. November 2000) und wieder aufgenommen durch Art. 55 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 9ter - § 1 - Für die Anwendung des vorliegenden Gesetzes ist beziehungsweise sind zu verstehen unter:

1. Pflegeversorgungsnetz: alle Pflegeanbieter, Pflegebringer, Einrichtungen und Dienste, die von der Grundlagengesetzgebung her nicht in den Zuständigkeitsbereich der in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnten Behörden fallen und im Rahmen eines einrichtungsübergreifenden juristisch formalisierten Zusammenarbeitsabkommens für eine von ihnen festzulegende Zielgruppe von Patienten in einem von ihnen zu begründenden Gebiet gemeinsam einen oder mehrere Pflegekreise anbieten,

2. Pflegekreis: alle Pflegeprogramme und anderen Pflegeversorgungsmaßnahmen, die von der Grundlagengesetzgebung her nicht in den Zuständigkeitsbereich der in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnten Behörden fallen und über ein Pflegeversorgungsnetz organisiert werden, das die in Nr. 1 erwähnte Zielgruppe oder Unterzielgruppe nacheinander in Anspruch nehmen kann.

§ 2 - Der König kann nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, die Zielgruppen bestimmen, für die die Pflege über ein Pflegeversorgungsnetz angeboten wird. Gegebenenfalls kann Er die Kategorien Pflegeanbieter bestimmen, die am erwähnten Netz auf jeden Fall beteiligt sind.

§ 3 - Der König kann die Regeln für die Anwendung der Paragraphen 1 und 2 festlegen und die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes ganz oder teilweise und mit den erforderlichen Anpassungen auf die in § 1 erwähnten Netze, auf die zu ihnen gehörenden Pflegekreise und auf die Organe, aus denen sie sich zusammensetzen, ausdehnen.]

[Abschnitt 9 — Pflegeprogramme

[Abschnitt 9 mit früherem Artikel 9ter eingefügt durch Art. 9 des K.E. vom 25. April 1997 (B.S. vom 30. April 1997)]

[Art. 9quater] - § 1 - Der König bestimmt nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, die Liste der Pflegeprogramme, so wie sie von Ihm näher bestimmt werden und die von der Behörde, die aufgrund der Artikel 128, 130 oder 135 der Verfassung für die Politik im Bereich Volksgesundheit zuständig ist, zugelassen werden müssen.

§ 2 - Der König kann für jedes der in § 1 erwähnten Pflegeprogramme die für die Zulassung erforderlichen Merkmale bestimmen, insbesondere:

1. Zielgruppe,

2. Art und Inhalt der Pflege,

3. Mindestniveau der Aktivität,
4. erforderliche Infrastruktur,
5. erforderlichen medizinischen und nichtmedizinischen Personalbestand und erforderliche Fachkenntnisse,
6. Qualitätsnormen und Normen in Bezug auf die Qualitätskontrolle,
7. betriebswirtschaftliche Kriterien,
8. Kriterien in Bezug auf die geographische Zugänglichkeit.

§ 3 - Der König kann nach Anhörung des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, die Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes ganz oder teilweise und mit den notwendigen Anpassungen auf die in § 1 erwähnten Pflegeprogramme ausdehnen.]

[Früherer Artikel 9ter unnummeriert zu Art. 9quater durch Art. 192 des G. vom 25. Januar 1999 (B.S. vom 6. Februar 1999)]

[[Abschnitt 10] — An ein Krankenhaus gebundene Hebammen

[Früherer Abschnitt 9 mit früherem Art. 9quater eingefügt durch Art. 127 des G. vom 29. Dezember 1990 (B.S. vom 9. Januar 1991); früherer Abschnitt 9 unnummeriert zu Abschnitt 10 durch Art. 10 des K.E. vom 25. April 1997 (B.S. vom 30. April 1997)]

[Art. 9quinquies] - Die auf die Fachkräfte der Krankenpflege anwendbaren Bestimmungen der Artikel 17bis bis 17sexies sind ebenfalls anwendbar auf die in Artikel 2 § 2 des Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Heilkunst, der Krankenpflege, der Heilhilfsberufe und über die medizinischen Kommissionen erwähnten Hebammen, die an ein Krankenhaus gebunden sind.]

[Früherer Artikel 9quater unnummeriert zu Art. 9quinquies durch Art. 192 des G. vom 25. Januar 1999 (B.S. vom 6. Februar 1999)]

[Abschnitt 11 — Referenzzentren

[Abschnitt 11 mit Art. 9sexies eingefügt durch Art. 56 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 9sexies - § 1 - Der König kann nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, besondere Merkmale im Hinblick auf die Bestimmung von Referenzzentren unter den zugelassenen Diensten, Abteilungen, Funktionen, medizinischen und medizinisch-technischen Diensten und Pflegeprogrammen festlegen.

§ 2 - Der König kann nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, die Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes ganz oder teilweise und mit den notwendigen Anpassungen auf die in § 1 erwähnten Referenzzentren ausdehnen.]

KAPITEL II — Verwaltung von Krankenhäusern

Abschnitt 1 — Allgemeines

Art. 10 - Jedes Krankenhaus hat eine eigene Verwaltung.

Ab einem gemäß Art. 127 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002) vom König festzulegenden Datum lautet Art. 10 wie folgt:

« [Art. 10 - § 1 - Jedes Krankenhaus hat eine eigene Verwaltung.

§ 2 - Krankenhäuser werden gemäß den vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass festgelegten Bedingungen von einer juristischen Person betrieben, deren einziger satzungsgemäße Zweck die Betreibung eines oder mehrerer Krankenhäuser oder einer oder mehrerer Pflegeanstalten oder sozialmedizinischen Einrichtungen ist.

Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die im vorhergehenden Absatz erwähnten Pflegeanstalten näher bestimmen.

Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass Abweichungen von der in Absatz 1 erwähnten Bestimmung vorsehen.

§ 3 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Kategorien juristischer Personen bestimmen, die ein Krankenhaus betreiben dürfen.]

[Art. 10 ersetzt durch Art. 57 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]"

Abschnitt 2 — Der Verwalter

Art. 11 - § 1 - Die allgemeine und endgültige Verantwortung für die Krankenhausaktivität auf organisatorischer, betrieblicher und finanzieller Ebene obliegt dem Verwalter.

§ 2 - Der Verwalter legt die allgemeine Politik des Krankenhauses fest; er trifft die Verwaltungsentscheidungen unter Einhaltung der in Titel IV vorgesehenen Bestimmungen und Verfahren.

Abschnitt 3 — Der Direktor

Art. 12 - [Jedes Krankenhaus hat einen Direktor, der direkt und ausschließlich dem Verwalter gegenüber verantwortlich ist.

Der Direktor arbeitet eng mit dem Chefarzt, dem Leiter der Krankenpflegeabteilung, der heilhilfsberuflichen Dienste, der Verwaltungs- und Finanzdienste und der technischen Dienste und mit dem Krankenhausapotheker zusammen.]

[Art. 12 ersetzt durch Art. 128 des G. vom 29. Dezember 1990 (B.S. vom 9. Januar 1991)]

KAPITEL III — Strukturierung der medizinischen Aktivität

Art. 13 - In jedem Krankenhaus muss die medizinische Aktivität strukturiert sein.

Jedes Krankenhaus hat:

1. einen Chefarzt, der für den reibungslosen Betrieb der medizinischen Abteilung verantwortlich ist; er wird vom Verwalter ernannt und/oder bestimmt,
2. einen dienstleitenden Arzt für jeden der verschiedenen Dienste der medizinischen Abteilung; er wird vom Verwalter ernannt und/oder bestimmt,
3. einen Ärztstab, zu dem alle Ärzte des Krankenhauses gehören.

Der König legt die dem Chefarzt und den dienstleitenden Ärzten anzuvertrauenden Mindestaufgaben fest; diese Aufgaben betreffen die Organisation und Koordination der medizinischen Aktivität im Krankenhaus.

Die Funktion eines Chefarztes ist mit dem Vorsitz des Ärztirates unvereinbar.

Art. 14 - Die medizinische Aktivität muss so organisiert werden, dass sie integraler Bestandteil der Krankenhausaktivität ist, wobei als vereinbart gilt, dass das Krankenhaus so organisiert werden muss, dass die medizinische Aktivität sich unter optimalen Bedingungen entfalten kann.

Art. 15 - [§ 1] - Die medizinische Aktivität muss [sowohl intern wie extern] auf ihre Qualität geprüft werden; zu diesem Zweck muss unter anderem für jeden Patienten eine im Krankenhaus aufzubewahrende medizinische Akte geführt werden. [Außerdem muss eine krankenhausinterne Registrierung eingeführt werden. Auf der Grundlage dieser Registrierung muss, was die vom König bestimmten Dienste oder Funktionen betrifft, ein Bericht über die Qualität der medizinischen Aktivität verfasst werden.]

[§ 2] - Außerdem sind [pro Dienst oder Funktion, der beziehungsweise die vom König bestimmt wird,] die organisatorischen Strukturen zu schaffen, die eine systematische Prüfung der medizinischen Aktivität im Krankenhaus ermöglichen. [Der König bestimmt die Zusammensetzung und Arbeitsweise der vorerwähnten Strukturen, wobei als vereinbart gilt, dass in diesen Strukturen Ärzte sitzen müssen, die die betreffende Krankenhausaktivität ausüben.]

[§ 3] - Die in § 2 erwähnte Prüfung kann sich für die Gesamtheit eines Dienstes oder einer Funktion auf Kriterien in Sachen Infrastruktur, Personal und medizinische Praxis sowie auf die Resultate ihrer Anwendung beziehen.

§ 4 - Der König kann nähere Regeln für die Anwendung der Paragraphen 1, 2 und 3 des vorliegenden Artikels festlegen.]

[Art. 15 § 1 (früherer Absatz 1) nummeriert und abgeändert, § 2 (früherer Absatz 2) nummeriert und abgeändert und §§ 3 und 4 eingefügt durch Art. 143 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996)]

Art. 16 - Der Chefarzt ergreift [gemäß Regeln, die vom König näher bestimmt werden können,] die notwendigen Initiativen, um die Krankenhausärzte unter anderem durch eine effektive Arbeitsweise des Ärztstabs an der in Artikel 14 erwähnten integrierten Arbeitsweise des Krankenhauses und an der in Artikel 15 erwähnten Qualitätsprüfung sowie an allen sich daraus ergebenden Initiativen zur Wahrung oder Verbesserung der Qualität der medizinischen Aktivität zu beteiligen.

[Art. 16 abgeändert durch Art. 144 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996)]

Art. 17 - [§ 1] - Der König kann die allgemeinen Mindestbedingungen festlegen, die erfüllt sein müssen, um den durch die Artikel 13 bis 16 auferlegten Anforderungen gerecht zu werden.

[§ 2 - Vorbehaltlich einer in der in Artikel 125 Nr. 2 erwähnten Regelung vorgesehenen anders lautenden Bestimmung werden der Chefarzt und der dienstleitende Arzt für eine unbefristete Dauer ernannt oder bestimmt.]

[Art. 17 § 1 (früherer einziger Absatz) nummeriert und § 2 eingefügt durch Art. 106 des G. vom 22. Dezember 1989 (B.S. vom 30. Dezember 1989)]

[KAPITEL IV — Strukturierung der krankenpflegerischen Aktivität

[Kapitel IV mit den Artikeln 17bis bis 17octies eingefügt durch Art. 129 des G. vom 29. Dezember 1990 (B.S. vom 9. Januar 1991)]

Art. 17bis - In jedem Krankenhaus muss die krankenpflegerische Aktivität strukturiert sein.

Jedes Krankenhaus hat:

1. einen Chef der Krankenpflegeabteilung, der im Rahmen der Krankenpflegeabteilung für die Organisation und Koordination der Krankenpflege verantwortlich ist und unbeschadet der Bestimmung von Artikel 8 Nr. 2, was die Ausübung der Krankenpflege betrifft, die tägliche Leitung [der Krankenhauspfleger, der Pflegehelfer und des Pflegepersonals] der gesamten Einrichtung innehat. Der Chef der Krankenpflegeabteilung muss graduiertes Krankenpfleger oder Hebammen sein und wird nach Stellungnahme des Direktors und des Chefarztes vom Verwalter ernannt und/oder bestimmt,

2. dienstleitende Krankenpfleger, die dem Chef der Krankenpflegeabteilung beistehen. Die dem Chef der Krankenpflegeabteilung beistehenden dienstleitenden Krankenpfleger bilden zusammen den Zwischenkader. Die dienstleitenden Krankenpfleger sind verantwortlich für die krankenpflegerische Aktivität:

- a) entweder in mehreren Pflegeeinheiten,
- b) oder in einem oder mehreren medizinisch-technischen Diensten,
- c) oder in einem oder mehreren Bereichen der Krankenpflege innerhalb der Einrichtung,
- d) oder in einer oder mehreren der in den Buchstaben a), b) und c) erwähnten Funktionen.

Die dienstleitenden Krankenpfleger werden nach Stellungnahme des Direktors, des Chefs der Krankenpflegeabteilung und des Chefarztes vom Verwalter ernannt und/oder bestimmt,

3. einen Krankenpflegekader, zu dem alle Chefkrankenpfleger gehören, denen gegebenenfalls beigeordnete Chefkrankenpfleger beistehen. Die Chefkrankenpfleger werden nach Stellungnahme des Direktors, des Chefs der Krankenpflegeabteilung und des je nach Fall unter Buchstabe a), b) oder d) erwähnten dienstleitenden Krankenpflegers vom Verwalter ernannt und/oder bestimmt,

4. einen Krankenpflegerstab, zu dem alle Krankenhauspfleger und das Pflegepersonal gehören. Der König bestimmt die Mindestaufgaben, die dem Chef der Krankenpflegeabteilung, den dienstleitenden Krankenpflegern, den Chefkrankenpflegern, den beigeordneten Chefkrankenpflegern, den Krankenhauspflegern und dem Pflegepersonal anzuvertrauen sind. Der König kann ebenfalls die Modalitäten für die beruflichen Beziehungen zwischen diesen Personen festlegen. Die Mindestaufgaben beziehen sich auf Planung, Organisation, Koordination, Ausführung, Evaluation, Wahrung und Verbesserung der Qualität der krankenpflegerischen Betreuung und der Praxis des Pflegepersonals im Krankenhaus.

[Art. 17bis Abs. 2 Nr. 1 abgeändert durch Art. 58 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 17ter - § 1 - Die krankenpflegerische Aktivität muss so organisiert werden, dass sie integraler Bestandteil der Krankenhausaktivität ist, wobei als vereinbart gilt, dass das Krankenhaus so organisiert werden muss, dass die krankenpflegerische Aktivität sich unter optimalen Bedingungen entfalten kann.

§ 2 - Der Chef der Krankenpflegeabteilung arbeitet eng mit dem Chefarzt zusammen, um das in § 1 erwähnte Ziel zu erreichen.

Art. 17quater - [§ 1] - Die krankenpflegerische Aktivität muss [sowohl intern wie extern] auf ihre Qualität geprüft werden; zu diesem Zweck muss unter anderem unter der Verantwortung des Chefs der Krankenpflegeabteilung für jeden Patienten eine krankenpflegerische Akte geführt werden, die mit der medizinischen Akte eine einzige Patientenakte bildet und unter der Verantwortung des Chefarztes im Krankenhaus aufzubewahren ist. [Außerdem muss eine krankenhauserne Registrierung eingeführt werden. Auf der Grundlage dieser Registrierung muss, was die vom König bestimmten Dienste oder Funktionen betrifft, ein Bericht über die Qualität der krankenpflegerischen Aktivität verfasst werden.]

[§ 2] - Der König schafft [für die von ihm bestimmten Dienste oder Funktionen] die organisatorischen Strukturen, die eine systematische Prüfung der krankenpflegerischen Aktivität im Krankenhaus ermöglichen. [Der König bestimmt die Zusammensetzung und Arbeitsweise der vorerwähnten Strukturen, wobei als vereinbart gilt, dass in diesen Strukturen Krankenpfleger sitzen müssen, die die betreffende Krankenhausaktivität ausüben.]

[§ 3] - Die in § 2 erwähnte Prüfung kann sich für die Gesamtheit eines Dienstes oder einer Funktion auf Kriterien in Sachen Infrastruktur, Personal und krankenpflegerische Praxis sowie auf die Resultate ihrer Anwendung beziehen

§ 4 - Der König kann nähere Regeln für die Anwendung der Paragraphen 1, 2 und 3 des vorliegenden Artikels festlegen.]

[Art. 17quater § 1 (früherer Absatz 1) nummeriert und abgeändert, § 2 (früherer Absatz 2) nummeriert und abgeändert und §§ 3 und 4 eingefügt durch Art. 145 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996)]

Art. 17quinquies - Der Chef der Krankenpflegeabteilung ergreift [gemäß Regeln, die vom König näher bestimmt werden können,] die notwendigen Initiativen, um das Krankenhauspflegepersonal unter anderem durch eine effektive Arbeitsweise des Zwischenkaders, des Krankenpflegekaders und des Krankenpflegerstabs an der in Artikel 17ter erwähnten integrierten Arbeitsweise des Krankenhauses, an der in Artikel 17quater erwähnten Qualitätsprüfung und an allen sich daraus ergebenden Initiativen zur Wahrung oder Verbesserung der Qualität der krankenpflegerischen Aktivität zu beteiligen.

[Art. 17quinquies abgeändert durch Art. 146 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996)]

Art. 17sexies - Der König kann die allgemeinen Mindestbedingungen festlegen, die erfüllt sein müssen, um den durch die Artikel 17bis bis 17quinquies auferlegten Anforderungen gerecht zu werden.

Art. 17septies - Die Einhaltung der Artikel 17bis bis 17sexies ist eine Bedingung für die Zulassung von Krankenhäusern.

Art. 17octies - Die Erlasse zur Ausführung der Artikel 17bis bis 17sexies werden genommen, nachdem der Nationale Rat für das Krankenhauswesen, der Nationale Rat für Krankenpflege und der Hohe Rat für das Pflegewesen, Abteilungen "Geburtshilfe" und "Kinderpflege", jeder für seinen Bereich, ihre Stellungnahme abgegeben haben. [...]

[Art. 17octies abgeändert durch Art. 147 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996)]

KAPITEL V — Wahrung der Rechte des Patienten

[Kapitel V mit Art. 17novies eingefügt durch Art. 17 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 26. September 2002)]

Art. 17novies - Jedes Krankenhaus hält innerhalb seiner gesetzlichen Möglichkeiten die Bestimmungen des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten ein, was die medizinischen und pflegebezogenen Aspekte und andere berufsmäßige Pflegepraktiken in seinen Rechtsverhältnissen zum Patienten betrifft. Ferner achtet jedes Krankenhaus darauf, dass die Berufsfachkräfte, die dort nicht aufgrund eines Arbeitsvertrags oder einer statutarischen Ernennung beschäftigt sind, die Rechte des Patienten wahren.

Jedes Krankenhaus achtet darauf, dass alle Klagen im Zusammenhang mit der Einhaltung des vorhergehenden Absatzes zwecks Bearbeitung bei der in Artikel 70quater vorgesehenen Ombudsstelle eingereicht werden können.

Der Patient hat auf seinen Antrag hin das Recht, in Bezug auf die in Absatz 1 erwähnten Rechtsverhältnisse ausdrücklich und im Voraus die Informationen zu erhalten, die der König nach Stellungnahme der in Artikel 16 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten erwähnten Kommission bestimmt.

Das Krankenhaus ist für die Verstöße der dort beschäftigten Berufsfachkräfte in Bezug auf die Wahrung der in vorliegendem Gesetz bestimmten Rechte des Patienten verantwortlich, mit Ausnahme der Verstöße von Berufsfachkräften, für die die im vorhergehenden Absatz erwähnten Informationen ausdrücklich etwas anderes bestimmen.]

TITEL II — Nationaler Rat für das Krankenhauswesen

KAPITEL I — Einsetzung

Art. 18 - Beim Ministerium der Volksgesundheit wird ein Nationaler Rat für das Krankenhauswesen eingesetzt, der den Auftrag hat, eine Stellungnahme abzugeben zu jeglichem die Krankenhäuser betreffenden Problem, das infolge von Artikel 5 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen weiterhin in den nationalen Zuständigkeitsbereich fällt.

[Die Zuständigkeiten des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, wie erwähnt im vorliegenden Gesetz, werden unter Vorbehalt der Anwendung der Artikel 154 und 154ter des Gesetzes vom 29. April 1996 zur Festlegung sozialer Bestimmungen ausgeübt.]

