

WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

N. 2010 — 1767

[C — 2010/00299]

10 JULI 2008. — Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. — Duitse vertaling

De hierna volgende tekst is de Duitse vertaling van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, zoals ze werd gecoördineerd bij het koninklijk besluit van 10 juli 2008 houdende coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (*Belgisch Staatsblad* van 7 november 2008).

Deze vertaling is opgemaakt door de Centrale Dienst voor Duitse vertaling in Malmédy.

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

F. 2010 — 1767

[C — 2010/00299]

10 JUILLET 2008. — Loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins. — Traduction allemande

Le texte qui suit constitue la traduction en langue allemande de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, telle qu'elle a été coordonnée par l'arrêté royal du 10 juillet 2008 portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins (*Moniteur belge* du 7 novembre 2008).

Cette traduction a été établie par le Service central de traduction allemande à Malmédy.

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST INNERES

D. 2010 — 1767

[C — 2010/00299]

10. JULI 2008 — Gesetz über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen — Deutsche Übersetzung

Der folgende Text ist die deutsche Übersetzung des Gesetzes über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen, so wie es koordiniert worden ist durch den Königlichen Erlass vom 10. Juli 2008 zur Koordinierung des Gesetzes über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen.

Diese Übersetzung ist von der Zentralen Dienststelle für Deutsche Übersetzungen in Malmédy erstellt worden.

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST VOLKSGESUNDHEIT, SICHERHEIT DER NAHRUNGSMITTELKETTE UND UMWELT

10. JULI 2008 — Gesetz über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen, koordiniert am 10. Juli 2008

TITEL I — Allgemeine Bestimmungen

KAPITEL I — Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen

Abschnitt 1 — Krankenhäuser

Artikel 1 - Die Titel I bis IV des vorliegenden koordinierten Gesetzes sind 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. 2 - Für die Anwendung des vorliegenden koordinierten Gesetzes werden als Krankenhäuser die Gesundheitspflegeeinrichtungen 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.

Diese Krankenhäuser erfüllen einen Auftrag allgemeinen Interesses.

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 einen vollständigen Lehrplan anbietende medizinische Fakultät verfügt, als solche bestimmt werden.

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

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 31 und 32 eingesetzten Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und 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.

Abschnitt 5 — Plätze für begleitetes Wohnen und Durchgangsheime

Art. 6 - Die Bestimmungen der Titel I bis IV des vorliegenden koordinierten Gesetzes können vom König nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, auch ganz oder teilweise und mit eventuellen Anpassungen auf Initiativen des begleiteten Wohnens und auf Durchgangsheimen für psychiatrische Patienten und andere vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass bestimmte Gruppen ausgedehnt werden.

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 68 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.

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 Gesundheitspflegeberufe erwähnte Fachkraft der Heilkunde,
4. Krankenhausarzt: ein an ein Krankenhaus gebundener Arzt,
5. Krankenpfleger: eine in Artikel 21^{quater} § 1 des Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe erwähnte Fachkraft für Krankenpflege,
6. Krankenhauspfleger: ein an ein Krankenhaus gebundener Krankenpfleger,
7. Pflegehelfer: der in Artikel 21^{sexiesdecies} des vorerwähnten Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 erwähnte und an das Krankenhaus gebundene Pflegehelfer,
8. Pflegepersonal: alle an das Krankenhaus gebundenen Pflegehelfer,
9. unterstützendem Personal: alle Personalmitglieder, die nicht zu einer der im vorerwähnten Königlichen Erlass Nr. 78 erwähnten Kategorien Berufsfachkräfte gehören und das Krankenpflegepersonal mit ihren administrativen und logistischen Aufgaben unterstützen.

Art. 9 - Die auf Krankenhausärzte anwendbaren Bestimmungen der Artikel 18 bis 22 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

Art. 10 - Der König kann nach Anhörung des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Anwendung der Bestimmungen der Titel I bis IV des vorliegenden Gesetzes ganz oder teilweise und mit den notwendigen Anpassungen auf die Verbände in Pflegebereichen oder anderen Bereichen, die Er näher bestimmt, zwischen Pflegeeinrichtungen und Diensten, die Er näher bestimmt, ausdehnen.

Abschnitt 9 — Pflegenetz und Pflegekreis

Art. 11 - § 1 - Für die Anwendung des vorliegenden Gesetzes ist beziehungsweise sind zu verstehen unter:

1. Pflegeversorgungsnetz: alle Pflegeanbieter, Pflegeerbringer, 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 einrichtungübergreifenden 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 10 — Pflegeprogramme

Art. 12 - § 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 Gesundheitspolitik 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. die Zielgruppe,
2. die Art und den Inhalt der Pflege,
3. das Mindestniveau der Aktivität,
4. die erforderliche Infrastruktur,
5. den erforderlichen medizinischen und nichtmedizinischen Personalbestand und die erforderlichen Fachkenntnisse,
6. die Qualitätsnormen und Normen in Bezug auf die Qualitätskontrolle,
7. die betriebswirtschaftlichen Kriterien,
8. die 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 der Titel I bis IV des vorliegenden Gesetzes ganz oder teilweise und mit den notwendigen Anpassungen auf die in § 1 erwähnten Pflegeprogramme ausdehnen.