[Art. 18 Abs. 2 eingefügt durch Art. 39 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 10. September 2002)]

KAPITEL II — Abteilungen Programmierung, Zulassung und Finanzierung

Art. 19 - Der Rat setzt sich aus drei Abteilungen zusammen:

a) einer Abteilung Programmierung, die den Auftrag hat, außer den in den Artikeln 22, 23, 25, 27, 28, 39, 40, 45 und 108 vorgesehenen Stellungnahmen eine Stellungnahme abzugeben zu jeglichem Problem in Sachen Programmierung der Krankenhäuser und in Sachen Anwendung der Programmierung der Krankenhäuser, für das die nationale Behörde Entscheidungsbefugnis hat,

b) einer Abteilung Zulassung, die den Auftrag hat, außer den in den Artikeln 5, 6, 38, 43 und 68 vorgesehenen Stellungnahmen eine Stellungnahme abzugeben zu jeglichem Problem in Sachen Arbeitsweise der Krankenhäuser und in Sachen Zulassung oder Schließung der Krankenhäuser, für das die nationale Behörde Entscheidungsbefugnis hat,

c) einer Abteilung Finanzierung, die den Auftrag hat, außer den in den Artikeln 46, 79, 88, 93, 94, 97, 98, 99 und 103 vorgesehenen Stellungnahmen eine Stellungnahme abzugeben zu jeglichem Problem, das sich im Rahmen des vorliegenden koordinierten Gesetzes in Bezug auf die Finanzierung der Krankenhäuser stellt. [Die Abteilung Finanzierung gibt Stellungnahmen zu den kostenbildenden Elementen der Pflegeprogramme ab.]

[Der König kann die Abteilung Zulassung und die Abteilung Programmierung zu einer Abteilung Zulassung und Programmierung zusammenfügen. Diese neue Abteilung übernimmt in diesem Fall die Aufträge der Abteilung Zulassung und der Abteilung Programmierung.]

[Art. 19 Abs. 1 Buchstabe c) ergänzt durch Art. 11 des K.E. vom 25. April 1997 (B. S. vom 30. April 1997); Abs. 2 eingefügt durch Art. 56 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989)]

KAPITEL III — Zusammensetzung

Art. 20 - Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Zusammensetzung des Rates und der Abteilungen. Die Zusammensetzung des Rates und der Abteilungen erfolgt so, dass Mitglieder ernannt werden, die entweder mit den Aufträgen der Abteilungen besonders vertraut oder an der Verwaltung der Krankenhäuser beteiligt oder von der medizinischen oder krankenpflegerischen Aktivität des Krankenhauses betroffen sind oder aber einem Versicherungsträger im Rahmen der Rechtsvorschriften über die Kranken- und Invalidenversicherung angehören. Als Mitglieder können auch Beamte der betroffenen Ministerien oder öffentlichen Dienste sowie Vertreter des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung bestimmt werden.

Wenn die Gemeinschaften eigene Begutachtungsorgane im Hinblick auf die Anwendung der Programmierung und Zulassung der Krankenhäuser eingesetzt haben, werden Mitglieder dieser Gemeinschaftsorgane nach Konzertierung mit den Gemeinschaftsexekutiven als zu ernennende Mitglieder für die betreffende Abteilung des Rates bestimmt.

Der König ernennt die Mitglieder.

KAPITEL IV — Vorsitz und Arbeitsweise

Art. 21 - Der vom König ernannte Ratspräsident führt den Vorsitz des Rates und des Präsidiums. Der Vorsitz einer jeden Abteilung wird von einem vom König ernannten Abteilungspräsidenten geführt; in jeder Abteilung können ein oder mehrere Vizepräsidenten vom König ernannt werden. Der Ratspräsident und die Präsidenten und Vizepräsidenten der Abteilungen bilden das Ratspräsidium.

Das Präsidium organisiert die Tätigkeit des Rates.

Das Präsidium untersucht die Begutachtungsanträge und leitet sie an die betroffene(n) Abteilung(en) weiter.

Das Präsidium koordiniert die Stellungnahmen der Abteilungen und leitet sie an den für die Volksgesundheit zuständigen Minister weiter.

Das Sekretariat des Rates, der Abteilungen und des Präsidiums wird von einem Generalbeamten wahrgenommen, der von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt wird.

Der König legt die anderen Regeln der Arbeitsweise des Rates fest und bestimmt die Fristen, binnen denen die beantragten Stellungnahmen abgegeben werden müssen.

KAPITEL V — Auftrag der Abteilung Programmierung

Art. 22 - Der Nationale Rat für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung, hat den Auftrag:

1. Stellungnahmen über die Festlegung der nationalen Kriterien, von denen in den Artikeln 23 und 24 die Rede ist, abzugeben,

2. dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister auf dessen Antrag oder auf eigene Initiative hin alle von ihm als notwendig erachteten Vorschläge oder Empfehlungen in Sachen der Krankenhausinfrastruktur und -ausrüstung zu unterbreiten,

3. Stellungnahmen zu jeglichem Problem in Bezug auf die Anwendung der Programmierung der Krankenhäuser, für die die nationale Behörde Entscheidungsbefugnis hat, abzugeben und unter anderem:

a) dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister auf dessen Antrag oder auf eigene Initiative hin eine Stellungnahme abzugeben zu den Prioritäten, die für die Anwendung der in den Artikeln 23 und 24 erwähnten Kriterien eingehalten werden müssen,

b) dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister auf dessen Antrag oder auf eigene Initiative hin alle von der Abteilung für notwendig erachteten Vorschläge oder Empfehlungen zu unterbreiten in Sachen Entwicklung der Krankenhausinfrastruktur und -ausrüstungen dieser Krankenhäuser,

c) dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister eine Stellungnahme abzugeben zu jeder Initiative, für die gemäß Artikel 26 überprüft werden muss, ob ihre Verwirklichung sich in den Rahmen des Krankenhausprogramms einfügt,

d) dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister Stellungnahmen abzugeben über die Anwendung der in Artikel 45 erwähnten Herabsetzung der Anzahl Krankenhausbetten.

TITEL III — Programmierung, Finanzierung und Zulassung von Krankenhäusern

KAPITEL I — Programmierung

Abschnitt 1 — Programmierungskriterien

Unterabschnitt 1 — [Krankenhäuser, Krankenhausdienste, Krankenhausgruppierungen, Krankenhausabteilungen, Krankenhausfunktionen und Betten]

[Überschrift von Unterabschnitt 1 ersetzt durch Art. 57 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989)]

Art. 23 - Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass und nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung, die Kriterien fest, die für die Programmierung der verschiedenen Arten von Krankenhäusern, Krankenhausdiensten, [Krankenhausabteilungen, Krankenhausfunktionen] und Krankenhausgruppierungen anwendbar sind, insbesondere im Hinblick auf ihre Spezialisierung, ihre Kapazität, ihre Ausrüstung und die Koordination ihrer Anlagen und Tätigkeiten, unter Berücksichtigung der allgemeinen und spezifischen Bedürfnisse der zu versorgenden Bevölkerung und der Anforderungen einer gesunden Verwaltung sowie unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Entwicklung der Gesundheitseinrichtungen die, ohne direkt zum Krankenhaussektor zu gehören, einen Einfluss auf diese Programmierungskriterien haben können.

Die Krankenhausprogrammierung zielt ebenfalls auf eine gerechte Aufteilung der Betten zwischen den verschiedenen von den Organisationsträgern vertretenen Sektoren ab.

[Art. 23 Abs. 1 abgeändert durch Art. 58 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989)]

Art. 24 - Die Kriterien, von denen in Artikel 23 die Rede ist, sind pauschale mathematische Regeln oder Formeln, die den Bedarf messen sollen, insbesondere unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahlen, der Altersstruktur, der Morbidität, der geographischen Aufteilung und der in Artikel 23 Absatz 2 erwähnten gerechten Aufteilung. Diese Kriterien sind auf dem gesamten Staatsgebiet anwendbar.

Unterabschnitt 2 — Anzahl Betten in Universitätskrankenhäusern

Art. 25 - Bis der König nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung, die Kriterien für die Programmierung der Universitätskrankenhäuser festgelegt hat, darf die auf Vorschlag der akademischen Behörde einer bestimmten Universität festgelegte Anzahl Betten in Universitätskrankenhäusern nicht über der am 1. Januar 1976 zugelassenen Anzahl Betten liegen, die eventuell nach Stellungnahme des vorerwähnten Rates durch einen im Ministerrat beratenen Erlass erhöht worden ist.

Abschnitt 2 — Arbeiten

Unterabschnitt 1 — Erlaubnis

Art. 26 - Es ist verboten, ein Krankenhaus oder einen Krankenhausdienst zu bauen, zu erweitern, umzugestalten, zu ersetzen oder seine Zweckbestimmung zu verändern, wenn diese Arbeiten nicht im Rahmen des Krankenhausprogramms erfolgen.

Die Inbetriebnahme neuer Krankenhausbetten als Ersatz für bestehende Betten führt automatisch zur Streichung der Betten, deren Ersatz bezweckt war.

Das in Absatz 1 erwähnte Verbot gilt ebenfalls für Instandsetzungsarbeiten, die in keinem Krankenhausdienst zu einem Anstieg der Anzahl Krankenhausbetten führen. Der König kann jedoch bestimmen, in welchen Fällen und unter welchen Bedingungen dieses Verbot auf solche Instandsetzungsarbeiten nicht anwendbar ist.

Der Beschluss, aus dem hervorgeht, dass ein Projekt im Rahmen des Krankenhausprogramms erfolgt, wird "Erlaubnis" genannt. Der König kann bestimmen, wie lange die Erlaubnis Rechtsgültigkeit hat.

Unterabschnitt 2 — Verfahren

Art. 27 - Jeder Beschluss, durch den verweigert wird, dass ein Krankenhaus oder ein Dienst oder deren Bau, Erweiterung oder Umgestaltung oder die in Artikel 26 Absatz 1 erwähnten Arbeiten als ein Projekt angesehen werden, das im Rahmen des vorerwähnten Programms erfolgt, muss mit Gründen versehen werden.

[...]

[Art. 27 Abs. 2 und 3 aufgehoben durch Art. 59 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Unterabschnitt 3 — Übergangsmaßnahmen

Art. 28 - Übergangsmaßnahmen:

1. Die Bestimmungen von Artikel 26 Absatz 1 betreffen weder die Fortsetzung von am 29. September 1973 bereits begonnenen Arbeiten noch die Verwirklichung von Projekten, für die der für die Volksgesundheit zuständige Minister bereits vor dem Veröffentlichungsdatum des in Artikel 23 erwähnten Erlasses ein grundsätzliches Einverständnis gegeben hat.

Bis zu einem vom König festzulegenden Datum ist es ohne das vorherige Einverständnis [der in den Artikeln 128, 130 und 135 der Verfassung erwähnten Behörde] verboten, Arbeiten im Hinblick auf die Erweiterung, die Instandsetzung und die Umgestaltung eines bestehenden Krankenhauses oder den Bau eines neuen Krankenhauses in Angriff zu nehmen.

Vorerwähntes Verbot in Bezug auf die Instandsetzung gilt nicht, wenn sie in keinem der Pflegedienste zu einem Anstieg der Anzahl Betten führt.

Bis zu einem vom König festzulegenden Datum ist es verboten, ohne das vorherige Einverständnis [der in den Artikeln 128, 130 und 135 der Verfassung erwähnten Behörde] Neubauarbeiten im Hinblick auf den Ersatz bestehender Betten in Angriff zu nehmen.

2. Es wird davon ausgegangen, dass vor dem 29. September 1973 bestehende Einrichtungen und Einrichtungen, die gemäß den Bestimmungen von Nr. 1 des vorliegenden Artikels errichtet werden, von Amts wegen in dem in Artikel 23 erwähnten Programm integriert sind.

[Art. 28 einziger Absatz Nr. 1 Abs. 2 und 4 abgeändert durch Art. 60 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 3 — Genehmigung zur Inbetriebnahme und Betriebsgenehmigung

Unterabschnitt 1 — Sondergenehmigung für allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser

Art. 29 - § 1 - Bis zu einem vom König festzulegenden Datum ist es verboten, ohne vorherige Sondergenehmigung Krankenhausdienste in Betrieb zu nehmen und zu betreiben.

§ 2 - Diese Genehmigung darf nicht ausgestellt werden, wenn die Inbetriebnahme und das Betreiben der Krankenhausdienste zu einer Überschreitung der am 1. Juli 1982 bestehenden Anzahl zugelassener Betten führt, was die allgemeinen Krankenhäuser betrifft, oder zu einer Überschreitung der vor dem 1. Juli 1986 programmatisch gewährten und bestehenden Anzahl Betten, was die psychiatrischen Krankenhäuser betrifft.

Art. 30 - Für die Anwendung der Artikel 87, 88, 93 bis 98, 100 bis 104 und 106 hat die Genehmigung zur Inbetriebnahme nur dann Wirkung, wenn der Organisationsträger beweist, dass die in Betrieb genommenen Betten bestehende Betten ersetzen oder mit einer Herabsetzung der vorher bestehenden Anzahl Betten einhergehen.

Art. 31 - Wenn die betreffenden Betten im Vergleich zu der vorherigen Kapazität des Krankenhauses eine Erweiterung bedeuten, kann die in Artikel 30 vorgesehene Bedingung dennoch erfüllt werden, wenn der Organisationsträger den Beweis erbringt, dass die Inbetriebnahme dieser Betten mit einer Verringerung um eine mindestens gleiche Anzahl Betten in einem anderen Krankenhaus einhergeht, oder wenn der Organisationsträger den Beweis erbringt, dass die Ausstellung der Genehmigung zur Inbetriebnahme mit dem Einverständnis des nationalen für die Volksgesundheit zuständigen Ministers zusammengeht, die in der Genehmigung erwähnten hinzukommenden Betten für die Anwendung der Artikel 87, 88, 93 bis 98, 100 bis 104 und 106 in Betracht zu ziehen.

Art. 32 - [Für die Anwendung der Artikel 29, 30 und 31 kann der König pro Art Krankenhausdienst Regeln festlegen in Bezug auf die Anzahl abgebauter Betten, die im Hinblick auf eine mögliche Erhöhung der Bettenzahl in anderen Arten von Krankenhausdiensten oder anderen Krankenhäusern in Betracht gezogen werden können.

Der König kann auch Regeln in Bezug auf die Anzahl zusätzlicher Betten festlegen, die in den von Ihm bestimmten Arten von Krankenhausdiensten zugelassen und in Betrieb genommen werden können.]

[Art. 32 ersetzt durch Art. 61 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

[Art. 32bis - Der König kann bestimmen, unter welchen Bedingungen die Artikel 29, 30, 31 und 32 nicht auf Tageskrankenhausaufenthalte anwendbar sind.]

[Art. 32bis eingefügt durch Art. 59 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989)]

Unterabschnitt 2 — Sondergenehmigung für Plätze für begleitetes Wohnen [und in Durchgangsheimen]
[Überschrift von Unterabschnitt 2 ergänzt durch Art. 60 Nr. 1 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989)]

Art. 33 - Bis zu einem vom König festzulegenden Datum ist es verboten, in Artikel 6 erwähnte Plätze für begleitetes Wohnen [und in Durchgangsheimen] ohne Sondergenehmigung in Betrieb zu nehmen.

[Art. 33 abgeändert durch Art. 60 Nr. 2 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989)]

Art. 34 - Der König bestimmt die maximale Anzahl Plätze für begleitetes Wohnen [und in Durchgangsheimen], die in Betrieb genommen werden dürfen [...].

[Art. 34 abgeändert durch Art. 60 Nr. 2 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989) und Art. 107 des G. vom 22. Dezember 1989 (B.S. vom 30. Dezember 1989)]

Art. 35 - Die Genehmigung kann nur dann ausgestellt werden, wenn die Inbetriebnahme mit einer durch Königlichen Erlass näher zu bestimmenden gleichwertigen Herabsetzung [der Anzahl Betten] in [...] Krankenhäusern einhergeht.

[Art. 35 abgeändert durch Art. 108 des G. vom 22. Dezember 1989 (B.S. vom 30. Dezember 1989) und Art. 177 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996)]

Art. 36 - Der König kann die Modalitäten für die Anwendung der Artikel 33 bis 35 näher bestimmen.

Abschnitt 4 — Aufwendige Apparatur und [medizinische und medizinisch-technische Dienste]
[Überschrift von Abschnitt 4 ergänzt durch Art. 43 Nr. 1 des G. vom 30. März 1994 (B.S. vom 31. März 1994)]

Unterabschnitt 1 — Aufwendige medizinische Apparate

Art. 37 - Aufwendige medizinische Apparate sind Untersuchungs- oder Behandlungsapparate und -ausrüstungen, die entweder aufgrund ihres Kaufpreises oder ihrer Bedienung durch hochqualifiziertes Personal kostspielig sind.

Art. 38 - Der König legt [nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Zulassung,] die Liste der Apparate und Ausrüstungen fest, die gemäß der vorerwähnten Begriffsbestimmung als aufwendige medizinische Apparatur betrachtet werden müssen.

[Art. 38 abgeändert durch Art. 124 des G. vom 12. August 2000 (B.S. vom 31. August 2000)]

Art. 39 - [Die in Artikel 46 erwähnte Beteiligung an der Finanzierung der Investitionskosten für aufwendige medizinische Apparatur] wird nur unter der Bedingung gewährt, dass die Installierung besagter Apparatur sich in den Rahmen eines Programms einfügt, das vom König auf der Grundlage der von Ihm festgelegten Kriterien nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung, erstellt wird.

[Art. 39 abgeändert durch Art. 62 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 40 - [Die in Anwendung von Artikel 38 vom König als aufwendige medizinische Apparatur bezeichneten Apparate und Ausrüstungen dürfen ohne vorherige Genehmigung der in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnten Behörde weder installiert noch betrieben werden. Diese Genehmigung ist selbst dann erforderlich, wenn der Initiator die in Artikel 46 erwähnte Beteiligung nicht beansprucht und sogar dann, wenn die Investition außerhalb eines Krankenhauses oder einer medizinisch-sozialen Einrichtung getätigt wird.]

[Art. 40 ersetzt durch Art. 63 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

[Art. 40bis - [...]]

[Art. 40bis eingefügt durch Art. 28 des G. vom 21. Dezember 1994 (B.S. vom 23. Dezember 1994) und aufgehoben durch Art. 64 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 41 - [Der König kann pro Apparat, der auf der in Artikel 38 erwähnten Liste der aufwendigen medizinischen Apparatur steht, nähere Regeln in Bezug auf die maximale Anzahl Apparate festlegen, die in Betrieb genommen und betrieben werden dürfen.

Unbeschadet des Absatzes 1 kann Er die in Artikel 40 erwähnte Genehmigung sowie die Inbetriebnahme und Betreuung den von Ihm festgelegten Programmierungskriterien unterwerfen oder die von Ihm festgelegte maximale Anzahl auf sie anwenden.

Er kann das Datum festlegen, ab dem die Betreuung jeglicher aufwendigen medizinischen Apparatur, die sich nicht in den Rahmen der in Absatz 1 erwähnten maximalen Anzahl Apparate oder der in Absatz 2 erwähnten Programmierung einfügt, verboten ist.]

[Art. 41 ersetzt durch Art. 65 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 42 - Im Hinblick auf eine effiziente Anwendung der Programmierung der aufwendigen medizinischen Apparatur können auf dem Markt befindliche Untersuchungs- oder Behandlungsapparate und -ausrüstungen unter den vom König festgelegten Bedingungen und nach den vom König bestimmten Modalitäten einer Registrierung bei dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister unterworfen werden.

Unterabschnitt 2 — Labors für klinische Biologie

Art. 43 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass und nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Zulassung, Labors für klinische Biologie mit aufwendiger medizinischer Apparatur gleichsetzen und sie ganz oder teilweise den durch die Artikel 38 bis 40 und 53 bis 55 bestimmten Regeln unterwerfen.

Unterabschnitt 3 — [Medizinische Dienste und medizinisch-technische Dienste]

[Überschrift von Unterabschnitt 3 ersetzt durch Art. 43 Nr. 1 des G. vom 30. März 1994 (B.S. vom 31. März 1994)]

Art. 44 - Der König kann nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen die in den Artikeln 39 bis 42 [und 46] erwähnten Regeln in Bezug auf aufwendige medizinische Apparatur ganz oder teilweise und mit den eventuell notwendigen Anpassungen auf [medizinische und medizinisch-technische Dienste] ausdehnen, ob diese Dienste im Rahmen eines Krankenhauses geschaffen worden sind oder nicht.

[...]

Nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen legt der König die Normen fest, denen die Dienste genügen müssen, um als [medizinische und medizinisch-technische Dienste] zugelassen zu werden.

[Art. 44 Abs. 1 abgeändert, früherer Absatz 2 aufgehoben und neuer Absatz 2 (früherer Absatz 3) abgeändert durch Art. 43 des G. vom 30. März 1994 (B.S. vom 31. März 1994); Abs. 1 abgeändert durch Art. 66 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 44bis - Die Anzahl Herzkatheterismus-Dienste für invasive Untersuchungen, die Anzahl Herzkatheterismus-Dienste für operative Kardiologie, die Anzahl Dienste für chronische Hämodialyse im Krankenhaus und die Anzahl Dienste für kollektive Selbstdialyse werden auf die Anzahl Dienste beschränkt, die am Datum der Veröffentlichung des Gesetzes vom 21. Dezember 1994 zur Festlegung sozialer und sonstiger Bestimmungen im Belgischen Staatsblatt gemäß den diesbezüglich geltenden Zulassungsnormen zugelassen waren.

Um der wissenschaftlichen und technologischen Entwicklung in diesem Bereich Rechnung zu tragen, kann der König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Bedingungen und Modalitäten definieren, unter beziehungsweise nach denen von der in Absatz 1 erwähnten Blockierung abgewichen werden kann.]

[Art. 44bis eingefügt durch Art. 29 des G. vom 21. Dezember 1994 (B.S. vom 23. Dezember 1994)]

Art. 44ter - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass pro Art Dienst, die nicht in Artikel 44bis erwähnt ist, nähere Regeln in Bezug auf die maximale Anzahl Dienste, die in Betrieb genommen werden dürfen, [oder Programmierungskriterien] festlegen.]

[Art. 44ter eingefügt durch Art. 29 des G. vom 21. Dezember 1994 (B.S. vom 23. Dezember 1994) und abgeändert durch Art. 67 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 5 — Streichung bestehender Betten

Art. 45 - Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass, nachdem Er den Nationalen Rat für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung, angehört hat, die Regeln und Modalitäten für die Streichung bestehender Betten, die den Programmierungskriterien zufolge überzählig sind.

[Abschnitt 6 — Bedarf pro Einzugsgebiet

[Abschnitt 6 mit Art. 45bis eingefügt durch Art. 193 des G. vom 25. Januar 1999 (B.S. vom 6. Februar 1999)]

Art. 45bis - Krankenhäuser, die für die vom König zu bestimmenden Dienste, Funktionen, Abteilungen, medizinischen oder medizinisch-technischen Dienste oder Pflegeprogramme in die Programmierung aufgenommen werden möchten oder eine Zulassung oder die Verlängerung einer Zulassung wünschen, müssen einen mit Gründen versehenen Antrag einreichen, in dem der Bedarf an betreffender Tätigkeit im Einzugsgebiet nachgewiesen wird; der König kann dieses Einzugsgebiet pro Art der Tätigkeit näher bestimmen.

Vorerwählter Antrag besteht aus einem Bericht über die Situation innerhalb des betreffenden Einzugsgebiets und aus einem Mehrjahresplan, in dem die Aktionen beschrieben werden, die im Hinblick auf die Deckung des festgestellten Bedarfs durchzuführen sind.]

KAPITEL II — Finanzierung der Investitionen

Abschnitt 1 — Subventionen

Art. 46 - Insofern der antragstellende Bauherr eine untergeordnete Verwaltung, eine Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht, eine gemeinnützige Einrichtung oder eine durch das Gesetz vom 12. August 1911 zur Gewährung der Rechtspersönlichkeit an die Universitäten von Brüssel und Löwen, abgeändert durch das Gesetz vom 28. Mai 1970, geregelte Einrichtung oder eine durch das Gesetz vom 7. April 1971 zur Schaffung der Einrichtung "Universitaire Instelling Antwerpen" und zur Festlegung ihrer Arbeitsweise geregelte Einrichtung ist, beteiligt sich [die in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnte Behörde] durch Subventionen an den Kosten für den Bau und die Instandsetzung eines Krankenhauses oder eines Dienstes sowie an den Kosten für die Erstausrüstung und den ersten Erwerb von Apparaten, unter der Bedingung, dass die Schaffung, der Erhalt oder die Umgestaltung dieses Krankenhauses oder dieses Dienstes im Rahmen des in Artikel 23 erwähnten Programms erfolgen.

[Die in Absatz 1 erwähnte Behörde kann sich ebenfalls an der Finanzierung der Investitionskosten für aufwendige medizinische Apparatur beteiligen.]

Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass und nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Finanzierung, die Normen für die Berechnung dieser Subventionen sowie die Bedingungen und Modalitäten für ihre Gewährung fest.

[Art. 46 Abs. 1 abgeändert und neuer Absatz 2 eingefügt durch Art. 68 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 46bis - Die [in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnte] Behörde muss für alle Arbeiten, für die die in Artikel 46 erwähnte Beteiligung gewährt wird, einen Zeitplan für die Durchführung der Arbeiten billigen.

Die im vorhergehenden Absatz erwähnte Regel gilt für alle Arbeiten, sofern die in Artikel 26 erwähnte Erlaubnis nach dem 31. Dezember 1986 ausgestellt wurde und sofern die vorerwählte Behörde nach dem 15. September 1988 den Auftragnehmer der Arbeiten und Lieferungen bestimmt hat und für die notwendigen Haushaltsmittelbeträge eine Verpflichtung eingegangen ist.

Der König bestimmt nach Konzertierung mit den [in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnten Behörden] allgemeine Kriterien für die Festlegung und die Billigung des in Absatz 1 erwähnten Zeitplans.]

[Art. 46bis eingefügt durch Art. 61 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989); Abs. 1 und 3 abgeändert durch Art. 69 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 2 — Entschädigung

Art. 47 - [Vom Staat] kann eine Kostenentschädigung gewährt werden für Projektstudien und die Ausarbeitung von Bauprojekten, für die bereits ein grundsätzliches Einverständnis gegeben worden ist, unter der Bedingung, dass von ihrer Ausführung ganz oder teilweise abgesehen wird.

[Vom Staat] kann auch eine Entschädigung gewährt werden für Kosten, die entstehen, weil ein Krankenhaus oder ein Krankendienst geschlossen oder nicht in Betrieb genommen wird [oder weil aufwendige medizinische Apparatur nicht in Betrieb genommen oder ihr Betrieb eingestellt wird.]

[Die in Absatz 2 erwähnte Entschädigung kann nicht gewährt werden, wenn Dienste ohne die erforderliche Zulassung geschaffen und/oder betrieben worden sind oder wenn aufwendige medizinische Apparatur ohne die erforderliche Genehmigung installiert und/oder betrieben worden ist.]

Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Bedingungen für die Gewährung dieser Entschädigung und die Modalitäten für ihre Berechnung fest.

[Art. 47 Abs. 2 ergänzt und neuer Absatz 3 eingefügt durch Art. 70 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002); Abs. 1 und 2 abgeändert durch Art. 171 des G. vom 22. Dezember 2003 (B.S. vom 31. Dezember 2003)]

[Abschnitt 3 — ...]

[Abschnitt 3 mit den Artikeln 48 bis 67 aufgehoben durch Art. 71 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 48 - 67 - [...]

KAPITEL III — Zulassung von Krankenhäusern und Krankendienstleistungen

Abschnitt 1 — Normen

Unterabschnitt 1 — Allgemeine Normen

Art. 68 - Krankenhäuser müssen den vom König nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Zulassung, festgelegten Normen genügen.

Diese Normen betreffen:

1. die allgemeine Organisation der Krankenhäuser; zu diesem Zweck kann der König Normen unter anderem in Bezug auf die Bedingungen im Bereich der Art oder der Arten Krankendienstleistungen, in Bezug auf die Verwaltungsdienste und die technischen und medizinisch-technischen Dienste und in Bezug auf die minimale Bettenkapazität pro Krankenhaus, gegebenenfalls unter Berücksichtigung der Art der Krankenhausaktivität, festlegen,

2. die Organisation und Arbeitsweise jeder Art von Dienst; zu diesem Zweck kann der König Normen unter anderem in Bezug auf die Mindestbedingungen in Sachen Bettenkapazität, technische Ausrüstung, medizinisches, heilhilfsberufliches und Pflegepersonal und in Bezug auf das Aktivitätsniveau festlegen,

3. die Organisation der dringenden medizinischen Versorgung in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft, unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 9 des Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Heilkunst, der Krankenpflege, der Heilhilfsberufe und über die medizinischen Kommissionen.

Ab einem gemäß Art. 127 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002) vom König festzulegenden Datum lautet Art. 68 wie folgt:

« **Art. 68** - Krankenhäuser müssen den vom König nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Zulassung, festgelegten Normen genügen.

Diese Normen betreffen:

1. die allgemeine Organisation der Krankenhäuser; zu diesem Zweck kann der König Normen unter anderem in Bezug auf die Bedingungen im Bereich [des Mindestniveaus der Aktivität des Krankenhauses, der Art oder der Arten Pflegeprogramme,] der Art oder der Arten Krankendienstleistungen, in Bezug auf die Verwaltungsdienste und die technischen und medizinisch-technischen Dienste und in Bezug auf die minimale Bettenkapazität pro Krankenhaus, gegebenenfalls unter Berücksichtigung der Art der Krankenhausaktivität, festlegen,

2. die Organisation und Arbeitsweise jeder Art von Dienst; zu diesem Zweck kann der König Normen unter anderem in Bezug auf die Mindestbedingungen in Sachen Bettenkapazität, technische Ausrüstung, medizinisches, heilhilfsberufliches und Pflegepersonal und in Bezug auf das Aktivitätsniveau festlegen,

3. die Organisation der dringenden medizinischen Versorgung in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft, unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 9 des Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Heilkunst, der Krankenpflege, der Heilhilfsberufe und über die medizinischen Kommissionen.]

[Art. 68 Abs. 1 Nr. 1 abgeändert durch Art. 12 des K.E. vom 25. April 1997 (B.S. vom 30. April 1997)]

Unterabschnitt 2 — Sondernormen

Art. 69 - Es können Sondernormen festgelegt werden:

1. für Universitätskrankenhäuser und ihre Dienste,
2. für Dienste in nicht-universitären Krankenhäusern, die besonderen Qualifikationsanforderungen genügen,
3. für Gruppierungen, [Fusionen und Vereinigungen] von Krankenhäusern, wie sie vom König näher bestimmt werden,

[4. für die Niederlassungsorte von Krankenhäusern, wie sie vom König näher bestimmt werden.]

[Art. 69 einziger Absatz Nr. 3 abgeändert durch Art. 30 des G. vom 21. Dezember 1994 (B.S. vom 23. Dezember 1994); einziger Absatz Nr. 4 eingefügt durch Art. 72 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 2 — Zulassung von Krankenhäusern

Art. 70 - Die Einhaltung der Bestimmungen [der Artikel 10 bis 17octies] und von Titel IV Kapitel I und III Abschnitt 2 und 3 ist für die Krankenhäuser eine Bedingung für ihre Zulassung.

[Art. 70 abgeändert durch Art. 148 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996)]

Ab einem gemäß Art. 13 des K.E. vom 25. April 1997 (B.S. vom 30. April 1997) vom König festzulegenden Datum wird Abschnitt 3 mit Art. 70bis wie folgt eingefügt:

« [Abschnitt 3 — Zulassung von Krankenhäusern

Art. 70bis - § 1 - Jedes Krankenhaus muss von der Behörde, die aufgrund der Artikel 128, 130 oder 135 der Verfassung für die Politik im Bereich Volksgesundheit zuständig ist, zugelassen werden.

Um zugelassen zu werden, muss:

1. das Krankenhaus den in Artikel 68 Nr. 1 erwähnten Normen entsprechen,
2. jeder Dienst, jede Funktion, jede Abteilung, jeder medizinische Dienst und jeder medizinisch-technische Dienst, die im Krankenhaus geschaffen werden, gemäß den geltenden Zulassungsnormen zugelassen werden,
3. jedes im Krankenhaus angebotene Pflegeprogramm den aufgrund des vorliegenden Gesetzes festgelegten Bedingungen entsprechen,
4. das Krankenhaus gegebenenfalls über die in Artikel 26 erwähnte Erlaubnis verfügen,
5. das Krankenhaus gegebenenfalls über die in den Artikeln 40, 43 und 44 erwähnte Erlaubnis verfügen.

§ 2 - Wird den vorerwähnten Normen entsprochen, wird die Zulassung für eine beschränkte Frist, die verlängert werden kann, gewährt.]

[Abschnitt 3 mit Art. 70bis eingefügt durch Art. 12 Nr. 3 des K.E. vom 25. April 1997 (B.S. vom 30. April 1997)]”

Abschnitt 3 — Zulassung von Krankenhausdiensten

Ab einem gemäß Art. 13 des K.E. vom 25. April 1997 (B.S. vom 30. April 1997) vom König festzulegenden Datum wird Abschnitt 3 wie folgt unnummeriert:

[Abschnitt 3bis] — Zulassung von Krankenhausdiensten

[Früherer Abschnitt 3 unnummeriert zu Abschnitt 3bis durch Art. 12 Nr. 2 des K.E. vom 25. April 1997 (B.S. vom 30. April 1997)]”

[Art. 70ter - Jedes Krankenhaus muss über eine lokale Ethik-Kommission verfügen, wobei als vereinbart gilt, dass der König die Bedingungen festlegen kann, unter denen diese Kommission im Rahmen eines Zusammenarbeitsabkommens zwischen Krankenhäusern arbeiten darf.

Die Kommission übt folgende Aufträge aus, wenn ein entsprechender Antrag an sie gerichtet wird:

1. einen Begleitungs- und Beratungsauftrag in Bezug auf die ethischen Aspekte der Ausübung der Krankenhauspflege,
2. einen Unterstützungsauftrag bei Beschlüssen in Bezug auf Einzelfälle in Sachen Ethik,
3. einen Begutachtungsauftrag in Bezug auf alle Protokolle über Forschungen am Menschen und an menschlichem Fortpflanzungsmaterial.

Vorerwähnte Aufträge können vom König nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen näher bestimmt werden.

Der König kann nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen die Bedingungen, Regeln und Modalitäten festlegen, nach denen der in Nr. 3 erwähnte Auftrag von den Ethik-Kommissionen mehrerer Krankenhäuser gemeinsam ausgeübt werden muss.

Der König bestimmt nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen die Zusammensetzung und die Arbeitsweise der lokalen Ethik-Kommission.]

[Art. 70ter eingefügt durch Art. 194 des G. vom 25. Januar 1999 (B.S. vom 6. Februar 1999), teilweise für nichtig erklärt durch Entscheid Nr. 108/2000 des Schiedshofes vom 31. Oktober 2000 (B.S. vom 21. November 2000)]

[Art. 70quater - Um zugelassen zu werden, muss jedes Krankenhaus über eine Ombudsstelle, wie in Artikel 11 § 1 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten erwähnt, verfügen, wobei als vereinbart gilt, dass der König die Bedingungen festlegen kann, unter denen die Ombudsfunktion über ein Zusammenarbeitsabkommen zwischen Krankenhäusern ausgeübt werden darf.]

[Art. 70quater eingefügt durch Art. 17 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 26. September 2002)]

Art. 71 - Jeder in einem Krankenhaus geschaffene Dienst muss von [der in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnten Behörde] zugelassen werden.

Um zugelassen zu werden, muss der Dienst den in den Artikeln 68 und 69 festgelegten Normen genügen und muss das Krankenhaus oder der Dienst in das in Artikel 23 erwähnte Programm integriert sein.

Wenn die vorerwähnten Bedingungen erfüllt sind, wird die Zulassung für einen begrenzten Zeitraum gewährt, der verlängert werden kann.

[Art. 71 Abs. 1 abgeändert durch Art. 73 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 72 - Die Dienste, die einen ersten Antrag einreichen, erhalten von [der in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnten Behörde] eine vorläufige Zulassung, sofern der Antrag den vom König festgelegten Zulässigkeitsbedingungen entspricht.

Diese Bestimmung ist nicht anwendbar auf Dienste, die einen Qualifikationswechsel auf der Grundlage von Artikel 69 Nr. 2 beantragen oder Gegenstand eines Schließungsbeschlusses gewesen sind.

Diese Zulassung gilt ab dem Datum des Antrags; sie ist für eine erneuerbare Dauer von sechs Monaten gültig und wird dem Organisationsträger binnen fünfzehn Tagen nach Erhalt des Antrags notifiziert.

[Art. 72 Abs. 1 abgeändert durch Art. 74 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 4 — Zulassungsentzug

Art. 73 - Wenn festgestellt wird, dass die durch Artikel 71 festgelegten Bedingungen nicht mehr eingehalten werden, kann die Zulassung entzogen werden [...].

Wenn es sich jedoch um eine Zulassung handelt, die aufgrund der in Artikel 69 Nr. 2 festgelegten Sondernormen gewährt worden ist, kann [die in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnte Behörde], nachdem sie festgestellt hat, dass diese Normen nicht mehr eingehalten werden, die Zulassung im Rahmen der in Artikel 68 [...] erwähnten Normen aufrechterhalten.

Der König legt die Modalitäten fest, nach denen die definitiv gewordenen Beschlüsse über den Entzug oder die Verweigerung der Zulassung notifiziert und ausgeführt werden.

[Art. 73 Abs. 1 und 2 abgeändert durch Art. 75 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 5 — Schließung

Art. 74 - [Die in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnte Behörde kann] die Schließung eines Krankenhauses oder eines Dienstes anordnen, wenn es beziehungsweise er den in Artikel 68 und 69 erwähnten Normen nicht genügt.

Der König legt nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Zulassung, das Schließungsverfahren und die allgemeinen Modalitäten, nach denen der Beschluss auszuführen ist, fest.

[...]

[Art. 74 Abs. 1 abgeändert und Abs. 3 aufgehoben durch Art. 76 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 75 - Wenn dringende volksgesundheitliche Gründe es rechtfertigen, kann [die in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnte Behörde] durch einen mit Gründen versehenen Beschluss und als einstweilige Maßnahme die sofortige Schließung eines Krankenhauses oder eines Dienstes anordnen.

[...]

[Art. 75 abgeändert und früherer Absatz 2 aufgehoben durch Art. 77 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 5bis — Gemeinsame Bestimmung in Sachen Zulassung, Zulassungsentzug und Schließung

[Abschnitt 5bis mit Art. 75bis eingefügt durch Art. 78 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 75bis - Die in den Artikeln 72, 73 und 74 erwähnten Beschlüsse in Sachen Zulassung, Zulassungsentzug und Schließung, die dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister in Anwendung von Artikel 5 § 2 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen mitgeteilt werden, werden dem Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung vom Minister notifiziert.

Die in Absatz 1 erwähnte Notifizierung muss ebenfalls für jeden Beschluss über die Gewährung oder den Entzug der in Artikel 41 erwähnten Genehmigung erfolgen.]

Abschnitt 6 — Aufschiebende Beschwerde

Art. 76 - Gegen jeden Beschluss über die Schließung eines Krankenhauses oder eines Dienstes sowie über die Verweigerung oder den Entzug der Zulassung eines Dienstes kann bei einem administrativen Rechtsprechungsorgan eine aufschiebende Beschwerde eingereicht werden.

Der König regelt die Zusammensetzung und Arbeitsweise dieses Rechtsprechungsorgans. Er bestimmt das Verfahren und die Fristen für die Beschwerde.

Wenn Artikel 75 angewandt worden ist, ist die Beschwerde nicht aufschiebend.

[Abschnitt 7 — Abteilungen und Funktionen

[Abschnitt 7 mit Art. 76bis eingefügt durch Art. 63 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989)]

Art. 76bis - Der König kann, nachdem Er die Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Zulassung, eingeholt hat, die in den Artikeln 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75 und 76 vorgesehenen Regeln ganz oder teilweise und mit eventuellen Anpassungen auf von Ihm näher bestimmte Abteilungen und Funktionen von Krankenhäusern oder Krankenhausdiensten ausdehnen.]

[Art. 76ter - [...]]

[Art. 76ter eingefügt durch Art. 31 des G. vom 21. Dezember 1994 (B.S. vom 23. Dezember 1994) und aufgehoben durch Art. 79 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 76quater - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass pro Abteilungsart, die nicht in Artikel 76ter erwähnt ist, und pro Funktionsart nähere Regeln in Bezug auf die maximale Anzahl, die in Betrieb genommen werden darf, festlegen.]

[Art. 76quater eingefügt durch Art. 31 des G. vom 21. Dezember 1994 (B.S. vom 23. Dezember 1994)]

[Abschnitt 8 — Krankenhausleistungen

[Abschnitt 8 mit Art. 76quinquies eingefügt durch Art. 195 des G. vom 25. Januar 1999 (B.S. vom 6. Februar 1999)]

Art. 76quinquies - Der König kann nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Regeln festlegen in Bezug auf die medizinischen Handlungen, deren Durchführung im Krankenhaus erfolgen muss oder die außerhalb eines Krankenhauses verrichtet werden müssen.]

KAPITEL IV — Buchführung, Kontrolle durch den Betriebsrevisor und Datenübermittlung

Abschnitt 1 — Buchführung

Art. 77 - Jedes Krankenhaus hat seine eigene Buchführung; aus dieser Buchführung muss der Selbstkostenpreis eines jeden Dienstes hervorgehen.

Art. 78 - Die Artikel 2 bis 4, 6 bis 9, 10 § 1, 11 Nr. 1 und 3 des Gesetzes vom 17. Juli 1975 über die Buchhaltung und den Jahresabschluss der Unternehmen sind auf Krankenhäuser anwendbar.

Art. 79 - Der König regelt, nachdem Er den Nationalen Rat für das Krankenhauswesen, Abteilung Finanzierung, angehört hat, die Anwendung der in Ausführung der in Artikel 78 erwähnten Bestimmungen ergangenen Erlasse auf die Krankenhäuser.

Abschnitt 2 — Kontrolle durch den Betriebsrevisor

Art. 80 - Das statutarisch zuständige Organ des Krankenhauses bestimmt einen Betriebsrevisor, der den Auftrag hat, die Buchführung und den Jahresabschluss des Krankenhauses zu kontrollieren.