Abschnitt 11 — An ein Krankenhaus gebundene Hebammen

Art. 13 - Die auf die Fachkräfte der Krankenpflege anwendbaren Bestimmungen der Artikel 23 bis 27 sind ebenfalls anwendbar auf die in Artikel 2 § 2 des Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe erwähnten Hebammen, die an ein Krankenhaus gebunden sind.

Abschnitt 12 — Referenzzentren

Art. 14 - 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.

Der König kann nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, die Anwendung der Bestimmungen der Titel I bis IV 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. 15 - § 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 Pflegeeinrichtungen oder sozialmedizinischen Einrichtungen ist.

Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die im vorhergehenden Absatz erwähnten Pflegeeinrichtungen 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.

Abschnitt 2 — Der Verwalter

Art. 16 - Die allgemeine und letztendliche Verantwortung für die Krankenhausaktivität auf organisatorischer, betrieblicher und finanzieller Ebene obliegt dem Verwalter.

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. 17 - 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.

KAPITEL III — Strukturierung der medizinischen Aktivität

Art. 18 - 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 Ärztetab, 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. 19 - 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. 20 - § 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 Evaluation 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 eingebunden sein müssen, die die betreffende Krankenhausaktivität ausüben.

§ 3 - Die in § 2 erwähnte Evaluation 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. 21 - 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 19 erwähnten integrierten Arbeitsweise des Krankenhauses und an der in Artikel 20 erwähnten qualitativen Evaluation sowie an allen sich daraus ergebenden Initiativen zur Wahrung oder Verbesserung der Qualität der medizinischen Aktivität zu beteiligen.

Art. 22 - Der König kann die allgemeinen Mindestbedingungen festlegen, die erfüllt sein müssen, um den durch die Artikel 18 bis 21 auferlegten Anforderungen gerecht zu werden.

Vorbehaltlich einer in der in Artikel 137 Nr. 2 erwähnten Regelung vorgesehenen anders lautenden Bestimmung werden der Chefarzt und der dienstleitende Arzt für eine unbefristete Dauer ernannt oder bestimmt.

KAPITEL IV — Strukturierung der krankenpflegerischen Aktivität

Art. 23 - 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 die tägliche Leitung der Krankenhauspfleger, der Pflegehelfer und des unterstützenden Personals der gesamten Einrichtung innehat. Der Chef der Krankenpflegeabteilung 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 gehören.

5. Pflegepersonal,

6. unterstützendes Personal.

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. 24 - 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.

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

Art. 25 - 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 die unter der Verantwortung des Chefarztes im Krankenhaus aufzubewahren ist. 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 krankenpflegerischen Aktivität verfasst werden.

Der König schafft für die von ihm bestimmten Dienste oder Funktionen die organisatorischen Strukturen, die eine systematische Evaluation 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 eingebunden sein müssen, die die betreffende Krankenhausaktivität ausüben.

Die in § 2 erwähnte Evaluation 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.

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

Art. 26 - 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 24 erwähnten integrierten Arbeitsweise des Krankenhauses, an der in Artikel 25 erwähnten qualitativen Evaluation und an allen sich daraus ergebenden Initiativen zur Wahrung oder Verbesserung der Qualität der krankenpflegerischen Aktivität zu beteiligen.

Art. 27 - Der König kann die allgemeinen Mindestbedingungen festlegen, die erfüllt sein müssen, um den durch die Artikel 23 bis 26 auferlegten Anforderungen gerecht zu werden.

Art. 28 - Die Einhaltung der Artikel 23 bis 27 ist eine Bedingung für die Zulassung von Krankenhäusern.

Art. 29 - Die Erlasse zur Ausführung der Artikel 23 bis 27 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.

KAPITEL V — *Wahrung der Rechte des Patienten*

Art. 30 - 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 71 vorgesehenen Ombudsstelle eingereicht werden können.

Der Patient hat das Recht, vom Krankenhaus die Informationen in Bezug auf die Art der Rechtsverhältnisse zwischen dem Krankenhaus und den dort arbeitenden Berufsfachkräften zu erhalten. Der Inhalt der erwähnten Informationen und die Weise, auf die sie mitgeteilt werden müssen, werden vom 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 im vorerwähnten Gesetz vom 22. August 2002 erwähnten Rechte des Patienten verantwortlich, es sei denn, das Krankenhaus hat den Patienten ausdrücklich und vor dem Eingreifen der Berufsfachkraft im Rahmen der in Absatz 3 erwähnten Informationsweitergabe darüber informiert, dass es in Anbetracht der in Absatz 3 erwähnten Rechtsverhältnisse für diese Berufsfachkraft nicht verantwortlich ist. Eine solche Mitteilung darf andere Gesetzesbestimmungen in Bezug auf die Verantwortlichkeit für die von Dritten ausgeführten Handlungen nicht beeinträchtigen.