Art. 81 - Der bestimmte Betriebsrevisor kann jederzeit vor Ort die Bücher, die Korrespondenz und im Allgemeinen alle Dokumente und Schriftstücke des Krankenhauses, die er für die Erfüllung seines Auftrags braucht, einsehen. Er kann alle für die Erfüllung seines Auftrags notwendigen Erklärungen und Informationen anfordern und alle für die Erfüllung seines Auftrags notwendigen Überprüfungen vornehmen.

Art. 82 - Der Betriebsrevisor verfasst einen ausführlichen Bericht über die Resultate seiner Kontrolle, in dem er insbesondere Folgendes vermerkt:

1. wie er seine Kontrolle durchgeführt hat und ob er alle von ihm geforderten Erklärungen und Informationen erhalten hat,
2. ob die Buchführung und der Jahresabschluss gemäß den anwendbaren Gesetzes- und Verwaltungsbestimmungen gemacht worden sind,
3. ob der Jahresabschluss seiner Ansicht nach ein getreues Bild des Vermögens, der finanziellen Lage und der Ergebnisse des Krankenhauses abgibt.

In seinem Bericht gibt der Betriebsrevisor die Vorbehalte und Einwände, die er seiner Ansicht nach vorbringen muss, klar und deutlich an und begründet sie. Wenn er keine Vorbehalte oder Einwände vorzubringen hat, vermerkt er dies ausdrücklich in seinem Bericht.

Art. 83 - Der in Artikel 82 erwähnte Kontrollbericht wird dem Jahresabschluss, der dem statutarisch zuständigen Organ des Krankenhauses zur Billigung vorgelegt wird, beigelegt.

Art. 84 - Der in Artikel 80 erwähnte Kontrollauftrag des Betriebsrevisors erstreckt sich auch auf die Tätigkeit des Dienstes, der gemäß Artikel 135 oder 136 die zentrale Einforderung vornimmt. In diesem Zusammenhang verfasst der Revisor einen wie in Artikel 82 erwähnten Bericht. Dieser Bericht wird sowohl dem Krankenhausverwalter als auch dem Präsidenten oder dem Beauftragten des Ärzterates übermittelt.

Art. 85 - Der König kann nähere Regeln für die Anwendung der Artikel 80 bis 84 bestimmen.

Abschnitt 3 — Datenübermittlung

Art. 86 - Der Krankenhausverwalter ist verpflichtet, dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister nach den vom König vorgesehenen Modalitäten und binnen den von ihm festgelegten Fristen die Finanzlage, die Betriebsergebnisse, den in Artikel 82 erwähnten Bericht und alle statistischen Auskünfte in Bezug auf seine Einrichtung und die medizinische Aktivität sowie die Identität des Direktors und/oder der Person(en), die mit den vorerwähnten Datenübermittlungen beauftragt ist (sind), mitzuteilen.

[Die in Absatz 1 erwähnten, sich auf die medizinische Aktivität beziehenden Daten dürfen keine Daten umfassen, durch die die natürliche Person, die sie betreffen, direkt identifiziert wird. Es dürfen keine Handlungen zur Herstellung eines Zusammenhangs zwischen diesen Daten und der natürlichen Person, auf die sie sich beziehen, vorgenommen werden, es sei denn, eine solche Handlung ist erforderlich, um die Richtigkeit der übermittelten Daten von den in Artikel 115 erwähnten [Beamten, Angestellten oder Vertrauensärzten] überprüfen zu lassen.]

[Der König kann die in den vorhergehenden Absätzen erwähnten Bestimmungen ganz oder teilweise und mit den notwendigen Anpassungen auf in Artikel 44 erwähnte medizinische oder medizinisch-technische Dienste, die außerhalb des Krankenhausmilieus eingerichtet sind, ausdehnen.]

[Art. 86 Abs. 3 eingefügt durch Art. 149 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996); Abs. 2 ersetzt durch Art. 125 des G. vom 12. August 2000 (B.S. vom 31. August 2000) und abgeändert durch Art. 40 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 10. September 2002)]

[**Art. 86bis** - Der König kann nach Stellungnahme des Nationalen Arbeitsrates nach den von ihm festzulegenden Regeln bestimmen, welche Daten oder Dokumente vom Verwalter je nach Fall dem Betriebsrat oder dem Ausschuss der lokalen öffentlichen Dienste übermittelt werden müssen.]

[Art. 86bis eingefügt durch Art. 132 des G. vom 29. Dezember 1990 (B.S. vom 9. Januar 1991)]

Art. 86ter - § 1 - Beim Föderalen Öffentlichen Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt kann eine Kommission für die Kontrolle der Registrierung der Daten mit Bezug auf die medizinische Aktivität im Krankenhaus und für die Bewertung einer gerechtfertigten Politik in Sachen Aufnahmen, nachstehend "die Kommission" genannt, eingesetzt werden.

§ 2 - Der König bestimmt die Regeln für die Arbeitsweise der Kommission, die Zusammensetzung der Kommission sowie die Anzahl ihrer ordentlichen Mitglieder und Ersatzmitglieder.

Die in Absatz 1 erwähnten Mitglieder werden vom König ernannt.

Der Vorsitz der Kommission wird vom Generaldirektor der Verwaltung der Gesundheitspflege geführt.

§ 3 - Die Kommission formuliert auf eigene Initiative oder auf Anfrage des für die Volksgesundheit zuständigen Ministers oder des Präsidenten der Kommission oder des Präsidenten der Mehrparteienstruktur, was die Nummern 1 bis 3 betrifft, Vorschläge in Bezug auf:

1. die Methodologie für die Kontrolle der Daten mit Bezug auf die in Artikel 86 erwähnte medizinische Aktivität im Krankenhaus,
2. die Methodologie für die Bewertung der Aufnahmepolitik,
3. die Organisation und Durchführung der in den Nummern 1 und 2 erwähnten Kontrolle und Bewertung,
4. die der Kommission unterbreiteten Probleme, die einerseits die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Nr. 1 erwähnten Registrierungen gemäß den Feststellungen und Schlussfolgerungen der in Artikel 115 erwähnten Beamten, Angestellten oder Vertrauensärzte und andererseits die Bewertung der in Nr. 2 erwähnten Aufnahmepolitik betreffen,
5. die der Kommission unterbreiteten Probleme im Zusammenhang mit den Anmerkungen Betroffener infolge der Notifizierung eines Protokolls, wie erwähnt in Artikel 115 § 2, oder infolge der Notifizierung einer Berichtigung oder eines Abzugs mit Bezug auf den Finanzmittelhaushalt, wie erwähnt in Artikel 107 § 4, sofern diese Dokumente sich auf die Registrierung von Daten mit Bezug auf die medizinische Aktivität im Krankenhaus beziehen.

Die in Absatz 1 Nr. 4 und 5 erwähnten Befugnisse werden von der Kommission nur ausgeübt, wenn besagte Probleme vom Generaldirektor der Verwaltung der Gesundheitspflege vorgelegt worden sind. Die Kommission übt die erwähnten Befugnisse auf der Grundlage anonymer Akten pro Krankenhaus aus.

§ 4 - Die in § 3 Nr. 1 und 2 erwähnte Methodologie wird vom König festgelegt.]

[§ 5 - Für die Erfüllung ihrer Aufträge macht die Kommission unter anderem Gebrauch von den Informationen und Berichten, die von dem in Titel III Kapitel 2 des Programmgesetzes vom 24. Dezember 2002 erwähnten Föderalen Fachzentrum für Gesundheitspflege zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt werden.]

[Art. 86ter eingefügt durch Art. 41 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 10. September 2002); § 5 eingefügt durch Art. 289 des G. vom 24. Dezember 2002 (B.S. vom 31. Dezember 2002)]

KAPITEL V — Finanzierung der Betriebskosten

Abschnitt 1 — [...]

[Überschrift von Abschnitt 1 aufgehoben durch Art. 80 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Unterabschnitt 1 — [...]

[Überschrift von Unterabschnitt 1 aufgehoben durch Art. 80 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 87 - [Der Finanzmittelhaushalt wird vom Minister, der für die Volksgesundheit zuständig ist, für jedes Krankenhaus getrennt innerhalb der Grenzen eines durch einen im Ministerrat beratenen Königlichen Erlass festgelegten Globalhaushalts für das Königreich festgelegt.

Der in Absatz 1 erwähnte Finanzmittelhaushalt besteht aus einem festem und einem variablen Teil.]

[Art. 87 ersetzt durch Art. 81 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 88 - Der für die Volksgesundheit zuständige Minister kann [für einen oder mehrere Krankenhausdienste, eine oder mehrere Krankenhausabteilungen oder -funktionen, ein oder mehrere Krankenhauspflegeprogramme] [einen getrennten Finanzmittelhaushalt festlegen].

Die näheren Regeln für die Anwendung dieses Artikels werden vom [König] nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Finanzierung, festgelegt. [Er bestimmt insbesondere, welche Artikel des vorliegenden Kapitels ganz oder teilweise mit den von ihm als notwendig erachteten Anpassungen auf die in Absatz 1 erwähnten getrennten Haushalte anwendbar sind.]

[Art. 88 Abs. 1 und 2 abgeändert durch Art. 82 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 89 - [...]

[Art. 89 aufgehoben durch Art. 83 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 90 - [§ 1 - Für den Aufenthalt in einem Einzelzimmer oder in einem Zweibettzimmer, einschließlich eines Tageskrankenhausaufenthalts, kann dem Patienten, der ein solches Zimmer verlangt hat, über den Finanzmittelhaushalt hinaus ein Zuschlag in Rechnung gestellt werden, unter der Bedingung, dass mindestens die Hälfte der Anzahl Betten des Krankenhauses für die Unterbringung von Patienten, die ohne Zahlung von Zuschlägen aufgenommen werden möchten, zur Verfügung gestellt werden kann.

Die in Absatz 1 erwähnte Anzahl verfügbarer Betten muss eine ausreichende Anzahl Betten für Kinder umfassen, die während des Krankenhausaufenthalts von einem Elternteil begleitet werden.

Der König legt den Höchstbetrag des in Absatz 1 erwähnten Zuschlags, der für einen Aufenthalt in einem Einzelzimmer und in einem Zweibettzimmer in Rechnung gestellt werden kann, nach paritätischer Beratung der Versicherungsträger in Sachen Gesundheitspflegeversicherung und der die Krankenhausverwalter vertretenden Organe fest.

§ 2 - Für einen Aufenthalt in einem Einzelzimmer, einschließlich eines Tageskrankenhausaufenthalts, darf in folgenden Fällen kein in Absatz 1 erwähnter Zuschlag in Rechnung gestellt werden:

- a) wenn der Gesundheitszustand des Patienten oder die technischen Bedingungen der Untersuchung, der Behandlung oder der Überwachung den Aufenthalt in einem Einzelzimmer erfordern,
- b) wenn die Erfordernisse des Dienstes oder der Mangel an unbelegten Betten in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern den Aufenthalt in einem Einzelzimmer notwendig machen,
- c) wenn die Aufnahme unabhängig vom Willen des Patienten in einer Intensivpflege- oder Notfallversorgungseinheit erfolgt, für die Dauer des Aufenthalts in einer solchen Einheit.

Ein Aufenthalt in einem Zweibettzimmer darf in den in Absatz 1 Buchstabe c) erwähnten Fällen und wenn dieser Aufenthalt aufgrund eines Mangels an unbelegten Betten in Gemeinschaftszimmern erforderlich ist, nicht zu einem Zuschlag führen.

§ 3 - Für die Anwendung der Paragraphen 1 und 2 kann der Tageskrankenhausaufenthalt vom König näher bestimmt werden.]

[Art. 90 ersetzt durch Art. 84 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 91 - Wenn der Gesundheitszustand des Patienten, die Erfordernisse des Dienstes, der Mangel an unbelegten Betten in Zweibett- oder Mehrbettzimmern oder die technischen Bedingungen der Untersuchung, der Behandlung oder der Überwachung den Aufenthalt in einem Einzelzimmer erforderlich machen, darf für den Aufenthalt im Einzelzimmer nur der in Anwendung von Artikel 89 festgelegte Preis in Rechnung gestellt werden.

Ab einem gemäß Art. 127 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002) vom König festzulegenden Datum lautet Art. 91 wie folgt:

« **Art. 91** - [Der König kann nähere Regeln bestimmen in Bezug auf:

- a) die Art der Beträge zu Lasten des Patienten, die diesem im Voraus mitgeteilt werden müssen, wie zum Beispiel die in den Artikeln 90 und 138 erwähnten Zuschläge,
- b) die Modalitäten, nach denen die unter Buchstabe a) erwähnten Beträge dem Patienten mitgeteilt werden müssen,
- c) die Vorlegung eines Dokuments, in dem die unter Buchstabe a) erwähnten Beträge vermerkt sind, zwecks Unterzeichnung durch den Patienten.

Was die in Artikel 138 erwähnten Zuschläge betrifft, ist der vorhergehende Absatz für Patienten, die zu einem Tageskrankenhausaufenthalt aufgenommen werden, nur für die vom König in Ausführung von Artikel 138 § 1 Absatz 3 festgelegten Leistungen anwendbar.]

[Art. 91 ersetzt durch Art. 85 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 92 - Der für die Volksgesundheit zuständige Minister bestimmt, wie die pro Pfl egetag geltenden Preise der Öffentlichkeit mitgeteilt werden.

Ab einem gemäß Art. 127 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002) vom König festzulegenden Datum lautet Art. 92 wie folgt:

Art. 92 - [Der König legt die Modalitäten fest, nach denen die in den Artikel 90, 104bis und 104ter erwähnten Beträge der Öffentlichkeit mitgeteilt werden müssen.]

[Art. 92 ersetzt durch Art. 86 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]"

Unterabschnitt 2 — [...]

[Überschrift von Unterabschnitt 2 aufgehoben durch Art. 80 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 93 - [...]

[Art. 93 aufgehoben durch Art. 87 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Unterabschnitt 3 — [...]

[Überschrift von Unterabschnitt 3 aufgehoben durch Art. 80 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 94 - [Unbeschadet des Artikels 90 deckt der Finanzmittelhaushalt pauschal die Kosten für den Aufenthalt in einem Gemeinschaftszimmer und für die Erbringung der Pflegeleistungen für die Patienten im Krankenhaus, einschließlich der Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt, wie er vom König definiert ist.

Der König bestimmt die in Absatz 1 erwähnten Kosten.]

[Der Haushalt kann unter den vom König näher bestimmten Bedingungen und nach den vom Ihm näher bestimmten Regeln durch einen im Ministerrat beratenen Erlass auch Kosten decken, die sich aus den in Artikel 95 Nr. 2 Buchstabe a) bis einschließlich e) erwähnten Leistungen für Patienten ergeben, die in ein Krankenhaus aufgenommen werden und sich dort aufhalten können.

Für die Ausführung des vorhergehenden Absatzes muss die Stellungnahme der Nationalen paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser beantragt werden.

Wenn eine der oder die zwei in besagter Kommission vertretenen Gruppen nicht mit den zu diesem Zweck vom Minister, der für die Sozialfürsorge zuständig ist, vorgeschlagenen Maßnahmen einverstanden sind, wird das Verfahren zur Billigung dieser Maßnahmen für einen Zeitraum von dreißig Tagen ab dem Datum der Stellungnahme ausgesetzt.

Diese Frist ist nicht erneuerbar.]

[Art. 94 früherer Absatz 3 ersetzt durch Abs. 3 bis 6 durch Art. 28 des G. vom 6. August 1993 (B.S. vom 9. August 1993); Abs. 1 und 2 ersetzt durch Art. 88 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 95 - Im [Finanzmittelhaushalt] des Krankenhauses sind nicht einbegriffen:

1. der Preis der Fertigarzneimittel und Generica,
2. die Honorare der Ärzte und der heilhilfsberuflichen Fachkräfte für nachstehend erwähnte Gesundheitsleistungen:
 - a) die gewöhnliche Pflege und die technischen Diagnose- und Behandlungsleistungen, die von Allgemeinmedizinern und Fachärzten erbracht werden, sowie die erhaltende und heilende Zahnpflege,
 - b) die von Heilgymnasten erbrachte Pflege,
 - c) die Entbindungen durch diplomierte Hebammen,
 - d) das Liefern von Brillen und anderen Augenprothesen, Hörgeräten, orthopädischen Apparaten und anderen Prothesen,
 - e) jegliche andere Pflege oder Leistung, die für die Rehabilitation und Umschulung notwendig ist, sofern ihre Durchführung nicht an die spezifischen Tätigkeiten des Dienstes, in dem der Patient aufgenommen ist, gebunden ist,
3. die Vergütung der Leistungen, die erbracht werden von Apothekern oder Lizientiaten der chemischen Wissenschaften, die ermächtigt sind, Analysen der klinischen Biologie durchzuführen,]
4. die mit dem endoskopischen und viszerosynthetischen Material verbundenen Kosten, an denen die Kranken- und Invalidenversicherung sich beteiligt oder die auf einer Liste stehen, die vom Minister der Sozialen Angelegenheiten zu erstellen ist, nachdem ein Vorschlag zu ihrer Aufnahme in das Verzeichnis der Gesundheitsleistungen gemäß Artikel 35 § 2 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vorgelegt worden ist.]

[Art. 95 einziger Absatz Nr. 3 eingefügt durch Art. 110 des G. vom 22. Dezember 1989 (B.S. vom 30. Dezember 1989); einziger Absatz einleitende Bestimmung abgeändert durch Art. 89 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002); einziger Absatz Nr. 4 eingefügt durch Art. 209 des G. vom 24. Dezember 2002 (B.S. vom 31. Dezember 2002)]

Art. 96 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass für alle Krankenhäuser oder für bestimmte Arten von Krankenhäusern oder Krankenhausdiensten oder in den von Ihm bestimmten Fällen und unter den von Ihm bestimmten Bedingungen ganz oder teilweise von Artikel 95 abweichen.

Art. 97 - [§ 1 - Der König bestimmt nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Finanzierung, die Bedingungen und Regeln für die Festlegung des Haushalts und seiner Bestandteile.

Er bestimmt unter anderem:

- a) die Periode, für die der Haushalt gewährt wird,
- b) die Aufteilung des Haushalts in einen festen und einen variablen Teil,
- c) die Berechnungskriterien und -modalitäten, einschließlich der Festlegung der gerechtfertigten Tätigkeiten und der Indexierungsmodalitäten,
- d) was den variablen Teil betrifft, die Vergütung der Tätigkeiten, die gemessen an einer als Bezugsmenge dienenden Anzahl Tätigkeiten, zusätzlich durchgeführt oder nicht durchgeführt worden sind,
- e) die Festlegung der in Buchstabe d) erwähnten Bezugsmenge, was die in Betracht gezogenen Tätigkeitsparameter betrifft,
- f) die Bedingungen und Modalitäten für die Revision bestimmter Elemente,
- g) die Verrechnung auf der Grundlage der vorhergehenden Jahre, wie erwähnt in Artikel 104^{quater}.

Für die Anwendung von Absatz 2 gibt der König die Bestimmungen an, die auf die psychiatrischen Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser und auf die psychiatrischen Krankenhäuser anwendbar sind. Er legt spezifische Regeln für diese Dienste und Einrichtungen fest.

Die Ausführung der in den vorhergehenden Absätzen erwähnten Bestimmungen kann je nach Krankenhaus-kategorie oder Kategorie der Teile eines Krankenhauses unterschiedlich sein.

Der König kann die Kosten der Krankenhäuser vergleichen, um dieselben Finanzierungsbedingungen auf Krankenhäuser anzuwenden, deren Auftrag und Tätigkeiten ähnlich sind und die unter ähnlichen Bedingungen arbeiten.

§ 2 - Der König kann nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Finanzierung, Bedingungen und Regeln festlegen, nach denen Tätigkeiten für die Deckung von Kosten, die aufgrund der Einhaltung der Normen entstehen, in Betracht gezogen werden können, unter Berücksichtigung der spezifischen Situationen, die möglicherweise einen Einfluss auf diese Tätigkeiten haben und eine von den so festgelegten Bedingungen und Regeln abweichende Regelung rechtfertigen.

§ 3 - Der König kann im Rahmen der Festlegung des Finanzmittelhaushalts nach Stellungnahme der in Kapitel XII des Gesetzes vom 29. April 1996 zur Festlegung sozialer Bestimmungen erwähnten [Mehrparteienstruktur] Kriterien und Modalitäten in Sachen Evaluation der Krankenhaustätigkeiten festlegen, um die Krankenhaustätigkeiten zu bestimmen, die als "gerechtfertigt" angesehen werden können.]

[Art. 97 ersetzt durch Art. 90 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002); § 3 abgeändert durch Art. 59 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 10. September 2002)]

[Art. 97bis - Die in Artikel 46bis erwähnten Arbeiten können für eine Finanzierung durch den [Finanzmittelhaushalt] nur in Betracht kommen, sofern der Organisationsträger den Nachweis erbringt, dass der im vorerwähnten Artikel erwähnte Zeitplan vom nationalen Minister, der für die Volksgesundheit zuständig ist, gebilligt wird.

Die Modalitäten für den im vorhergehenden Absatz erwähnten Nachweis werden vom vorerwähnten Minister festgelegt.]

[Art. 97bis eingefügt durch Art. 65 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989); Abs. 1 abgeändert durch Art. 91 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

[Art. 97ter - Der König kann spezifische Finanzierungsmodalitäten vorsehen, um auf experimenteller Basis und für eine begrenzte Dauer eine zukunfts- und programmorientierte Finanzierung der Pflegeversorgungsnetze und Pflegekreise zu ermöglichen.]