TITEL II — *Nationaler Rat für das Krankenhauswesen*

KAPITEL I — *Einsetzung*

Art. 31 - Beim Föderalen Öffentlichen Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt 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 föderalen 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.

KAPITEL II — *Abteilungen Programmierung, Zulassung und Finanzierung*

Art. 32 - Der Rat setzt sich aus zwei Abteilungen zusammen:

1. einer Abteilung Zulassung und Programmierung, die den Auftrag hat, außer den in den Artikeln 5, 6, 35, 36, 38, 40, 41, 52, 53, 54, 57, 61, 66 und 124 vorgesehenen Stellungnahmen eine Stellungnahme abzugeben zu jeglichem Problem in Sachen Krankenhausprogrammierung und in Sachen Anwendung der Programmierung der Krankenhäuser, für die die föderale Behörde Entscheidungsbefugnis hat, und eine Stellungnahme abzugeben zu jeglichem Problem in Sachen Arbeitsweise der Krankenhäuser und in Sachen Zulassung oder Schließung der Krankenhäuser, für die die föderale Behörde Entscheidungsbefugnis hat,

2. einer Abteilung Finanzierung, die den Auftrag hat, außer den in den Artikeln 63, 85, 96, 100, 105, 108, 109 und 113 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.

KAPITEL III — *Zusammensetzung*

Art. 33 - 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. 34 - 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, 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 und Zulassung*

Art. 35 - Der Nationale Rat für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung hat, was die Programmierung betrifft, folgende Aufgabe:

1. Stellungnahmen über die Festlegung der föderalen Kriterien, von denen in den Artikeln 36 und 37 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 föderale 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 36 und 37 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 diese Krankenhäuser betreffenden Krankenhausinfrastruktur und -ausrüstung,

c) dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister eine Stellungnahme abzugeben zu jeder Initiative, für die gemäß Artikel 39 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 61 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*

Art. 36 - Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass und nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, 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 innerhalb eines festzulegenden Gebietes.

Art. 37 - Die Kriterien, von denen in Artikel 36 die Rede ist, sind pauschale mathematische Regeln oder Formeln, die den Bedarf messen sollen, insbesondere unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahlen, der Altersstruktur, der Morbidität und der geographischen Aufteilung. Diese Kriterien sind auf dem gesamten Staatsgebiet anwendbar.

Unterabschnitt 2 — *Anzahl Betten in Universitätskrankenhäusern*

Art. 38 - Bis der König nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, 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 Königlichen Erlass erhöht worden ist.

Abschnitt 2 — *Arbeiten*

Unterabschnitt 1 — *Erlaubnis*

Art. 39 - 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. 40 - Jeder Beschluss, durch den verweigert wird, dass ein Krankenhaus oder ein Dienst oder deren Bau, Erweiterung oder Umgestaltung oder die in Artikel 39 Absatz 1 erwähnten Arbeiten als ein Projekt angesehen werden, das im Rahmen des vorerwähnten Programms erfolgt, muss mit Gründen versehen werden.

Unterabschnitt 3 — Übergangsmaßnahmen

Art. 41 - Übergangsmaßnahmen:

1. Die Bestimmungen von Artikel 39 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 36 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 oder 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 diese 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 oder 135 der Verfassung erwähnten Behörde Arbeiten 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 36 erwähnten Programm integriert sind.

Abschnitt 3 — Genehmigung zur Inbetriebnahme und Betriebsgenehmigung

Unterabschnitt 1 — Sondergenehmigung für allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser

Art. 42 - Bis zu einem vom König festzulegenden Datum ist es verboten, ohne vorherige Sondergenehmigung Krankenhausdienste in Betrieb zu nehmen und zu betreiben.

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. 43 - Für die Anwendung der Artikel 95, 96, 100 bis 108, 110 bis 114 und 119 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. 44 - Wenn die betreffenden Betten im Vergleich zu der vorherigen Kapazität des Krankenhauses eine Erweiterung bedeuten, kann die in Artikel 43 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 für die Volksgesundheit zuständigen Ministers zusammengeht, die in der Genehmigung erwähnten hinzukommenden Betten für die Anwendung der Artikel 95, 96, 100 bis 108, 110 bis 114 und 119 in Betracht zu ziehen.

Art. 45 - Für die Anwendung der Artikel 42, 43 und 44 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. 46 - Der König kann bestimmen, unter welchen Bedingungen die Artikel 42, 43, 44 und 45 nicht auf Tageskrankenhausaufenthalte anwendbar sind.

Unterabschnitt 2 - Sondergenehmigung für Plätze für begleitetes Wohnen und in Durchgangsheimen

Art. 47 - 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. 48 - Der König bestimmt die maximale Anzahl Plätze für begleitetes Wohnen und in Durchgangsheimen, die in Betrieb genommen werden dürfen.

Art. 49 - 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. 50 - Der König kann die Modalitäten für die Anwendung der Artikel 47 bis 49 näher bestimmen.

Abschnitt 4 — Aufwendige Apparatur und medizinische und medizinisch-technische Dienste

Unterabschnitt 1 — Aufwendige medizinische Apparate

Art. 51 - Aufwendige medizinische Apparate sind Untersuchungs- oder Behandlungsapparate und -ausrüstungen, die entweder aufgrund ihres Kaufpreises oder ihrer Bedienung durch hochqualifiziertes Personal kostspielig sind.

Art. 52 - Der König legt nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, die Liste der Apparate und Ausrüstungen fest, die gemäß der vorerwähnten Begriffsbestimmung als aufwendige medizinische Apparatur betrachtet werden müssen.

Art. 53 - Die in Artikel 63 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 und Zulassung, erstellt wird.

Art. 54 - Die in Anwendung von Artikel 52 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 63 erwähnte Beteiligung nicht beansprucht und sogar dann, wenn die Investition außerhalb eines Krankenhauses oder einer medizinisch-sozialen Einrichtung getätigt wird.

Art. 55 - Der König kann pro Apparat, der auf der in Artikel 52 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 54 erwähnte Genehmigung sowie die Inbetriebnahme und Betreibung den von Ihm festgelegten Programmierungskriterien unterwerfen oder die von Ihm festgelegte maximale Anzahl auf sie anwenden.

Er kann das Datum festlegen, ab dem die Betreibung 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.

Die in Absatz 2 erwähnten Programmierungskriterien sind die in den Artikeln 23 und 24 erwähnten Kriterien.

Art. 56 - 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. 57 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass und nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, Labors für klinische Biologie mit aufwendiger medizinischer Apparatur gleichsetzen und sie ganz oder teilweise den durch die Artikel 52 bis 56 bestimmten Regeln unterwerfen.

Unterabschnitt 3 — Medizinische Dienste und medizinisch-technische Dienste

Art. 58 - Der König kann nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen die in den Artikeln 52 bis 56 und 63 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. 59 - 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. 60 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass pro Art Dienst, die nicht in Artikel 59 erwähnt ist, nähere Regeln in Bezug auf die maximale Anzahl Dienste, die in Betrieb genommen werden dürfen, oder Programmierungskriterien festlegen.

Die in Absatz 1 erwähnten Programmierungskriterien sind die in den Artikeln 36 und 37 erwähnten Kriterien.

Abschnitt 5 — Streichung bestehender Betten

Art. 61 - Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass, nachdem Er den Nationalen Rat für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, angehört hat, die Regeln und Modalitäten für die Streichung bestehender Betten, die den Programmierungskriterien zufolge überzählig sind.

Abschnitt 6 — Bedarf pro Einzugsgebiet

Art. 62 - 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.

Vorerwähnter 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. 63 - Insofern der antragstellende Bauherr eine untergeordnete Verwaltung, eine Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht, eine gemeinnützige Einrichtung oder eine in Artikel 10 des Dekretes der Französischen Gemeinschaft vom 31. März 2004 "définissant l'enseignement supérieur, favorisant son intégration à l'espace européen de l'enseignement supérieur et refinançant les universités" erwähnte Universität einerseits oder eine in Artikel 3 des Dekretes der Flämischen Gemeinschaft vom 12. Juni 1991 "betreffende de universiteiten in de Vlaamse Gemeenschap" erwähnte Universität andererseits 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 36 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. 64 - Die in den Artikeln 128, 130 oder 135 der Verfassung erwähnte Behörde muss für alle Arbeiten, für die die in Artikel 63 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 39 erwähnte Erlaubnis nach dem 31. Dezember 1986 ausgestellt wurde und sofern die vorerwähnte 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.

Abschnitt 2 — Entschädigung

Art. 65 - 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 Krankenhausdienst 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.

KAPITEL III — Zulassung von Krankenhäusern und Krankenhausdiensten

Abschnitt 1 — Normen

Unterabschnitt 1 — Allgemeine Normen

Art. 66 - Krankenhäuser müssen den vom König nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und 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 Krankenhausdienste, 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 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe.

Unterabschnitt 2 — Sondernormen

Art. 67 - 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.