[Art. 97ter eingefügt durch Art. 92 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Unterabschnitt 4 — [...]

[Überschrift von Unterabschnitt 4 aufgehoben durch Art. 80 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 98 - Bevor jeglicher Beschluss über die Festlegung [des Finanzmittelhaushalts eines Krankenhauses, eines Krankenhausdienstes, einer Krankenhausfunktion oder eines Pflegeprogramms] gefasst wird, übermittelt der für die Volksgesundheit zuständige Minister oder der von ihm beauftragte Beamte [der Verwaltung der Gesundheitspflege] dem Verwalter den Beschlussentwurf mit den notwendigen Rechtfertigungsbelegen. Letzterer verfügt über dreißig Tage, um seine Anmerkungen geltend zu machen. Diese Anmerkungen des Verwalters werden dem Nationalen Rat für das Krankenhauswesen, Abteilung Finanzierung, vom Minister, der für die Volksgesundheit zuständig ist, oder vom beauftragten Beamten zusammen mit dem Beschlussentwurf zur Stellungnahme vorgelegt. Der Beschluss des für die Volksgesundheit zuständigen Ministers muss mit Gründen versehen sein und dem Verwalter und, zur Information, dem Nationalen Rat für das Krankenhauswesen, Abteilung Finanzierung, mitgeteilt werden.

[Art. 98 abgeändert durch Art. 93 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 2 — [...]

[Überschrift von Abschnitt 2 aufgehoben durch Art. 80 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Januar 2002)]

Art. 99 - [Im Finanzmittelhaushalt kann ein spezifischer Betrag vorgesehen werden, um den Betrieb des Krankenhauses zu verbessern, wenn dies mit einem Beschluss des Verwalters einhergeht, der auf eine tatsächliche Verringerung des Haushalts im Rahmen einer Umstrukturierung der Einrichtungen oder einer Fusion, einer Vereinigung, einer Gruppierung oder einer Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Krankenhäusern hinausläuft.]

[Der König] legt nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Finanzierung, die Regeln und Bedingungen fest, unter denen dieser Betrag gewährt wird.

[Art. 99 Abs. 1 ersetzt durch Art. 94 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002); Abs. 2 abgeändert durch Art. 42 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 10. September 2002)]

Abschnitt 3 — [...]

[Überschrift von Abschnitt 3 aufgehoben durch Art. 80 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 100 - Wenn der Krankenhausaufenthalt Anlass gibt zu einer Beteiligung entweder der Versicherungsträger, [wie erwähnt im koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, oder des Amts für überseeische soziale Sicherheit] oder der Hilfs- und Vorsorgekasse für Seeleute oder des Landesinstituts für Kriegsinvaliden, ehemalige Kriegsteilnehmer und Kriegsofopfer - im Rahmen ihrer eigenen Regelung - oder aber eines öffentlichen Sozialhilfezentrums zugunsten Bedürftiger, gewährt der Staat eine Subvention von 25 Prozent des [Finanzmittelhaushalts], der vom Minister, der für die Volksgesundheit zuständig ist, festgelegt wird.

Unbeschadet der Anwendung der Bestimmungen von [Artikel 37 § 7 des vorerwähnten koordinierten Gesetzes] geht der übrig bleibende Teil des vom Minister, der für die Volksgesundheit zuständig ist, festgelegten [Finanzmittelhaushalts] je nach Fall zu Lasten entweder der Versicherungsträger oder [des Amts für überseeische soziale Sicherheit oder der Hilfs- und Vorsorgekasse für Seeleute oder] des Landesinstituts für Kriegsinvaliden, ehemalige Kriegsteilnehmer und Kriegsofopfer oder aber der öffentlichen Sozialhilfezentren.

[Die in den Absätzen 1 und 2 festgelegte Proportion ist sowohl auf den in Artikel 104bis Absatz 1 erwähnten Teil des Finanzmittelhaushalts, der in Zwölfeln ausgezahlt wird, als auch auf den in Artikel 104bis Absatz 2 erwähnten Teil des Finanzmittelhaushalts, der auf der Grundlage von Tätigkeitsparametern ausgezahlt wird, und auf den in Artikel 104ter erwähnten Teil, der als Grundlage für die Festlegung eines Preises pro Parameter dient, anwendbar.]

[Art. 100 Abs. 1 und 2 abgeändert und Abs. 3 eingefügt durch Art. 95 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 101 - Der in Artikel 100 Absatz 1 erwähnte Prozentsatz kann vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass für den gesamten [wie in Artikel 87 erwähnten Finanzmittelhaushalt] oder für bestimmte Teile davon abgeändert werden.

[Art. 101 abgeändert durch Art. 96 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 102 - [§ 1] - [Der Staat kann eine zusätzliche Subvention gewähren zur Deckung der spezifischen Kosten, die mit den spezifischen Aufgaben eines Universitätskrankenhauses, eines universitären Krankenhausdienstes, einer universitären Krankenhausfunktion oder eines universitären Pflegeprogramms verbunden sind, insbesondere im Bereich der Pflege der Patienten, des klinischen Unterrichts, der angewandten wissenschaftlichen Forschung, der Entwicklung neuer Technologien und der Evaluation der medizinischen Aktivität.]

Der König bestimmt die Regeln und Bedingungen [für die Festlegung, Gewährung und Auszahlung] dieser zusätzlichen Subvention.

Die Bestimmungen der Artikel 100 und 101 sind in Krankenhäusern mit [einem oder mehreren universitären Diensten, einer oder mehreren Funktionen oder einem oder mehreren Pflegeprogrammen] nach Abzug dieser zusätzlichen Subvention auf [den Finanzmittelhaushalt] anwendbar.

[§ 2 - Der Staat kann eine zusätzliche Subvention gewähren zur Deckung der spezifischen Kosten, die für ein Krankenhaus anfallen, dessen Patientenprofil auf sozioökonomischer Ebene sehr schwach ist.

Der König bestimmt die Regeln und Bedingungen für die Festlegung, Gewährung und Auszahlung dieser zusätzlichen Subvention.

Die Bestimmungen der Artikel 100 und 101 sind nach Abzug der im vorliegenden Paragraphen erwähnten zusätzlichen Subvention auf den in Artikel 87 erwähnten Finanzmittelhaushalt anwendbar.]

[Art. 102 § 1 (frühere Absätze 1 bis 3) nummeriert, § 1 Abs. 1 ersetzt, § 1 Abs. 2 und 3 abgeändert und § 2 eingefügt durch Art. 97 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 103 - Für die Gewährung der [in Artikel 100] bestimmten Subventionen kann vom König gefordert werden, dass die Krankenhäuser ein durch [das koordinierte Gesetz vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung oder seine Ausführungserlasse] vorgesehene Abkommen abgeschlossen haben, das vom Minister, der für die Sozialfürsorge zuständig ist, und vom Minister, der für die Volksgesundheit zuständig ist, nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Finanzierung, gebilligt worden ist.

[Art. 103 abgeändert durch Art. 98 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 104 - Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen und nach welchen Modalitäten die Subventionen ausgezahlt werden.

Er kann insbesondere vorschreiben, dass Vorschüsse auf diese Subventionen direkt an die Krankenhäuser ausgezahlt werden [...].

[Art. 104 Abs. 2 abgeändert durch Art. 99 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 104bis - Für Patienten, die an einen im koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnten Versicherungsträger gebunden sind, wird ein Teil des Haushalts, wie vom König festgelegt, von den Versicherungsträgern in Zwölfteilen ausgezahlt. Diese Auszahlung durch die Versicherungsträger erfolgt nach Verhältnis ihrer jeweiligen Beteiligung an den Gesamtausgaben des betreffenden Krankenhauses während des letzten bekannten Rechnungsjahres.

Der restliche Teil des in Absatz 1 erwähnten Haushalts wird von den in Absatz 1 erwähnten Versicherungsträgern nach einem oder mehreren vom König festzulegenden Tätigkeitsparametern ausgezahlt.

Der König kann zusätzliche Regeln in Bezug auf die in Absatz 2 erwähnte Auszahlung festlegen, insbesondere, was die als Bezugsgröße dienende Anzahl Tätigkeiten betrifft, die für die Berechnung des pro Tätigkeitsparameter zu zahlenden Betrags in Betracht gezogen wird.

Unbeschadet jeder anders lautenden Bestimmung ist der Preis, der in Rechnung gestellt werden darf, der Preis, der gemäß den Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes vom König festgelegt wird.

Der König kann nähere Regeln und Modalitäten für die in den Absätzen 1 und 2 erwähnte Auszahlung festlegen.]

[Art. 104bis eingefügt durch Art. 100 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 104ter - Für Patienten, die nicht an einen in Artikel 104bis Absatz 1 erwähnten Versicherungsträger gebunden sind, kann der König nach den von ihm bestimmten Bedingungen und Regeln einen Preis pro Tätigkeitsparameter festlegen.

Unbeschadet jeder anders lautenden Bestimmung ist der Preis, der in Rechnung gestellt werden darf, der Preis, der gemäß den Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes vom König festgelegt wird.]

[Art. 104ter eingefügt durch Art. 101 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 104quater - § 1 - Wenn es am Ende der Periode, für die der Finanzmittelhaushalt festgelegt worden ist, auf nationaler Ebene eine Differenz zwischen dem in Artikel 87 erwähnten Haushalt und den Ausgaben - mit Ausnahme der in Artikel 104ter erwähnten Ausgaben - gibt, wird diese Differenz innerhalb einer vom König bestimmten späteren Periode ganz oder teilweise getrennt auf den Finanzmittelhaushalt eines jeden Krankenhauses angerechnet.

Der König kann nähere Regeln und Bedingungen für die Feststellung der in Absatz 1 erwähnten Differenz und für die in Absatz 1 erwähnte Anrechnung festlegen, insbesondere in Bezug darauf, was unter "ganz" oder "teilweise" zu verstehen ist.

Die in Absatz 1 erwähnte Anrechnung kann nach den vom König festgelegten Regeln und Bedingungen pro Krankenhausgruppierung erfolgen.

Der König stellt jedes Jahr die in Absatz 1 erwähnte Differenz fest und bestimmt den jeweiligen Anteil eines jeden Versicherungsträgers an dieser Differenz, wie erwähnt in Artikel 104bis.

§ 2 - Nach Ablauf der Periode, für die der Finanzmittelhaushalt festgelegt worden ist, werden die von den Versicherungsträgern aufgrund von Artikel 104bis Absatz 1 ausgezahlten Zwölfteile unter den Versicherungsträgern durch gegenseitige Anrechnung auf der Grundlage des tatsächlichen Anteils jedes Versicherungsträgers während der betreffenden Periode angepasst.

Der König kann nähere Regeln und Modalitäten für die in Absatz 1 erwähnte Anrechnung festlegen.]

[Art. 104quater eingefügt durch Art. 102 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 105 - Die in den Artikeln 100 bis 102 erwähnten Subventionen werden im Haushaltsplan des Ministeriums der Volksgesundheit eingetragen.

Abschnitt 4 — [...]

[Überschrift von Abschnitt 4 aufgehoben durch Art. 80 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 106 - [§ 1] - Der Staat und die in Artikel 100 erwähnten Einrichtungen treten nach Verhältnis der Krankenhauskosten, die sie an Krankenhäuser gezahlt haben für Patienten, denen gegenüber sie beteiligungspflichtig sind, von Rechts wegen in die Rechte ein, die diese Personen gegenüber Dritten geltend machen können, die verantwortlich sind für die Krankheit oder den Unfall, die den Krankenhausaufenthalt erforderlich gemacht haben.

Wenn diese Schäden die Folge eines Verstoßes gegen das Strafgesetz sind, kann die Subrogationsklage zur gleichen Zeit und vor demselben Richter eingereicht werden wie die Strafverfolgung.

Der König legt die Regeln fest, nach denen die in Absatz 1 erwähnten Einrichtungen an den Staat die Subventionen zurückzahlen, die Teil der aufgrund des vorliegenden Artikels zurückgeforderten Beträge sind.

[§ 2 - Unbeschadet anders lautender Gesetzesbestimmungen können Schuldforderungen, die Krankenhäuser in der Drittzahlerregelung den im vorliegenden Gesetz erwähnten Versicherungsträgern gegenüber haben, verpfändet werden.]

Durch einen im Ministerrat beratenen Erlass kann der König nähere Regeln für die Anwendung des vorhergehenden Absatzes festlegen.]

[Art. 106 § 1 (frühere Absätze 1 bis 3) nummeriert und § 2 eingefügt durch einzigen Artikel des G. vom 5. August 1992 (B.S. vom 21. November 1992)]

Abschnitt 5 — [...]

[Überschrift von Abschnitt 5 aufgehoben durch Art. 80 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 107 - [§ 1 - Die Anwendung der Artikel 87 bis 97 und 99 bis 104ter kann gemäß den vom König festgelegten Regeln ganz oder teilweise abhängig gemacht werden:

a) von den Datenübermittlungen, die gemäß Artikel 86 des vorliegenden Gesetzes und Artikel 156 des Gesetzes vom 29. April 1996 zur Festlegung sozialer Bestimmungen erfolgen müssen, und von der Richtigkeit und Vollständigkeit der erwähnten Daten,

b) vom Erhalt einer in den Artikeln 44, 68 und 69 erwähnten Zulassung, einer in Artikel 26 erwähnten Erlaubnis oder einer in den Artikeln 40 und 43 erwähnten Genehmigung,

c) von der Einhaltung der Regeln zur Bestimmung der maximalen oder programmierten Anzahl der in den Artikeln 31, 32, 41, 44ter und 76quater erwähnten aufwendigen medizinischen Apparate, medizinisch-technischen Dienste, Funktionen oder Pflegeprogramme,

d) von der Führung einer medizinischen Akte gemäß den Bestimmungen von Artikel 15 und seinen Ausführungserlassen.

§ 2 - Der König kann nach Stellungnahme [der im vorerwähnten Gesetz vom 29. April 1996 erwähnten Mehrparteienstruktur] die Regeln bestimmen, nach denen die Richtigkeit und Vollständigkeit der in § 1 Buchstabe a) erwähnten Daten überprüft und festgestellt werden können.]

[§ 3 - Wenn die in Artikel 115 erwähnten Personen feststellen, dass die in Artikel 86 erwähnte Registrierung der sich auf die medizinische Aktivität beziehenden Daten nicht der Wirklichkeit entspricht oder unvollständig ist, wird jede Auswirkung auf die Finanzierung in Anwendung des vorliegenden Gesetzes und des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung von Amts wegen berichtigt.

Zu diesem Zweck meldet der Generaldirektor der Verwaltung der Gesundheitspflege dem Generalverwalter des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung jeden festgestellten Verstoß.

Der König kann die Regeln und die Modalitäten für die Anwendung des vorliegenden Paragraphen festlegen.

§ 4 - Bevor die in den Paragraphen 1 und 3 erwähnten Bestimmungen angewandt werden, wird das betreffende Krankenhaus darüber unterrichtet.

Binnen einer Frist von vier Wochen nach der Notifizierung kann das Krankenhaus dem Generaldirektor der Verwaltung der Gesundheitspflege schriftlich seine Anmerkungen darlegen.]

[Art. 107 ersetzt durch Art. 103 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002); § 2 abgeändert durch Art. 59 § 2 und §§ 3 und 4 eingefügt durch Art. 43 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 10. September 2002)]

[Abschnitt 6 — [...]

[Abschnitt 6 mit Art. 107bis eingefügt durch Art. 66 des G. vom 30. Dezember 1988 (B.S. vom 5. Januar 1989); Überschrift von Abschnitt 6 aufgehoben durch Art. 80 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 107bis - [...]

[Art. 107bis aufgehoben durch Art. 104 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

[Abschnitt 7 — [...]

[Abschnitt 7 mit Art. 107ter eingefügt durch Art. 32 des G. vom 21. Dezember 1994 (B.S. vom 23. Dezember 1994); Überschrift von Abschnitt 7 aufgehoben durch Art. 80 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 107ter - Der König kann, nachdem Er den Nationalen Rat für das Krankenhauswesen angehört hat, durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Bestimmungen des vorliegenden Kapitels ganz oder teilweise und mit Anpassungen auf die in Artikel 69 Nr. 3 erwähnten Vereinigungen ausdehnen.]

[**Art. 107quater** - § 1 - Ein Krankenhaus darf von Patienten, die sich in einer Notfallversorgungseinheit anmelden, einen pauschalen Beitrag nur gemäß vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass festgelegten Bedingungen fordern. Der König legt den Betrag dieses Beitrags durch einen im Ministerrat beratenen Erlass fest.

§ 2 - Der König bewertet diese Regelung zwei Jahre nach ihrem In-Kraft-Treten und legt den föderalen Gesetzgebenden Kammern einen diesbezüglichen Bericht vor.]

[Art. 107quater eingefügt durch Art. 44 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 10. September 2002); § 1 bedingt für nichtig erklärt durch Entscheid Nr. 49/2004 des Schiedshofes vom 24. März 2004 (B.S. vom 29. April 2004)]

KAPITEL VI — Abschaffung von Arten von Krankenhausdiensten

Art. 108 - Nachdem der König den Nationalen Rat für das Krankenhauswesen angehört hat, kann Er eine oder mehrere Arten von Krankenhausdiensten, die nicht länger als solche betrachtet werden können, abschaffen.

KAPITEL VII — *Finanzierung der Defizite der öffentlichen Krankenhäuser**Abschnitt 1 — Beteiligung der Gemeinden*

Art. 109 - [Die eventuellen Defizite in den Geschäftsführungsrechnungen von Krankenhäusern der öffentlichen Sozialhilfezentren, der in Artikel 118 des Grundlagengesetzes vom 8. Juli 1976 über die öffentlichen Sozialhilfezentren erwähnten Vereinigungen und der interkommunalen Vereinigungen, die ein oder mehrere öffentliche Sozialhilfezentren oder eine oder mehrere Gemeinden umfassen, werden wie folgt gedeckt:

1. [Das Defizit wird auf der Grundlage der vom Sozialhilferat oder von der Generalversammlung der Vereinigung gebilligten Ergebnisrechnung des betreffenden Rechnungsjahres festgelegt, in der Folgendes nicht in Betracht gezogen wird:

- a) Tätigkeiten, die nicht zum Krankenhaus gehören,
- b) Tätigkeiten, die bei der Festlegung des Finanzmittelhaushalts nicht in Betracht gezogen werden.

Der König bestimmt die Elemente der Ergebnisrechnung, die ab dem Rechnungsjahr 2004 zur Festlegung des Defizits in Betracht gezogen werden müssen.

Der für die Volksgesundheit zuständige Minister stellt jährlich den Betrag dieser Defizite fest.]

[...]

[2.] Das Defizit wird von der Gemeinde, deren öffentliches Sozialhilfezentrum das Krankenhaus verwaltet, getragen. Wenn das Krankenhaus von einer in Artikel 118 des vorerwähnten Grundlagengesetzes vom 8. Juli 1976 erwähnten Vereinigung oder von einer interkommunalen Vereinigung betrieben wird, wird das Defizit von den lokalen Verwaltungen, die diese Vereinigung bilden, nach Verhältnis ihres eigenen Anteils an der Vereinigung getragen.

[3.] Der für die Volksgesundheit zuständige Minister kann einem Beamten des Ministeriums der Sozialen Angelegenheiten, der Volksgesundheit und der Umwelt die in Nr. 1 erwähnten Befugnisse ganz oder teilweise übertragen.]

[Art. 109 ersetzt durch Art. 105 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002); einziger Absatz Nr. 1 ersetzt, einziger Absatz frühere Nummer 2 aufgehoben und einziger Absatz frühere Nummern 3 und 4 unnummeriert zu Nr. 2 und 3 durch Art. 195 des G. vom 9. Juli 2004 (B.S. vom 15. Juli 2004)]

Art. 110 - Der König bestimmt die Modalitäten für die Ausführung von Artikel 109.

Abschnitt 2 — Sanierungsplan

Art. 111 - 114 - [...]

[Art. 111bis 114 aufgehoben durch Art. 106 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

KAPITEL VIII — *Aufsicht und Strafbestimmungen**Abschnitt 1 — Aufsicht*

Art. 115 - § 1 - Unbeschadet der Befugnisse der Gerichtspolizeioffiziere üben die vom König bestimmten [Beamten oder Angestellten] des Ministeriums der Volksgesundheit die Aufsicht über die Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes ergangenen Ausführungserlasse aus; zu diesem Zweck haben sie Zugang zu den Krankenhäusern [und den in Artikel 86 letzter Absatz erwähnten Diensten] und können dort vor Ort die Buchführung und die Statistiken kontrollieren, sich alle für diese Kontrolle notwendigen Auskünfte geben lassen und sich binnen der von ihnen festgelegten Frist alle anderen Dokumente und Auskünfte, die der Organisationsträger dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister laut Artikel 86 mitteilen muss, aushändigen und, falls notwendig, zuschicken lassen.

§ 2 - Sie stellen die Verstöße durch Protokolle fest, die bis zum Beweis des Gegenteils Beweiskraft haben. Den Zuwiderhandelnden wird binnen höchstens [zehn] Tagen nach Feststellung des Verstoßes eine Kopie des Protokolls zugeschickt.