Die in Absatz 1 Nr. 3 erwähnten Vereinigungen von Krankenhäusern können von einer juristischen Person betrieben werden. Lediglich juristische Personen, die zu der in Absatz 2 erwähnten Vereinigung gehörende Krankenhäuser betreiben, sowie von der betreffenden juristischen Person vorgeschlagene juristische oder natürliche Personen dürfen Mitglied oder Gesellschafter der juristischen Person sein, die diese Vereinigung betreibt.

Abschnitt 2 — Zulassung von Krankenhäusern

Art. 68 - Die Einhaltung der Bestimmungen der Artikel 15 bis 29 und von Titel IV Kapitel I und III Abschnitt 2 und 3 ist für die Krankenhäuser eine Bedingung für ihre Zulassung.

Art. 69 - § 1 - Jedes Krankenhaus muss von der Behörde, die aufgrund der Artikel 128, 130 oder 135 der Verfassung für die Politik im Bereich Gesundheit zuständig ist, zugelassen werden.

Um zugelassen zu werden, muss:

1. das Krankenhaus den in Artikel 66 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 39 erwähnte Erlaubnis verfügen,
5. das Krankenhaus gegebenenfalls über die in den Artikeln 54, 57 und 58 erwähnte Erlaubnis verfügen.

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

Art. 70 - Um zugelassen zu werden, muss jedes Krankenhaus 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 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. 2 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. 71 - 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.

Abschnitt 3 — Zulassung von Krankenhausdiensten

Art. 72 - 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 66 und 67 festgelegten Normen genügen und muss das Krankenhaus oder der Dienst in das in Artikel 36 erwähnte Programm integriert sein.

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

Art. 73 - 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 67 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.

Abschnitt 4 — Zulassungsentzug

Art. 74 - Wenn festgestellt wird, dass die durch Artikel 72 festgelegten Bedingungen nicht mehr eingehalten werden, kann die Zulassung entzogen werden.

Wenn es sich jedoch um eine Zulassung handelt, die aufgrund der in Artikel 67 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 66 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.

Abschnitt 5 — Schließung

Art. 75 - 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 66 und 67 erwähnten Normen nicht genügt.

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

Art. 76 - 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.

Abschnitt 6 — Gemeinsame Bestimmung in Sachen Zulassung, Zulassungsentzug und Schließung

Art. 77 - Die in den Artikeln 73, 74 und 75 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 in Artikel 55 erwähnten Beschluss über die Gewährung oder den Entzug der Genehmigung erfolgen.

Die in Absatz 1 und 2 erwähnten Zulassungen und Genehmigungen sind gegenüber dem Minister und dem Landesinstitut, die erwähnt sind in Absatz 1, erst ab dem Datum des Empfangs der Mitteilung durch den Minister wirksam.

Der König kann für von Ihm bestimmte Apparate, Krankenhausdienste, Krankenhausfunktionen, Krankenhausabteilungen, medizinische und medizinisch-technische Dienste und Pflegeprogramme Ausnahmen von Absatz 3 vorsehen. Er kann außerdem die Bedingungen für die Anwendung dieser Ausnahmen festlegen.

Abschnitt 7 — Aufschiebende Beschwerde

Art. 78 - 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 76 angewandt worden ist, ist die Beschwerde nicht aufschiebend.

Abschnitt 8 — Abteilungen und Funktionen

Art. 79 - Der König kann, nachdem Er die Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, eingeholt hat, die in den Artikeln 66, 67, 72, 73, 74, 75, 76 und 78 vorgesehenen Regeln ganz oder teilweise und mit eventuellen Anpassungen auf von Ihm näher bestimmte Abteilungen und Funktionen von Krankenhäusern oder Krankenhausdiensten ausdehnen.

Art. 80 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass pro Abteilungsart und pro Funktionsart nähere Regeln in Bezug auf die maximale Anzahl, die in Betrieb genommen werden darf, festlegen.

Abschnitt 9 — Krankenhausleistungen

Art. 81 - 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 — Programmierung und Zulassung bei der Betreibung an mehreren Standorten

Art. 82 - § 1 - Außer in den vom König bestimmten Ausnahmefällen können Krankenhausdienste, Krankenhausfunktionen, Krankenhausabteilungen, Pflegeprogramme, aufwendige medizinische Apparate oder medizinische oder medizinisch-technische Dienste an mehreren Standorten eines selben Krankenhauses oder einer selben Krankenhausvereinigung betrieben werden.