[Binnen einer Frist von vier Wochen nach der Notifizierung können die in Absatz 1 erwähnten Zuwiderhandelnden dem Generaldirektor der Verwaltung der Gesundheitspflege schriftlich ihre Anmerkungen darlegen.]

[§ 3 - Für die Kontrolle der Registrierung der Daten, die die in Artikel 86 erwähnte medizinische Aktivität betreffen, können die in Absatz 1 erwähnten Beamten oder Angestellten sich von den in Artikel 154 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnten Vertrauensärzten der Versicherungsträger, die vom König auf Vorschlag des Krankenkassenkollegiums bestimmt werden, beistehen lassen.

Für die Erfüllung ihres in Absatz 1 erwähnten Auftrags haben die in Absatz 1 erwähnten Vertrauensärzte Zugang zu den in Artikel 15 erwähnten medizinischen Akten.

Der König bestimmt die Bedingungen und Regeln, denen die in Absatz 1 erwähnten Vertrauensärzte entsprechen müssen. Diese Bedingungen und Regeln können sich unter anderem auf Unvereinbarkeiten mit dem im vorliegenden Paragraphen erwähnten Auftrag und auf die Frist, während deren sie für diesen Auftrag zur Verfügung stehen, beziehen.

Jede Unregelmäßigkeit, die ein Vertrauensarzt bei der Erfüllung seines Auftrags begeht, wird dem Ausschuss des Dienstes für medizinische Evaluation und Kontrolle des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung vom Generaldirektor der Verwaltung der Gesundheitspflege im Hinblick auf die Anwendung von Artikel 155 § 1 des vorerwähnten, am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes gemeldet.]

[Art. 115 § 1 abgeändert durch Art. 150 des G. vom 29. April 1996 (B.S. vom 30. April 1996) und Art. 107 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Januar 2002); § 2 Abs. 1 abgeändert und § 2 Abs. 2 und § 3 eingefügt durch Art. 45 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 10. September 2002)]

Abschnitt 2 — Strafen

Art. 116 - Unbeschadet der Anwendung der durch das Strafgesetzbuch angedrohten Strafen wird mit einer Gefängnisstrafe von acht Tagen bis zu drei Monaten und einer Geldbuße von sechszwanzig bis zu zweitausend [Euro] oder mit nur einer dieser Strafen bestraft:

1. wer unter Verstoß gegen die Artikel 68 und 69 ein Krankenhaus betreibt, das den auferlegten Normen nicht entspricht, oder unter Verstoß gegen die Artikel 71 bis 73 einen Dienst betreibt, ohne die Zulassung erhalten zu haben,
2. wer unter Verstoß gegen Artikel 77 keine getrennte Buchführung macht oder Bestimmungen der in Ausführung von Artikel 79 ergangenen Erlasse nicht anwendet,

3. wer unter Verstoß gegen die Artikel 89 und 91 für einen Aufenthalt in einem Zimmer für mehr als zwei Betten einen anderen Preis in Rechnung stellt als den Preis, der vom Minister, der für die Volksgesundheit zuständig ist, festgelegt wird,

4. wer unter Verstoß gegen Artikel 92 die geltenden Preise der Öffentlichkeit nicht auf die vom Minister, der für die Volksgesundheit zuständig ist, festgelegte Weise mitteilt,

5. wer unter Verstoß gegen die Artikel 74 und 75 über die für die effektive Betriebseinstellung gewährte Frist hinaus ein Krankenhaus oder einen Dienst betreibt, das beziehungsweise der Gegenstand entweder eines Beschlusses zur vorläufigen Schließung oder eines Beschlusses zur definitiven Schließung war, gegen den keine Beschwerde mit aufschiebender Wirkung eingereicht wurde oder der nach einer Beschwerde bestätigt wurde,

6. wer unter Verstoß gegen Artikel 26 ein Krankenhaus oder einen Dienst baut, umgestaltet oder instand setzt, obwohl sie sich nicht in das in Artikel 23 erwähnte Programm einfügen,

7. wer den in Artikel 115 § 1 erwähnten Beamten und Bediensteten den Zugang zur Einrichtung verwehrt,

8. wer unter Verstoß gegen Artikel 40 ohne vorherige Genehmigung durch den für die Volksgesundheit zuständigen Minister aufwendige medizinische Apparatur installiert oder wer unter Verstoß gegen Artikel 41 aufwendige medizinische Apparatur betreibt, die nicht im Rahmen eines vom König erstellten Programms vorgesehen ist,

9. wer unter Verstoß gegen Artikel 42 Apparate in den Handel bringt, die den Bedingungen und Regeln in Sachen Registrierung nicht entsprechen,

10. wer unter Verstoß gegen die Bestimmungen von Artikel 44 ohne Zulassung und ohne die erforderlichen Bedingungen zu erfüllen [medizinische oder medizinisch-technische Dienste] errichtet oder betreibt.

[Art. 116 einziger Absatz einleitende Bestimmung abgeändert durch Art. 2 des G. vom 26. Juni 2000 (B.S. vom 29. Juli 2000) und einziger Absatz Nr. 10 abgeändert durch Art. 43 Nr. 1 des G. vom 30. März 1994 (B.S. vom 31. März 1994)]

Ab einem gemäß Art. 127 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002) vom König festzulegenden Datum lautet Art. 116 wie folgt:

[**Art. 116** - Unbeschadet der Anwendung der durch das Strafgesetzbuch angedrohten Strafen wird mit einer Gefängnisstrafe von acht Tagen bis zu drei Monaten und einer Geldbuße von sechszwanzig bis zu zweitausend [Euro] oder mit nur einer dieser Strafen bestraft:

1. wer unter Verstoß gegen die Artikel 68 und 69 ein Krankenhaus betreibt, das den auferlegten Normen nicht entspricht, oder unter Verstoß gegen die Artikel 71 bis 73 einen Dienst betreibt, ohne die Zulassung erhalten zu haben,

2. wer unter Verstoß gegen Artikel 77 keine getrennte Buchführung macht oder Bestimmungen der in Ausführung von Artikel 79 ergangenen Erlasse nicht anwendet,

3. [wer unter Verstoß gegen Artikel 90 Zuschläge in Rechnung stellt oder einen anderen Preis berechnet als den Preis pro Parameter, der in Anwendung der Artikel 104bis und 104ter vom Minister, der für die Volksgesundheit zuständig ist, festgelegt wird,]

4. [wer unter Verstoß gegen Artikel 91 den Patienten nicht gemäß den vom König festgelegten Regeln die Beträge zu ihren Lasten mitteilt oder sie von ihnen nicht unterzeichnen lässt, oder wer unter Verstoß gegen Artikel 92 der Öffentlichkeit die in den Artikeln 90, 104bis und 104ter erwähnten Beträge nicht nach den vom König festgelegten Modalitäten bekannt gibt,]

5. wer unter Verstoß gegen die Artikel 74 und 75 über die für die effektive Betriebseinstellung gewährte Frist hinaus ein Krankenhaus oder einen Dienst betreibt, das beziehungsweise der Gegenstand entweder eines Beschlusses zur vorläufigen Schließung oder eines Beschlusses zur definitiven Schließung war, gegen den keine Beschwerde mit aufschiebender Wirkung eingereicht wurde oder der nach einer Beschwerde bestätigt wurde,

6. wer unter Verstoß gegen Artikel 26 ein Krankenhaus oder einen Dienst baut, umgestaltet oder instand setzt, obwohl sie sich nicht in das in Artikel 23 erwähnte Programm einfügen,

7. wer den in Artikel 115 § 1 erwähnten Beamten und Bediensteten den Zugang zur Einrichtung verwehrt,

8. [wer unter Verstoß gegen Artikel 40 oder 41 aufwendige medizinische Apparatur in Betrieb nimmt oder betreibt, für die er entweder nicht die notwendige Genehmigung hat oder die nicht im Rahmen der Programmierung vorgesehen ist oder die maximale Anzahl Apparate überschreitet],

9. wer unter Verstoß gegen Artikel 42 Apparate in den Handel bringt, die den Bedingungen und Regeln in Sachen Registrierung nicht entsprechen,

10. wer unter Verstoß gegen die Bestimmungen von Artikel 44 ohne Zulassung und ohne die erforderlichen Bedingungen zu erfüllen [medizinische oder medizinisch-technische Dienste] errichtet oder betreibt,

[11. wer es unter Verstoß gegen Artikel 15 § 1 oder 17^{quater} § 1 versäumt, für jeden Patienten eine medizinische oder krankenpflegerische Akte gemäß den im vorliegenden Gesetz oder in seinen Ausführungserlassen erwähnten diesbezüglichen Bestimmungen anzulegen und/oder fortzuschreiben],

[12. wer unter Verstoß gegen Art. 76^{quinquies} medizinische Handlungen, deren Durchführung im Krankenhaus erfolgen muss, außerhalb eines zugelassenen Krankenhauses verrichtet oder wer medizinische Handlungen, die außerhalb eines Krankenhauses verrichtet werden müssen, im Krankenhaus durchführt.]

[Art. 116 einziger Absatz Nr. 10 abgeändert durch Art. 43 Nr. 1 des G. vom 30. März 1994 (B.S. vom 31. März 1994); einziger Absatz einleitende Bestimmung abgeändert durch Art. 2 des G. vom 26. Juni 2000 (B.S. vom 29. Juli 2000); einziger Absatz Nr. 3, 4 und 8 ersetzt und Nr. 11 eingefügt durch Art. 108 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002); einziger Absatz Nr. 12 eingefügt durch Art. 170 des G. vom 22. Dezember 2003 (B.S. vom 31. Dezember 2003)]

Art. 117 - Im Wiederholungsfall binnen zwei Jahren nach einem rechtskräftig gewordenen auf Strafe lautenden Urteil wegen eines der in Artikel 116 erwähnten Verstöße können die Strafen verdoppelt werden.

Art. 118 - Eine natürliche oder juristische Person, die unter Verstoß gegen die Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes ein Krankenhaus oder einen Dienst betreibt, haftet zivilrechtlich für die Zahlung der Geldbußen und Gerichtskosten.

Art. 119 - Die Bestimmungen von Buch I des Strafgesetzbuches, einschließlich Kapitel VII und Artikel 85, sind auf die im vorliegenden koordinierten Gesetz erwähnten Verstöße anwendbar.

**TITEL IV — Bestimmungen mit Bezug auf die Verwaltung von Krankenhäusern
und die Rechtsstellung von Krankenhausärzten****KAPITEL I — Beteiligung der Krankenhausärzte an der Beschlussfassung***Abschnitt 1 — Ärzterat*

Art. 120 - In jedem Krankenhaus wird ein Ärzterat eingerichtet.

Art. 121 - Der Ärzterat ist das die Krankenhausärzte vertretende Organ, durch das sie an der Beschlussfassung im Krankenhaus beteiligt werden.

Art. 122 - § 1 - Die Mitglieder des Ärzterates werden von den Krankenhausärzten gewählt.

§ 2 - Der König legt das minimale Aktivitätsniveau fest, das von den Ärzten gefordert wird, um einerseits stimmberechtigt und andererseits wählbar zu sein.

§ 3 - Der König legt ebenfalls die Regeln in Bezug auf die Zusammensetzung des Ärzterates, den Modus der Wahl seiner Mitglieder, die Bestimmung des Präsidenten oder seines Beauftragten, die Dauer ihres Mandats und die Arbeitsweise des Ärzterates fest.

Art. 123 - Der Ärzterat berichtet regelmäßig vor der zu diesem Zweck einberufenen Versammlung der Krankenhausärzte über die Ausübung seines Mandats.

Der König bestimmt die Modalitäten zur Ausführung des vorliegenden Artikels.

Art. 124 - Mit dem Ziel, den Patienten im Krankenhaus unter optimalen Bedingungen medizinische Pflege zukommen zu lassen, und unbeschadet der in den Artikeln 13 bis 17 erwähnten Aufgaben des Chefarztes sorgt der Ärzterat dafür, dass die Krankenhausärzte mitwirken an Maßnahmen

1. zur Förderung und ständigen Bewertung der Qualität der im Krankenhaus ausgeübten Heilkunst,
2. zur Förderung des Teamgeists unter den Krankenhausärzten,
3. zur Förderung der Zusammenarbeit mit den anderen Mitgliedern des Krankenhauspersonals, insbesondere mit dem Krankenpflegepersonal und dem heilhilfsberuflichen Personal,
4. zur Förderung der Zusammenarbeit der Krankenhausärzte mit anderen Ärzten, insbesondere mit dem überweisenden Allgemeinmediziner oder Hausarzt,
5. zur Förderung der medizinischen Aktivität mit wissenschaftlichem Charakter unter Berücksichtigung der Möglichkeiten des Krankenhauses.

Art. 125 - Im Rahmen des in Artikel 124 beschriebenen Ziels gibt der Ärzterat dem Verwalter eine Stellungnahme in Bezug auf folgende Angelegenheiten ab:

1. die in Artikel 130 erwähnte allgemeine Regelung in Bezug auf die Rechtsverhältnisse zwischen Krankenhaus und Krankenhausärzten,
2. die Regelung über die Organisation und Koordination der medizinischen Aktivität im Krankenhaus,
3. die Festlegung und Änderung des Stellenplans des medizinischen Personals,
4. die Ernennung des Chefarztes,
5. die Ernennung oder Bestimmung der dienstleitenden Ärzte,
6. die Annahme, Einstellung, Ernennung und Beförderung der Krankenhausärzte,
7. die Entfernung aus dem Dienst von Krankenhausärzten, mit Ausnahme der Entfernung aus schwerwiegendem Grund,
8. die anderen Sanktionen gegen Krankenhausärzte,
9. die jährlichen Haushaltsvoranschläge mit Bezug auf die medizinische Aktivität im Krankenhaus,
10. die Bestimmung des Bedarfs an medizinischer Ausrüstung und die Festlegung der Prioritäten innerhalb der vom Verwalter festgelegten budgetären Möglichkeiten,
11. den Erwerb und die Erneuerung von sowie die umfangreichen Reparaturarbeiten an medizinischer Apparatur, die ganz oder teilweise direkt zu Lasten der Honorare finanziert wird,
12. die mit Dritten geschlossenen Vereinbarungen, die eine Auswirkung auf die medizinische Aktivität im Krankenhaus haben,
13. die Schaffung neuer medizinischer Dienste und die Änderung, Aufteilung oder Abschaffung bestehender medizinischer Dienste,
14. den Bau oder die Umgestaltung des Krankenhauses oder die Veränderung der Zweckbestimmung von Räumlichkeiten, sofern sie eine Auswirkung auf die medizinische Aktivität im Krankenhaus haben,
15. die Änderung der Regelung in Bezug auf den Zugang von Krankenhausärzten zur medizinischen Aktivität im Krankenhaus,
16. den Stellenplan des Krankenpflegepersonals und des heilhilfsberuflichen Personals, einschließlich der in diesem Stellenplan erforderlichen Qualifikationen,
17. die Festlegung und Änderung des Stellenplans, der ganz oder teilweise direkt zu Lasten der Honorare finanziert wird,
18. die Klagen in Zusammenhang mit der Arbeitsweise der medizinischen Dienste, die dem Rat vom Verwalter und vom Präsidenten des Ärzterates nach erfolgter Absprache vorgelegt werden.

Der betroffene Krankenhausarzt kann beantragen, dass die im vorliegenden Artikel vorgesehene Stellungnahme des Ärzterates, die die in Nr. 8 erwähnten Sanktionen betrifft, durch eine Stellungnahme des Präsidenten des Ärzterates ersetzt wird.

Im Fall einer Entfernung aus dem Dienst aus schwerwiegendem Grund teilt der Verwalter dem Präsidenten des Ärzterates den Grund mit, der zur Rechtfertigung dieser Entfernung angeführt wurde.

Eine Entfernung aus dem Dienst aus schwerwiegendem Grund kann nicht ohne die Stellungnahme des Ärztirates erfolgen, wenn der Sachverhalt zur Rechtfertigung der Entfernung dem Verwalter seit mehr als drei Werktagen bekannt ist.

Lediglich ein binnen drei Werktagen nach Entfernung aus dem Dienst notifizierter schwerwiegender Grund kann ohne Stellungnahme des Ärztirates zur Rechtfertigung einer Entfernung angeführt werden.

Zur Vermeidung der Nichtigkeit muss die Notifizierung des schwerwiegenden Grundes durch Einschreiben oder Gerichtsvollzieherurkunde erfolgen.

Diese Notifizierung kann ebenfalls durch die Aushändigung eines Schriftstücks an den betreffenden Krankenhausarzt erfolgen.

Die von diesem Krankenhausarzt auf dem Duplikat des Schriftstücks angebrachte Unterschrift gilt nur als Empfangsbestätigung für diese Notifizierung.

Ein Verwalter, der einen schwerwiegenden Grund anführt, muss diesen nachweisen und ebenfalls den Beweis erbringen, dass er die in den Absätzen 4 und 5 vorgesehenen Fristen eingehalten hat.

Art. 126 - § 1 - In allen in Artikel 125 erwähnten Fällen ist der Verwalter verpflichtet, die Stellungnahme des Ärztirates einzuholen. Außerdem gibt der Ärztirat zu jeder Angelegenheit, die der Verwalter ihm vorlegt, eine Stellungnahme ab.

§ 2 - Diese Stellungnahme muss binnen einem Monat abgegeben werden, außer wenn der Verwalter und der Ärztirat sich auf eine andere Frist geeinigt haben. Wenn die Stellungnahme bei Ablauf der Frist nicht erfolgt ist, kann der Verwalter entscheiden.

§ 3 - Die Begutachtungsanträge und Stellungnahmen werden schriftlich erstellt, außer wenn der Verwalter und der Ärztirat anders darüber entscheiden; die sich auf die in Artikel 127 § 1 erwähnten Punkte beziehenden Begutachtungsanträge müssen jedoch immer schriftlich formuliert werden.

Das Resultat der Abstimmung wird der Stellungnahme beigelegt; auf ihre Anfrage hin kann die Minderheit der Stellungnahme der Mehrheit eine Mitteilung über ihren Standpunkt beifügen.

§ 4 - Der Ärztirat ist ebenfalls berechtigt, dem Verwalter auf eigene Initiative hin eine Stellungnahme zu allen Fragen mit Bezug auf die Ausübung der Heilkunde im Krankenhaus abzugeben.

Art. 127 - § 1 - Wenn der Ärztirat infolge eines Begutachtungsantrags des Verwalters in Bezug auf die in Artikel 125 Nr. 1, 2, 4, 7, 11 und 17 erwähnten Punkte eine schriftliche, mit Gründen versehene Stellungnahme mit Zweidrittelmehrheit der stimmberechtigten Mitglieder abgibt und der Verwalter sich dieser nicht anschließen kann, kann der Beschluss nur nach dem in den Paragraphen 2 und 3 und in Artikel 128 bestimmten Verfahren gefasst werden.

§ 2 - Wenn der Verwalter sich der in § 1 erwähnten Stellungnahme nicht anschließen kann, spricht er sich mit dem Ärztirat oder einer Vertretung dieses Rates ab.

Wenn diese Absprache nicht zu einem Konsens führt, kann das Problem im gemeinsamen Einvernehmen zwischen Verwalter und Ärztirat einem Vermittler vorgelegt werden.

Der Vermittler wird im gemeinsamen Einvernehmen zwischen Verwalter und Ärztirat bestimmt. Wenn es in Bezug auf die Wahl des Vermittlers nicht zu einer Einigung kommt, informiert der Verwalter den für die Volksgesundheit zuständigen Minister darüber; dieser bestimmt binnen einem Monat von Amts wegen einen Vermittler, der aus einer von ihm auf Vorschlag der Nationalen paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser aufgesetzten Liste von Vermittlern gewählt wird.

§ 3 - Wenn die im vorhergehenden Paragraphen erwähnte Absprache nach zwei Monaten nicht zu einem Konsens geführt hat und der Verwalter die Stellungnahme des Ärztirates zu einem neuen Beschlussvorschlag nicht eingeholt hat, kann entweder der Verwalter oder der Ärztirat darum bitten, dass der für die Volksgesundheit zuständige Minister einen Vermittler bestimmt, dem das Problem vorgelegt wird; der Minister bestimmt binnen einem Monat einen aus der in § 2 erwähnten Liste gewählten Vermittler.

Art. 128 - § 1 - Der Vermittler bemüht sich um eine Annäherung der Standpunkte. Wenn es binnen einem Monat nicht zu einer Einigung kommt, schlägt der Vermittler selbst binnen einem Monat danach eine Lösung vor.

§ 2 - Wenn der Vermittler festgestellt hat, dass es nicht zu einer Einigung kommen konnte, weil die Meinungsverschiedenheiten sich auf die Einhaltung der Ziele des Krankenhauses beziehen, so wie sie in der in Artikel 130 erwähnten allgemeinen Regelung des Krankenhauses oder in der in Artikel 131 erwähnten schriftlichen individuellen Regelung ausdrücklich vermerkt sind, berücksichtigt er dies bei der Formulierung seines Vorschlags.

§ 3 - Der Verwalter kann einen Beschluss gemäß diesem Vorschlag fassen.