§ 2 - Werden Krankenhausdienste, Krankenhausfunktionen, Krankenhausabteilungen, Pflegeprogramme, aufwendige medizinische Apparate oder medizinische oder medizinisch-technische Dienste an mehreren Standorten eines selben Krankenhauses oder einer selben Krankenhausvereinigung betrieben, müssen sie an den verschiedenen Standorten:

1. getrennt zugelassen sein, wie erwähnt in Artikel 58 oder 72, oder vorher getrennt genehmigt worden sein, wie erwähnt in Artikel 54,

2. getrennt allen Zulassungsnormen, wie erwähnt in den Artikeln 58, 66 oder 67, genügen,

3. was die Anwendung der Programmierung oder die Regeln in Sachen maximale Anzahl, wie erwähnt in den Artikeln 36, 55, 59, 60 oder 81, betrifft, als getrennte Krankenhausdienste, Krankenhausfunktionen, Krankenhausabteilungen, Pflegeprogramme, aufwendige medizinische Apparate oder medizinische oder medizinisch-technische Dienste in Betracht gezogen werden.

§ 3 - Der König kann für die von Ihm bestimmten Krankenhausdienste, Krankenhausfunktionen, Krankenhausabteilungen, Pflegeprogramme, aufwendigen medizinischen Apparate oder medizinischen oder medizinisch-technischen Dienste Abweichungen von der Anwendung des vorliegenden Artikels festlegen.

*KAPITEL V — Buchführung, Kontrolle durch den Betriebsrevisor und Datenübermittlung**Abschnitt 1 — Buchführung*

Art. 83 - Jedes Krankenhaus hat seine eigene Buchführung; aus dieser Buchführung muss der Selbstkostenpreis eines jeden Dienstes hervorgehen.

Art. 84 - 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. 85 - Der König regelt, nachdem Er den Nationalen Rat für das Krankenhauswesen, Abteilung Finanzierung, angehört hat, die Anwendung der in Ausführung der in Artikel 84 erwähnten Bestimmungen ergangenen Erlasse auf die Krankenhäuser.

Abschnitt 2 — Kontrolle durch den Betriebsrevisor

Art. 86 - Das statutarisch zuständige Organ des Krankenhauses bestimmt einen Betriebsrevisor, der den Auftrag hat, die Buchführung und den Jahresabschluss des Krankenhauses zu kontrollieren.

Art. 87 - 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. 88 - 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. 89 - Der in Artikel 88 erwähnte Kontrollbericht wird dem Jahresabschluss, der dem statutarisch zuständigen Organ des Krankenhauses zur Billigung vorgelegt wird, beigelegt.

Art. 90 - Der in Artikel 86 erwähnte Kontrollauftrag des Betriebsrevisors erstreckt sich auch auf die Tätigkeit des Dienstes, der gemäß Artikel 150 oder 151 die zentrale Einforderung vornimmt. In diesem Zusammenhang verfasst der Revisor einen wie in Artikel 88 erwähnten Bericht. Dieser Bericht wird sowohl dem Krankenhausverwalter als auch dem Präsidenten oder dem Beauftragten des Ärztirates übermittelt.

Art. 91 - Der König kann nähere Regeln für die Anwendung der Artikel 86 bis 90 bestimmen.

Abschnitt 3 — Datenübermittlung

Art. 92 - 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 88 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 127 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 58 erwähnte medizinische oder medizinisch-technische Dienste, die außerhalb des Krankenhausmilieus eingerichtet sind, ausdehnen.

Art. 93 - 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. 94 - § 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 92 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 127 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 127 § 2, oder infolge der Notifizierung einer Berichtigung oder eines Abzugs mit Bezug auf den Finanzmittelhaushalt, wie erwähnt in Artikel 120 § 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.

KAPITEL VI — Finanzierung der Betriebskosten

Art. 95 - 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 Finanzmittelhaushalt trägt nur der Krankenhauspflege Rechnung, die Anlass gibt zu einer Beteiligung in Anwendung von Artikel 110, mit Ausnahme der Krankenhauspflege, die entschädigt wird im Rahmen der Europäischen Verordnung über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern.

Der Finanzmittelhaushalt wird innerhalb des in Absatz 1 erwähnten Globalhaushalts für jede Krankenhausvereinigung getrennt festgelegt, wenn diese Vereinigung von einer juristischen Person in Anwendung von Artikel 67 Absatz 2 betrieben wird.

Für die Anwendung des vorliegenden Kapitels versteht man unter "Krankenhaus" ein Krankenhaus, das oder eine Vereinigung, die von einer juristischen Person betrieben wird, wie erwähnt im vorhergehenden Absatz.

Der im vorliegenden Artikel erwähnte Finanzmittelhaushalt besteht aus einem festem und einem variablen Teil.

Art. 96 - Der für die Volksgesundheit zuständige Minister kann für einen oder mehrere Krankenhausedienste, 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. 97 - § 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.

Der König kann die Kategorien von Patienten bestimmen, für die in Abweichung von Absatz 1 infolge eines Aufenthalts in einem Zweibettzimmer - Tageskrankenhausaufenthalte einbegriffen - keinerlei Zuschlag in Rechnung gestellt werden darf.