Wenn der Verwalter sich diesem Vorschlag nicht anschließen kann, kann er nur einen anders lautenden Beschluss fassen, wenn er selbst einen neuen Beschlussvorschlag formuliert, dem der Ärztirat zustimmt.

§ 4 - Der Verwalter kann auch einen Beschluss fassen, der anders lautet als der vom Vermittler vorgeschlagene Beschluss, sofern der gefasste Beschluss eine in Artikel 125 Nr. 1 erwähnte Angelegenheit betrifft und nur auf die zum ersten Mal im Krankenhaus noch einzustellenden Krankenhausärzte und nicht auf die im Krankenhaus bereits arbeitenden Krankenhausärzte anwendbar ist.

Der in Anwendung des vorhergehenden Absatzes gefasste Beschluss darf sich nicht auf Artikel 130 § 3 Nr. 2 und 5 beziehen.

Der Verwalter fasst einen mit Gründen versehenen Beschluss. Aus der Begründung muss zumindest hervorgehen, dass die neuen Bestimmungen der allgemeinen Regelung entweder mit den in den Bestimmungen der Artikel 13 bis 17 oder des Titels IV vorgesehenen gesetzlichen Möglichkeiten oder mit den von der Nationalen paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser ausgearbeiteten Regelungsmustern vereinbar sind.

Die Klauseln der allgemeinen Regelung, die mit den oben erwähnten Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes nicht vereinbar sind, gelten als ungeschrieben.

In dem in Anwendung von Absatz 1 gefassten Beschluss wird das Datum, ab dem die neuen Bestimmungen der allgemeinen Regelung wirksam werden, festgelegt; diese Bestimmungen dürfen auf jeden Fall nicht früher als neun Monate nach dem Datum der Beschlussfassung in Kraft treten, es sei denn, der Ärztirat oder die Paritätische Kommission hat dem Verwalter früher mitgeteilt, dass er beziehungsweise sie gegen ein früheres Datum keine Einwände hat.

Der Verwalter übermittelt dem Ärztirat, dem Vermittler und dem Sekretär der Paritätischen Kommission den mit Gründen versehenen Beschluss binnen einem Monat.

[**Art. 128bis** - Der König kann nach den von Ihm bestimmten Regeln [und Bedingungen] festlegen, welche finanziellen oder statistischen Daten dem Ärzterrat eines Krankenhauses vom Verwalter mitgeteilt werden müssen.]

[*Art. 128bis eingefügt durch Art. 102 des G. vom 22. Februar 1998 (B.S. vom 3. März 1998) und abgeändert durch Art. 60 des G. vom 2. Januar 2001 (B.S. vom 3. Januar 2001)*]

Abschnitt 2 — Ständiger Ausschuss zur Konzertierung zwischen Verwalter und Krankenhausärzten

Art. 129 - § 1 - Das in den Artikeln 125 bis 128 bestimmte Verfahren kann auf Vorschlag des Verwalters durch ein Verfahren der direkten Konzertierung zwischen Verwalter und Ärzterrat ersetzt werden, unter der Bedingung, dass Letzterer dem schriftlich zustimmt.

§ 2 - Die direkte Konzertierung erfolgt in einem zu diesem Zweck geschaffenen Ständigen Konzertierungsausschuss, nachstehend "der Ausschuss" genannt. Der Ausschuss setzt sich einerseits aus einer vom Verwalter bevollmächtigten Vertretung und andererseits aus einer vom Ärzterrat bevollmächtigten Vertretung zusammen.

§ 3 - Der Ausschuss bemüht sich um einen Konsens in den Angelegenheiten, die gemäß Artikel 126 eine Stellungnahme des Ärzterrates erfordern. Wenn ein Konsens erreicht wird, sind die Mitglieder des Ausschusses verpflichtet, diesen vor ihren Vollmachtgebern zu verteidigen.

§ 4 - Wenn der Ausschuss keinen Konsens erreicht und der Verwalter dennoch einen Beschluss fassen möchte, legt er dem Ärzterrat den geplanten Beschluss zur Stellungnahme vor; in diesem Fall sind die Bestimmungen der Artikel 126 bis einschließlich 128 anwendbar.

Wenn der Verwalter sich dem im Ausschuss erreichten Konsens nicht anschließen kann, begründet er seinen Standpunkt und legt er dem Ärzterrat die Angelegenheit gemäß den Bestimmungen der Artikel 126 bis einschließlich 128 zur Stellungnahme vor.

Wenn der Ärzterrat sich dem im Ausschuss erreichten Konsens nicht anschließen kann, gibt er eine schriftliche und mit Gründen versehene Stellungnahme ab. Wenn es sich um eine der in Artikel 127 § 1 erwähnten Angelegenheiten handelt, sind die Bestimmungen der Artikel 127 und 128 anwendbar, sofern die Stellungnahme binnen einem Monat mit Zweidrittelmehrheit der stimmberechtigten Mitglieder abgegeben worden ist.

§ 5 - Wenn der Verwalter oder der Ärzterrat beschließt, die im vorliegenden Abschnitt bestimmte Konzertierungsform nicht mehr anzuwenden, muss er den Ärzterrat beziehungsweise den Verwalter schriftlich davon in Kenntnis setzen. In diesem Fall wird die im vorliegenden Abschnitt erwähnte Form der direkten Konzertierung binnen drei Monaten gegenstandslos.

[**Abschnitt 3** — Finanzielle Transparenz

[*Abschnitt 3 mit Art. 129bis eingefügt durch Art. 46 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 10. September 2002)*]

Art. 129bis - § 1 - Im Hinblick auf die Gewährleistung der finanziellen Transparenz des Geldflusses innerhalb des Krankenhauses ist eine regelmäßige Konzertierung zwischen Verwalter und Ärzterrat erforderlich.

Zu diesem Zweck wird in jedem Krankenhaus eine Finanzkommission geschaffen, es sei denn, es ist bereits ein ständiger Konzertierungsausschuss eingesetzt worden, der die Aufträge der Finanzkommission erfüllt.

§ 2 - Die Finanzkommission setzt sich paritätisch aus einerseits einer Vertretung des Verwalters und andererseits einer Vertretung des Ärzterrates zusammen. Die Vertretungen setzen sich einerseits aus Mitgliedern, die der Verwaltung und der in Artikel 12 erwähnten Direktion angehören und unter denen sich mindestens ein Verwalter befindet, und andererseits aus vom Ärzterrat bestimmten Krankenhausärzten zusammen.

Letztere können sich von einem Finanzexperten beistehen lassen.

§ 3 - Die Finanzkommission verfügt über alle Daten, wie bestimmt in Artikel 128bis.

§ 4 - Die Finanzkommission bespricht zumindest:

- die jährlichen Haushaltsvoranschläge,
- den Jahresabschluss,
- die Berichte des in den Artikeln 82 und 84 erwähnten Betriebsrevisors,
- die Art der angerechneten Kosten.

§ 5 - Wenn infolge der in § 4 erwähnten Besprechungen im Konsens Maßnahmen vorgeschlagen werden, sind die Mitglieder der Finanzkommission verpflichtet, sie einerseits vor dem Verwalter und andererseits vor dem Ärzterrat zu verteidigen.

§ 6 - Die in § 3 erwähnten Daten können dem Ärzterrat vom Beauftragten des Ärzterrates mitgeteilt werden.]

KAPITEL II — Rechtsverhältnisse zwischen Krankenhaus und Krankenhausärzten

Art. 130 - § 1 - In jedem Krankenhaus wird eine allgemeine Regelung in Bezug auf die Rechtsverhältnisse zwischen dem Krankenhaus und den Ärzten und in Bezug auf die Organisations- und Arbeitsbedingungen - darin einbegriffen die finanziellen Arbeitsbedingungen - aufgestellt.

Unbeschadet der Anwendung der Artikel 13 bis 17 darf die allgemeine Regelung keine Bestimmungen enthalten, die die berufliche Autonomie des einzelnen Krankenhausarztes in Sachen Erstellung einer Diagnose oder Durchführung einer Behandlung in Frage stellen.

§ 2 - Diese allgemeine Regelung wird auf Initiative des Verwalters unter Einhaltung des in Kapitel I Abschnitt 1 oder gegebenenfalls Abschnitt 2 bestimmten Verfahrens erstellt.

In dieser allgemeinen Regelung können bestimmte Angelegenheiten unterschiedlich geregelt werden, je nachdem, ob es sich um schon im Krankenhaus beschäftigte Ärzte oder um zum ersten Mal im Krankenhaus einzustellende Ärzte handelt.

§ 3 - In der allgemeinen Regelung müssen zumindest folgende Angelegenheiten behandelt werden:

1. die Annahme-, Einstellungs-, Ernennungs- und Beförderungsbedingungen,
2. in welchen Kategorien von Fällen, aus welchen Gründen und nach welchen Verfahren den Rechtsverhältnissen zwischen Verwalter und Krankenhausärzten ein Ende gesetzt werden kann,
3. die Arbeitsbedingungen, unter denen die Krankenhausärzte ihre Tätigkeit im Krankenhaus ausüben, darin einbegriffen die Standardbestimmungen mit Bezug auf die in Artikel 131 § 2 aufgezählten Punkte,
4. die finanziellen Bestimmungen mit Bezug auf die medizinische Aktivität, darin einbegriffen die Modalitäten für die Entlohnung der Ärzte und die Modalitäten für die Einforderung der Honorare und gegebenenfalls die Kostenregelung sowie die sich darauf beziehenden Standardbestimmungen,

5. die jeweiligen Rechte und Pflichten in Bezug auf die Gewährleistung einer ständigen medizinischen Versorgung.

Art. 131 - § 1 - Unter Verweis auf die in Artikel 130 erwähnte allgemeine Regelung müssen die jeweiligen Rechte und Pflichten des einzelnen Krankenhausarztes und des Verwalters und insbesondere die Arbeitsbedingungen des Krankenhausarztes entweder in einem Abkommen oder in der Ernennungsurkunde schriftlich festgelegt werden; Abänderungen in Bezug auf diese jeweiligen Rechte und Pflichten werden ebenfalls schriftlich festgehalten.

§ 2 - Diese schriftlichen Bestimmungen betreffen zumindest die konkrete Anwendung der in Artikel 130 § 3 aufgezählten Punkte auf den einzelnen Krankenhausarzt sowie die folgenden Punkte:

1. die Funktion, die Leistungen und den Dienst eines Krankenhausarztes, die Bedingungen für seine Ersetzung im Abwesenheitsfall und gegebenenfalls die Bestimmungen in Bezug auf die medizinische Tätigkeit außerhalb des Krankenhauses,
2. die Dauer der eventuellen Probezeit,
3. die Einhaltung der Geschäftsordnung des Krankenhauses und der Dienste und gegebenenfalls die Einhaltung der Personalordnung für den Ärztstab,
4. wie beide Parteien ihren Verpflichtungen in Bezug auf die Organisation der Gewährleistung der ständigen medizinischen Versorgung nachkommen müssen.

KAPITEL III — Entlohnungsrechtliche Stellung der Krankenhausärzte

Abschnitt 1 — Entlohnungssysteme

Art. 132 - § 1 - In Krankenhäusern dürfen Krankenhausärzte nur nach folgenden Systemen entlohnt werden:

1. Entlohnung pro Leistung,
2. Entlohnung auf der Grundlage der Verteilung eines "Pools" der Entlohnungen pro Leistung, der für das Krankenhaus insgesamt oder pro Dienst festgelegt wird,
3. Entlohnung, die aus einem vertraglich oder statutarisch festgelegten festen Prozentsatz der Entlohnungen pro Leistung oder des "Pools" der Entlohnungen pro Leistung besteht,
4. pauschale Entlohnung, die aus einem Gehalt besteht,
5. feste Vergütung, die eventuell erhöht wird um einen Anteil aus dem "Pool" der Entlohnungen pro Leistung.

§ 2 - Wenn ein Krankenhaus mehr als eines der oben erwähnten Entlohnungssysteme anwendet, wird die Wahl des Systems oder die Änderung dieser Wahl in einem schriftlichen Abkommen festgehalten, das zwischen dem Krankenhausarzt und dem Verwalter geschlossen wird. Das gewählte System wird dem Ärzterrat mitgeteilt.

Abschnitt 2 — Einforderung der Honorare

Art. 133 - Ungeachtet des im Krankenhaus angewandten Entlohnungssystems werden alle Beträge, die von Patienten oder Dritten zur Entlohnung der Leistungen der Krankenhausärzte für im Krankenhaus aufgenommene Patienten zu zahlen sind, zentral eingefordert.

Art. 134 - Der König kann die in Artikel 133 erwähnte Verpflichtung zur zentralen Einforderung unter den von ihm bestimmten Bedingungen ganz oder teilweise auf die Leistungen der Krankenhausärzte ausdehnen, die in den medizinisch-technischen Diensten zugunsten von Patienten erbracht werden, die im Krankenhaus untersucht werden, ohne dort aufgenommen zu sein.

Art. 135 - Außer wenn der Ärzterrat beschließt, selbst einen Dienst für die zentrale Einforderung der Honorare einzurichten, nimmt das Krankenhaus die zentrale Einforderung unter Einhaltung folgender Bedingungen vor:

1. Die Regelung der Arbeitsweise des Einforderungsdienstes muss im gemeinsamen Einvernehmen zwischen Verwalter und Ärzterrat aufgestellt werden.

In dieser Regelung werden unter anderem die Frist bestimmt, binnen der die Pflegebescheinigungen vom Krankenhausarzt übermittelt werden müssen, sowie die Maßnahmen, die auf den Krankenhausarzt anwendbar sind, der sie nicht binnen der festgelegten Frist übermittelt. In der Regelung wird auch die Frist festgelegt, binnen der einerseits die Rechnungen den Schuldnern vorgelegt und andererseits die den Krankenhausärzten geschuldeten Beträge ausgezahlt werden. Vorbehaltlich anders lautender Bestimmungen in der Regelung läuft diese Frist ab der Einforderung und ist der gesetzliche Zinssatz für Beträge, die nicht zeitig bezahlt werden, nach Ablauf der festgelegten Frist zu entrichten, ohne dass eine Mahnung durch den betreffenden Krankenhausarzt erforderlich ist.

2. Der Präsident oder ein beauftragtes Mitglied des Ärzterrates kann die Arbeitsweise des Einforderungsdienstes kontrollieren. Zu diesem Zweck werden alle Dokumente, die die Einforderung oder gegebenenfalls die Zahlung und die Abzüge betreffen, zu seiner Verfügung gestellt und können von ihm vor Ort eingesehen werden.

3. Jedem betroffenen Krankenhausarzt werden mindestens alle drei Monate alle Belege der ihn betreffenden Verrichtungen zur Verfügung gestellt.

Art. 136 - Wenn die zentrale Einforderung durch einen zu diesem Zweck vom Ärzterrat organisierten Dienst durchgeführt wird, wird im gemeinsamen Einvernehmen mit dem Verwalter eine Regelung über die Arbeitsweise des Dienstes aufgestellt, in der insbesondere festgelegt wird, wie und zu welchem Zeitpunkt die dem Krankenhaus von den Krankenhausärzten geschuldeten Beträge übertragen werden müssen; außerdem muss festgelegt werden, dass der Verwalter oder sein Beauftragter über gleiche Kontrollmöglichkeiten verfügt wie die, die in Artikel 135 Nr. 2 für den Ärzterrat und in Artikel 135 Nr. 3 für die Krankenhausärzte erwähnt sind. Vorbehaltlich anders lautender Bestimmungen in der Regelung läuft diese Frist ab der Einforderung und ist der gesetzliche Zinssatz für Beträge, die nicht zeitig bezahlt werden, nach Ablauf der festgelegten Frist zu entrichten, ohne dass eine Mahnung durch den Verwalter erforderlich ist.

Das in den Artikeln 127 und 128 vorgesehene Verfahren ist erst anwendbar ab dem Zeitpunkt, wo die Regelung über die Arbeitsweise des Dienstes für die zentrale Einforderung im gemeinsamen Einvernehmen mit dem Verwalter aufgestellt ist.

Art. 137 - Der König kann nähere Regeln für die Ausführung der Artikel 133 bis 136 festlegen, darin einbegriffen einheitliche Buchführungsregeln.

[In der in Artikel 135 Nr. 1 Absatz 2 oder in Artikel 136 Absatz 1 erwähnten Regelung wird unter anderem festgelegt, wie der Unterschied zwischen den tatsächlichen Ausgaben und den Referenzausgaben, der von den Beträgen abgezogen wird, die der Krankenpflichtversicherung vom Dienst für die zentrale Einforderung angerechnet

worden sind, so wie in Artikel 56ter des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vorgesehen, für die einzelnen Krankenhausärzte verrechnet wird.

Solange die im vorhergehenden Absatz erwähnte Vorschrift nicht in der erwähnten Regelung aufgenommen ist, erfolgt die Verrechnung für die Krankenhausärzte nach Verhältnis des Anteils eines jeden Krankenhausarztes an der Honorarermasse der Gruppe Leistungserbringer, zu der er während der drei Monate vor der Verrechnung gehört; der für die Gruppe zu verrechnende Betrag wird auf der Grundlage des relativen Anteils dieser Gruppe an der festgestellten Überschreitung festgelegt, wobei die Zweckbestimmung der erwähnten Honorare unter Anwendung von Artikel 140 mit Ausnahme von § 1 Nr. 2 und § 2 in Betracht gezogen wird. Wenn die Anwendung von Artikel 140 § 1 Nr. 1 für die betreffenden Honorare zu einem "Pool" der Entlohnungen pro Leistung führt, wird deren Anteil ebenfalls verhältnismäßig zum "Pool" und nach den für die einzelnen Krankenhausärzte geltenden Regeln verrechnet.

Für die Anwendung von Absatz 3 wird der in Artikel 140 § 1 Nr. 3 und § 3 erwähnten Verwendung nicht Rechnung getragen, sofern die Deckung der Kosten auf der Grundlage nachgewiesener und tatsächlicher Kosten im Einvernehmen mit dem Ärzterrat ausgedrückt wird; in jedem anderen Fall erfolgt die erwähnte Verrechnung zu 75% zu Lasten des Krankenhausarztes und zu 25 % zu Lasten des Krankenhausverwalters.]

[Art. 137 Abs. 2bis 4 eingefügt durch Art. 47 des G. vom 22. August 2002 (B.S. vom 10. September 2002)]

Abschnitt 3 — Festlegung der Honorare

Art. 138 - [§ 1 - Wenn eine wie in Artikel 50 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnte Vereinbarung in Kraft ist, sind die Vertragskrankhausärzte verpflichtet, für in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommene Patienten die vereinbarten Tarife anzuwenden.

Patienten, die eine der in Artikel 90 § 2 erwähnten Bedingungen erfüllen, werden mit in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommenen Patienten gleichgestellt.

Die Absätze 1 und 2 sind für die vom König bestimmten Leistungen ebenfalls anwendbar auf Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt, die in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommen sind.

§ 2 - In dem in § 1 vorgesehenen Fall informieren die Krankenhausärzte, die der Vereinbarung im Sinne von § 1 nicht beigetreten sind, den Verwalter darüber; dieser setzt den Ärzterrat und die Versicherungsträger davon in Kenntnis.

Unbeschadet des Paragraphen 5 Absatz 1 können die in Absatz 1 erwähnten Ärzte für die in § 1 Absatz 1 und 2 erwähnten Patienten Tarife anwenden, die von den vereinbarten Tarifen abweichen, sofern in der in Artikel 130 erwähnten allgemeinen Regelung Höchsttarife festgelegt sind und diese von den betreffenden Ärzten eingehalten werden. Dieses Element der allgemeinen Regelung muss vor seiner Anwendung vom Verwalter an die Paritätische Kommission Ärzte-Krankenhäuser und über das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung den Versicherungsträgern mitgeteilt werden.

Absatz 2 ist für die vom König bestimmten Leistungen ebenfalls anwendbar auf Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt.

§ 3 - Der Verwalter und der Ärzterrat garantieren, dass alle in § 1 erwähnten Patienten zu den Tarifen der Vereinbarung versorgt werden können. Nach Konzertierung mit dem Ärzterrat ergreift der Verwalter die zu diesem Zweck notwendigen Initiativen und informiert den Ärzterrat darüber.

Der König kann die Modalitäten für die Anwendung von Absatz 1 festlegen.

§ 4 - In dem Fall, wo keine wie in Artikel 50 des vorerwähnten Gesetzes vom 14. Juli 1994 erwähnte Vereinbarung in Kraft ist, können die Ärzte unbeschadet des Paragraphen 5 Absatz 2 für die in § 1 Absatz 1 und 2 erwähnten Patienten Tarife anwenden, die von den als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dienenden Tarifen abweichen, sofern gemäß den in § 2 Absatz 2 erwähnten Regeln Höchsttarife festgelegt worden sind, die von den betreffenden Ärzten eingehalten werden. Dieses Element der allgemeinen Regelung muss vor seiner Anwendung vom Verwalter an die Paritätische Kommission Ärzte-Krankenhäuser und über das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung den Versicherungsträgern mitgeteilt werden.

Absatz 1 ist für die vom König bestimmten Leistungen ebenfalls anwendbar auf Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt.

§ 5 - Der König bestimmt die Kategorien von Patienten, für die die in § 2 erwähnten Ärzte keine von den vereinbarten Tarifen abweichenden Tarife anwenden dürfen.

Für die in Absatz 1 erwähnten Patienten sind in dem Fall, wo, wie in § 4 erwähnt, keine Vereinbarung in Kraft ist, die Höchsttarife, die von den Ärzten für die in Absatz 1 erwähnten Patienten in Rechnung gestellt werden dürfen, diejenigen, die als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung verwendet werden.]

[Art. 138 ersetzt durch Art. 109 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Art. 139 - Der Verwalter trifft die notwendigen Maßnahmen, damit die Patienten die Liste einsehen können, auf der einerseits die Krankenhausärzte, die sich zur Anwendung der vereinbarten Tarife verpflichtet haben, und andererseits die Krankenhausärzte, die sich nicht zur Anwendung der vereinbarten Tarife verpflichtet haben, angegeben sind.

[Der König kann die Regeln für die Mitteilung der Zuschläge, die im Verhältnis zu den Vertragstarifen angerechnet werden, und jeglicher anderer Zuschläge an die Patienten näher bestimmen.]

[Art. 139 Abs. 2 eingefügt durch Art. 111 des G. vom 22. Dezember 1989 (B.S. vom 30. Dezember 1989)]

Ab einem gemäß Art. 127 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002) vom König festzulegenden Datum lautet Art. 139 wie folgt:

[**Art. 139** - Der Verwalter trifft die notwendigen Maßnahmen, damit die Patienten die Liste einsehen können, auf der einerseits die Krankenhausärzte, die sich zur Anwendung der vereinbarten Tarife verpflichtet haben, und andererseits die Krankenhausärzte, die sich nicht zur Anwendung der vereinbarten Tarife verpflichtet haben, angegeben sind.

[...].]

[Art. 139 Abs. 2 eingefügt durch Art. 111 des G. vom 22. Dezember 1989 (B.S. vom 30. Dezember 1989) und aufgehoben durch Art. 110 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]"

Abschnitt 3bis — Honorarbestandteile

[Abschnitt 3bis mit Art. 139bis eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 16. April 1997 (B.S. vom 30. April 1997)]

Art. 139bis - Unbeschadet des Artikels 140 decken die zentral oder nicht zentral eingeforderten Honorare alle Kosten, die direkt oder indirekt mit der Durchführung medizinischer Leistungen verbunden sind, insbesondere die mit dem medizinischen, krankenpflegerischen, heilhilfsberuflichen, Pflege-, technischen, Verwaltungs-, Wartungs- und anderem Hilfspersonal verbundenen Kosten, die mit der Benutzung von Räumen verbundenen Kosten, die mit dem Erwerb, der Erneuerung, den wichtigen Reparaturen und der Wartung der erforderlichen Ausrüstung verbundenen Kosten, die Kosten für Material und medizinische Verbrauchsgüter sowie die mit den von Dritten im Rahmen kollektiver Dienste gelieferten Gütern oder erbrachten Leistungen verbundenen Kosten, die nicht durch den [Finanzmittelhaushalt] gedeckt sind.]

[Art. 139bis abgeändert durch Art. 111 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 4 - Verwendung der zentral eingeforderten Honorare

Art. 140 - § 1 - Die zentral eingeforderten Beträge werden verwendet:

1. zur Zahlung der den Krankenhausärzten geschuldeten Beträge gemäß der Regelung, die in Anwendung von Artikel 131 auf sie anwendbar ist,
2. zur Deckung der Kosten für die Einforderung der Honorare gemäß der Regelung des Dienstes,
3. zur Deckung der durch medizinische Leistungen verursachten Kosten, die nicht durch [den Haushalt] finanziert werden,
4. zur Durchführung von Maßnahmen im Hinblick auf die Weiterführung oder Förderung der medizinischen Aktivität im Krankenhaus.

Unbeschadet der Anwendung der Artikel 125 bis einschließlich 129 erfolgt die Verwendung der Honorare für Krankenhausärzte, die nicht gemäß Artikel 132 § 1 Nr. 4 oder 5 entlohnt werden, gemäß den nachstehenden Paragraphen.

§ 2 - Bevor der Einforderungsdienst den Krankenhausärzten die ihnen geschuldeten Beträge auszahlt, wendet er zur Deckung seiner Kosten auf jeden Betrag einen Abzug in Höhe der gemäß der Regelung des Dienstes entstandenen Kosten mit einem Maximum von 6 % an.

§ 3 - Außerdem wendet der Einforderungsdienst zur Deckung aller durch medizinische Leistungen verursachten Kosten des Krankenhauses, die nicht durch [den Haushalt] finanziert werden, auf die eingeforderten Beträge Abzüge an, die in Prozentsätzen ausgedrückt werden können und festgelegt werden auf der Grundlage von im gemeinsamen Einvernehmen zwischen Verwalter und Ärzterat bestimmten Tarifen.

Der König kann die Kosten, die für die Festlegung der oben erwähnten Tarife in Betracht zu ziehen sind, aufzählen. Er kann auch Kriterien für die Bewertung und Anrechnung der Kosten festlegen.

[...]

§ 4 - Was die Abzüge, die in Prozentsätzen ausgedrückt werden können, und deren Verwendung in Anwendung von § 1 Nr. 4 betrifft, entscheiden der Ärzterat und der Verwalter im gemeinsamen Einvernehmen.

§ 5 - Das Einvernehmen zwischen dem Verwalter und dem Ärzterat, wie erwähnt in den Paragraphen 3 und 4, ist für die betreffenden Krankenhausärzte zwingend, unbeschadet jeglicher anders lautenden Bestimmung der in Artikel 131 erwähnten individuellen Abkommen und Ernennungsurkunden.]

[Art. 140 § 3 Abs. 3 aufgehoben durch Art. 29 des G. vom 6. August 1993 (B.S. vom 9. August 1993); § 1 einziger Absatz Nr. 3 und § 3 Abs. 1 abgeändert und § 5 eingefügt durch Art. 112 des G. vom 14. Januar 2002 (B.S. vom 22. Februar 2002)]

Abschnitt 5 — Einforderung der für die im Krankenhaus aufgenommenen Patienten geschuldeten Beträge

Art. 141 - Unbeschadet der Anwendung der Artikel 133 bis 136 dürfen Beträge zur Zahlung medizinischer Leistungen für im Krankenhaus aufgenommene Patienten nicht getrennt eingefordert werden, sondern muss die Fakturierung der geschuldeten Beträge der vom Verwalter erstellten Fakturierung der anderen für den Krankenhausaufenthalt zu zahlenden Beträge beigefügt werden.

Der König legt die Modalitäten für die Anwendung dieses Artikels fest. [Für die Anwendung des vorhergehenden Absatzes ist unter einem im Krankenhaus aufgenommenen Patienten ein Patient zu verstehen, der im Krankenhaus aufgenommen wird, sich dort aufhält oder auch nicht und für den medizinische Leistungen erbracht werden, für die die gesetzliche Drittzahlerverpflichtung gilt. Der König kann die Definition eines im Krankenhaus aufgenommenen Patienten anpassen.]

[Art. 141 Abs. 2 ergänzt durch Art. 112 des G. vom 22. Dezember 1989 (B.S. vom 30. Dezember 1989)]

Abschnitt 6 — Verfahren

Art. 142 - Wenn es binnen drei Monaten nicht zu dem in den Artikeln 135 und 136 und in Artikel 140 §§ 3 und 4 erwähnten Einvernehmen zwischen Verwalter und Ärzterat kommt, schlägt der Verwalter eine Lösung vor und unterbreitet sie dem Ärzterat.

Wenn der Ärzterat binnen einem Monat nach diesem Vorschlag eine schriftliche mit Gründen versehene Stellungnahme mit Zweidrittelmehrheit der stimmberechtigten Mitglieder abgibt und der Verwalter sich dieser Stellungnahme nicht anschließen kann, wird das in den Artikeln 127 und 128 §§ 1, 2 und 3 erwähnte Verfahren befolgt.

[KAPITEL IIIbis — Pension für Ärzte von Krankenhauseinrichtungen des öffentlichen Sektors

[Kapitel IIIbis mit Art. 142bis eingefügt durch Art. 62 des G. vom 20. Juli 1991 (B.S. vom 1. August 1991)]

Art. 142bis - § 1 - Ärzte der Krankenhäuser, die von einer juristischen Person des öffentlichen Rechts verwaltet werden, können Anspruch auf eine Ruhestandspension zu Lasten der Staatskasse oder auf eine Ruhestandspension aufgrund von Kapitel VI des neuen Gemeindegengesetzes erheben, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. von der zuständigen Behörde statutarisch ernannt sein durch eine Urkunde, aus der die Bedingungen der Entlohnung, des finanziellen Dienstalters und gegebenenfalls des Aufstiegens im Dienstgrad ersichtlich sind,
2. zu Lasten des Krankenhauses Anspruch gehabt haben auf eine aus einem Gehalt bestehende pauschale Entlohnung oder auf eine feste Vergütung, wie vorgesehen in Artikel 132 § 1 Nr. 4 und 5 des vorliegenden Gesetzes.

§ 2 - Für innerhalb der in § 1 erwähnten Einrichtungen geleistete Dienste werden nur Jahre, während deren Ärzte gemäß den in § 1 Nr. 2 vorgesehenen Modalitäten entlohnt worden sind, bei der Berechnung der Pension in Betracht gezogen, egal welche Einrichtung mit der Zahlung der Pension beauftragt ist. Wenn sie nach dem in Artikel 132 § 1 Nr. 5 vorgesehenen System entlohnt worden sind, wird außerdem nur die feste Vergütung in Betracht gezogen.

§ 3 - Für in § 1 erwähnte Ärzte, die vor In-Kraft-Treten des vorliegenden Artikels nach einem der in Artikel 132 § 1 Nr. 1, 2 und 3 des vorliegenden Gesetzes vorgesehenen Systeme entlohnt worden sind und für ihre Tätigkeit im Krankenhaus ausschließlich Beiträge innerhalb des Systems der sozialen Sicherheit für Selbständige gezahlt haben, wird davon ausgegangen, dass sie im letztgenannten System sozialversicherungspflichtig gewesen sind.

Vorliegende Bestimmung ist jedoch nicht anwendbar auf Ärzte, die ihre Tätigkeit vollzeitig im Krankenhaus ausgeübt haben und für diese Tätigkeit nicht direkt Honorare erhalten haben.

§ 4 - Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Ausführungsmodalitäten der Paragraphen 2 und 3.]

KAPITEL IV — Übergangbestimmungen

Art. 143 - § 1 - Die Systeme der zentralen Einforderung, die am 31. Dezember 1983 in Kraft sind, bleiben weiterhin nach den an diesem Datum geltenden Modalitäten anwendbar, es sei denn, der Verwalter und der Ärzterat fassen im gemeinsamen Einvernehmen einen anderen Beschluss; die in den Artikeln 133 bis 136 festgelegten Bedingungen in Bezug auf die Einrichtung und Kontrolle müssen jedoch zum 6. Mai 1986 erfüllt sein.

§ 2 - In Abweichung von den Artikeln 133 und 134 kann ein Arzt, der am 31. Dezember 1983 seit mindestens zwanzig Jahren in einer dem vorliegenden koordinierten Gesetz unterliegenden Einrichtung tätig ist und zu diesem Datum seine Honorare selbst einfordert, dies weiterhin tun, sofern er den Ärzterat und den Verwalter binnen drei Monaten nach dem 6. Mai 1986 über sein Vorhaben unterrichtet und der Ärzterat dem zustimmt. Der Ärzterat notifiziert dem Verwalter dieses Einverständnis.

§ 3 - Ein Arzt, der seine Honorare in Anwendung von § 2 weiterhin selbst einfordert, ist nicht wählbar als Mitglied des Ärzterates.

Art. 144 - Die Bestimmungen von Titel IV beeinträchtigen nicht die spätere Anwendung der am 31. Dezember 1983 geltenden Regelungen, die im Vergleich zu vorliegendem koordinierten Gesetz entweder mit einer verstärkten Beteiligung der Krankenhausärzte am Beschlussverfahren oder mit einer engeren juristischen oder finanziellen Bindung der Krankenhausärzte an das Krankenhaus einhergehen.

KAPITEL V — Schlussbestimmungen

Art. 145 - Für die Ausführung der Artikel 7 und 9 und für alle Erlasse zur Ausführung von Titel IV wird die Stellungnahme der Nationalen paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser eingeholt.

Art. 146 - § 1 - Jedes Krankenhaus muss dem Sekretariat der Paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser mitteilen, wie Titel IV eingehalten wird; gegebenenfalls gibt es an, für welche Angelegenheiten die Bestimmungen von Artikel 143 und/oder Artikel 144 geltend gemacht werden; es teilt auch mit, für welchen Arzt der Ärzterat das in Artikel 143 § 2 vorgesehene Einverständnis gegeben hat.

Der Inhalt der vom Verwalter mitzuteilenden Informationen wird dem Ärzterat vorgelegt. Wenn der Verwalter und der Ärzterat in Bezug auf den Inhalt dieser Informationen verschiedener Meinung sind, werden die Anmerkungen des Ärzterates der Mitteilung des Verwalters beigelegt.

§ 2 - Das Sekretariat der Paritätischen Kommission überprüft die übermittelten Dokumente. Wenn laut Sekretariat Zweifel hinsichtlich der Übereinstimmung mit dem Gesetz bestehen oder wenn sich herausstellt, dass es zwischen Verwalter und Ärzterat Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf die Anwendung des Gesetzes gibt, wird die Akte mit den Anmerkungen des Sekretariats von einer innerhalb der Paritätischen Kommission gebildeten Ad-hoc-Arbeitsgruppe überprüft.

Wenn trotz Konzertierung mit den Betroffenen der Zweifel hinsichtlich der Übereinstimmung mit dem Gesetz fortbesteht oder die Meinungsverschiedenheiten zwischen Verwalter und Ärzterat nicht ausgeräumt werden können, wird die Akte an das Präsidium der Paritätischen Kommission weitergeleitet; das Präsidium ergreift jegliche zweckdienliche Maßnahme, die eine Beilegung der Meinungsverschiedenheiten ermöglicht.

Art. 147 - Was von einem öffentlichen Sozialhilfzentrum verwaltete Krankenhäuser und die dort tätigen Ärzte betrifft, ergänzen die Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes das Grundlagengesetz vom 8. Juli 1976 über die öffentlichen Sozialhilfzentren, insbesondere die Artikel 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56 und 94 dieses Gesetzes.

Art. 148 - Unbeschadet der Anwendung der im Strafgesetzbuch angedrohten Strafen wird mit einer Gefängnisstrafe von acht Tagen bis zu drei Monaten und mit einer Geldbuße von sechsundzwanzig bis zu zweitausend [Euro] oder mit nur einer dieser Strafen bestraft:

1. wer unter Verstoß gegen Artikel 120 ein Krankenhaus betreibt, ohne dass ein Ärzterat eingerichtet wird, oder wer verhindert, dass ein Ärzterat eingerichtet wird,
2. wer unter Verstoß gegen Artikel 126 die obligatorische Stellungnahme des Ärzterates nicht einholt oder wer gegebenenfalls das in den Artikeln 127 und 128 bestimmte Verfahren nicht befolgt,
3. wer unter Verstoß gegen die Artikel 133 bis 137 und 143 die Bestimmungen in Sachen zentrale Einforderung nicht anwendet oder die zentrale Einforderung in irgendeiner Weise erschwert,
4. wer unter Verstoß gegen die Artikel 138 und 139 die Bestimmungen über die Anwendung der Tarife nicht einhält oder nicht einhalten lässt,
5. wer unter Verstoß gegen Artikel 140 die Bestimmungen in Bezug auf die Verwendung der zentral eingeforderten Honorare nicht anwendet,
6. wer unter Verstoß gegen Artikel 146 der Paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser die Daten nicht übermittelt.

[Art. 148 einziger Absatz einleitende Bestimmung abgeändert durch Art. 2 des G. vom 26. Juni 2000 (B.S. vom 29. Juli 2000)]

Art. 149 - Im Wiederholungsfall binnen zwei Jahren nach einem rechtskräftig gewordenen auf Strafe lautenden Urteil wegen eines der in Artikel 148 erwähnten Verstöße können die Strafen verdoppelt werden.

Art. 150 - Eine natürliche oder juristische Person, die unter Verstoß gegen die Bestimmungen von Artikel 70 und Titel IV ein Krankenhaus oder einen Dienst betreibt, haftet zivilrechtlich für die Zahlung der Geldbußen und Gerichtskosten.

Art. 151 - Die Bestimmungen von Buch I des Strafgesetzbuches, einschließlich Kapitel VII und Artikel 8, sind auf die in Titel IV erwähnten Verstöße anwendbar.

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

F. 2005 — 3625

[C — 2005/00717]

10 NOVEMBRE 2005. — Arrêté royal établissant la traduction officielle en langue allemande de la loi du 28 avril 2005 modifiant la loi du 28 mars 1984 sur les brevets d'invention, en ce qui concerne la brevetabilité des inventions biotechnologiques

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 31 décembre 1983 de réformes institutionnelles pour la Communauté germanophone, notamment l'article 76, § 1^{er}, 1^o, et § 3, remplacé par la loi du 18 juillet 1990;

Vu le projet de traduction officielle en langue allemande de la loi du 28 avril 2005 modifiant la loi du 28 mars 1984 sur les brevets d'invention, en ce qui concerne la brevetabilité des inventions biotechnologiques, établi par le Service central de traduction allemande auprès du Commissariat d'arrondissement adjoint à Malmedy;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le texte annexé au présent arrêté constitue la traduction officielle en langue allemande de la loi du 28 avril 2005 modifiant la loi du 28 mars 1984 sur les brevets d'invention, en ce qui concerne la brevetabilité des inventions biotechnologiques.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 novembre 2005.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Intérieur,
P. DEWAELE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

N. 2005 — 3625

[C — 2005/00717]

10 NOVEMBER 2005. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de officiële Duitse vertaling van de wet van 28 april 2005 tot wijziging van de wet van 28 maart 1984 op de uitvindingsoctrooien, wat betreft de octrooieerbaarheid van de biotechnologische uitvindingen

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 31 december 1983 tot hervorming der instellingen voor de Duitstalige Gemeenschap, inzonderheid op artikel 76, § 1, 1^o, en § 3, vervangen bij de wet van 18 juli 1990;

Gelet op het ontwerp van officiële Duitse vertaling van de wet van 28 april 2005 tot wijziging van de wet van 28 maart 1984 op de uitvindingsoctrooien, wat betreft de octrooieerbaarheid van de biotechnologische uitvindingen, opgemaakt door de Centrale Dienst voor Duitse vertaling bij het Adjunct-arrondissementscommissariaat in Malmedy;

Op de voordracht van Onze Minister van Binnenlandse Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. De bij dit besluit gevoegde tekst is de officiële Duitse vertaling van de wet van 28 april 2005 tot wijziging van de wet van 28 maart 1984 op de uitvindingsoctrooien, wat betreft de octrooieerbaarheid van de biotechnologische uitvindingen.

Art. 2. Onze Minister van Binnenlandse Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 november 2005.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Binnenlandse Zaken,
P. DEWAELE

Annexe — Bijlage

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST WIRTSCHAFT, KMB, MITTELSTAND UND ENERGIE

28. APRIL 2005 — Gesetz zur Abänderung des Gesetzes vom 28. März 1984 über die Erfindungspatente in Bezug auf die Patentierbarkeit biotechnologischer Erfindungen

ALBERT II., König der Belgier,

Allen Gegenwärtigen und Zukünftigen, Unser Gruß!

Die Kammern haben das Folgende angenommen und Wir sanktionieren es:

Artikel 1 - Vorliegendes Gesetz regelt eine in Artikel 78 der Verfassung erwähnte Angelegenheit.

Vorliegendes Gesetz dient der Umsetzung der Richtlinie 98/44/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. Juli 1998 über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen in belgisches Recht.

Art. 2 - Artikel 1 des Gesetzes vom 28. März 1984 über die Erfindungspatente wird wie folgt abgeändert:

1. Paragraph 1 wird wie folgt ergänzt:

«- biologischem Material: ein Material, das genetische Informationen enthält und sich selbst reproduzieren oder in einem biologischen System reproduziert werden kann,

— mikrobiologischem Verfahren: jedes Verfahren, bei dem mikrobiologisches Material verwendet, ein Eingriff in mikrobiologisches Material durchgeführt oder mikrobiologisches Material hervorgebracht wird,

— einem im Wesentlichen biologischen Verfahren zur Züchtung von Pflanzen oder Tieren: jedes Verfahren zur Züchtung von Pflanzen oder Tieren, das vollständig auf natürlichen Phänomenen wie Kreuzung oder Selektion beruht,

— Sortenschutzrecht: das Recht, das dem Züchter einer neuen Pflanzensorte gewährt wird, wie in den Rechtsvorschriften über den Sortenschutz vorgesehen,

— Pflanzensorte: Pflanzensorten wie in Artikel 5 der Verordnung (EG) Nr. 2100/94 des Rates vom 27. Juli 1994 über den gemeinschaftlichen Sortenschutz bestimmt.»