§ 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,
- d) wenn die Aufnahme ein Kind betrifft, das während des Krankenhausaufenthalts von einem Elternteil begleitet wird.

Ein Aufenthalt in einem Zweibettzimmer darf in den in Absatz 1 Buchstabe c) und d) 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. 98 - 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 97 und 152 erwähnten Zuschläge sowie alle Kosten für zusätzliche Lieferungen und Nebenkosten,
- b) die Modalitäten, nach denen die unter Buchstabe a) erwähnten Beträge dem Patienten mitgeteilt und fakturiert 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 152 erwähnten Zuschläge betrifft, ist der vorhergehende Absatz für Patienten, die zu einem Tageskrankenhausaufenthalt aufgenommen werden, nur für die vom König in Ausführung von Artikel 152 § 1 Absatz 3 festgelegten Leistungen anwendbar.

Art. 99 - Der König legt die Modalitäten fest, nach denen die in den Artikel 97, 115 und 116 erwähnten Beträge der Öffentlichkeit mitgeteilt werden müssen.

Art. 100 - Unbeschadet des Artikels 97 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 102 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 Sozialen Angelegenheiten 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. 101 - Der Finanzmittelhaushalt kann pauschal die Kosten decken, die verbunden sind mit Diensten infolge von Kalamitäten oder Katastrophen, für die die Phase drei oder die Phase vier des Katastrophenplans vom Provinzgouverneur beziehungsweise vom Minister, der für Inneres zuständig ist, ausgerufen wurde.

Bei den in Absatz 1 erwähnten Kosten handelt es sich um andere als die in Artikel 100 erwähnten Kosten; sie geben nämlich keinen Anlass zu einer Beteiligung, wie sie erwähnt ist im koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung oder in dessen Ausführungserlassen.

Art. 102 - Im Finanzmittelhaushalt des Krankenhauses sind nicht einbegriffen:

1. der Preis der Fertigarzneimittel und Generika,
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 und 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 Lizienten der chemischen Wissenschaften, die ermächtigt sind, Analysen der klinischen Biologie durchzuführen,

4. die mit aktiven und nicht-aktiven implantierbaren Medizinprodukten verbundenen Kosten, wie erwähnt in Artikel 34 Nr. 4bis Buchstabe a) des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, mit Ausnahme:

a) der Implantate, für die keine wie in Artikel 35septies § 1 desselben Gesetzes erwähnte Notifizierung erfolgt ist, ohne dass sie aufgrund desselben Artikels von der Notifizierungspflicht befreit worden wären,

b) der Implantate ab dem Datum der Veröffentlichung des in Artikel 35septies § 5 des Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnten Beschlusses des Ministers bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Beschlusses,

c) der Implantate, für die eine Beteiligung der Gesundheitspflegepflichtversicherung festgelegt ist, die aber auf der Grundlage ihres Verkaufspreises an das Krankenhaus, Mehrwertsteuer einbegriffen, für eine tatsächliche Beteiligung nicht in Betracht gezogen werden können.

In dem in Buchstabe b) des vorhergehenden Absatzes erwähnten Fall gehen die Kosten der erwähnten Implantate zu Lasten des Finanzmittelhaushalts bis in Höhe eines Betrags und unter den Rückzahlungsbedingungen, die ab Inkrafttreten des erwähnten Beschlusses über die Kostenübernahme seitens der Gesundheitspflegepflichtversicherung angewandt werden sollen.

5. die mit anderen medizinischen Hilfsmitteln als den in Nr. 4 erwähnten Hilfsmitteln verbundenen Kosten, wenn sie Gegenstand einer Beteiligung der Gesundheitspflegepflichtversicherung unter den festgelegten Rückzahlungsbedingungen sind,

6. die Kosten, die verbunden sind mit anderen medizinischen Hilfsmitteln als den in den Nummern 4 und 5 erwähnten Hilfsmitteln, die vom König festgelegt worden sind.

Art. 103 - 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 102 abweichen.

Art. 104 - Für die Eingriffe, Dienste und Pflegeleistungen, deren Kosten in Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden Kapitels pauschal durch den Finanzmittelhaushalt gedeckt werden, darf vom Patienten keinerlei finanzielle Beteiligung gefordert werden.

Art. 105 - § 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 117.

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 Artikel 153 § 1 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. 106 - Die in Artikel 64 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 von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister gebilligt wird.

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

Art. 107 - 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. 108 - 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, von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister 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. 109 - 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 Einrichtung 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. 110 - 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 Kriegsoffer - im Rahmen ihrer eigenen Regelung - oder aber eines öffentlichen Sozialhilfezentrens 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 Kriegsoffer oder aber der öffentlichen Sozialhilfezentren.

Die in den Absätzen 1 und 2 festgelegte Proportion ist sowohl auf den in Artikel 115 Absatz 1 erwähnten Teil des Finanzmittelhaushalts, der in Zwölfeln ausgezahlt wird, als auch auf den in Artikel 115 Absatz 2 erwähnten Teil des Finanzmittelhaushalts, der auf der Grundlage von Tätigkeitsparametern ausgezahlt wird, und auf den in Artikel 116 erwähnten Teil, der als Grundlage für die Festlegung eines Preises pro Parameter dient, anwendbar.

Art. 111 - Der in Artikel 110 Absatz 1 erwähnte Prozentsatz kann vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass für den gesamten wie in Artikel 95 erwähnten Finanzmittelhaushalt oder für bestimmte Teile davon abgeändert werden.

Art. 112 - § 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 110 und 111 sind auf den Finanzmittelhaushalt anwendbar in Krankenhäusern mit einem oder mehreren universitären Diensten, einer oder mehreren universitären Funktionen oder einem oder mehreren universitären Pflegeprogrammen nach Abzug dieser zusätzlichen Subvention.

§ 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 110 und 111 sind nach Abzug der im vorliegenden Paragraphen erwähnten zusätzlichen Subvention auf den in Artikel 95 erwähnten Finanzmittelhaushalt anwendbar.

Art. 113 - Für die Gewährung der in Artikel 110 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 vorgesehenes Abkommen abgeschlossen haben, das von dem für die Sozialen Angelegenheiten zuständigen Minister und von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister nach Stellungnahme des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen, Abteilung Finanzierung, gebilligt worden ist.

Art. 114 - 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. 115 - 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 Zwölfeln 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. 116 - § 1 - Für Patienten, die nicht an einen Versicherungsträger wie erwähnt in Artikel 115 Absatz 1 gebunden sind, deren Krankenhauspflege jedoch Anlass gibt zu einer Beteiligung in Anwendung von Artikel 110, kann der König unter den von ihm bestimmten Bedingungen und nach den von ihm festgelegten Regeln einen Preis pro Tätigkeitsparameter auf der Grundlage des Finanzmittelhaushalts festlegen.

Ungeachtet jeglicher anders lautenden Klauseln ist der Preis, der fakturiert werden darf, der vom König gemäß den Bestimmungen von Absatz 1 festgelegte Preis.

§ 2 - Für Patienten, die nicht an einen Versicherungsträger wie erwähnt in Artikel 115 Absatz 1 gebunden sind und deren Krankenhauspflege keinen Anlass gibt zu einer Beteiligung in Anwendung von Artikel 110, kann der König die Berechnungsweise des Preises pro Tätigkeitsparameter festlegen, der den wirklich eingegangenen Kosten entspricht.

Art. 117 - § 1 - Wenn es am Ende der Periode, für die der Finanzmittelhaushalt festgelegt worden ist, auf nationaler Ebene eine Differenz zwischen dem in Artikel 95 erwähnten Haushalt und den Ausgaben - mit Ausnahme der in Artikel 116 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 115.

§ 2 - Nach Ablauf der Periode, für die der Finanzmittelhaushalt festgelegt worden ist, werden die von den Versicherungsträgern aufgrund von Artikel 115 Absatz 1 ausgezahlten Zwölfstel 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. 118 - Die in den Artikeln 110 bis 112 vorgesehenen Subventionen werden im Haushaltsplan des Föderalen Öffentlichen Dienstes Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt eingetragen.

Art. 119 - § 1 - Der Staat und die in Artikel 110 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. 120 - § 1 - Die Anwendung der Artikel 95 bis 105 und 109 bis 116 kann gemäß den vom König festgelegten Regeln ganz oder teilweise abhängig gemacht werden:

1. von den Datenübermittlungen, die gemäß Artikel 92 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,

2. vom Erhalt einer in den Artikeln 58, 66 und 67 erwähnten Zulassung, einer in Artikel 39 erwähnten Erlaubnis oder einer in den Artikeln 54 und 57 erwähnten Genehmigung,

3. von der Einhaltung der Regeln zur Bestimmung der maximalen oder programmierten Anzahl der in den Artikeln 44, 45, 55, 60 und 80 erwähnten aufwendigen medizinischen Apparate, medizinisch-technischen Dienste, Funktionen oder Pflegeprogramme,

4. von der Führung einer medizinischen Akte gemäß den Bestimmungen von Artikel 20 und seinen Ausführungserlassen,

5. von der Mitteilung der in Artikel 91 und in dessen Ausführungserlassen vorgesehenen Informationen an den Patienten.

Bei Verstößen gegen die in Absatz 1 erwähnten Bestimmungen im Rahmen einer Vereinigung von Krankenhäusern erfolgt die Anwendung von Absatz 1 allen Krankenhäusern gegenüber, die zu der Vereinigung gehören.

§ 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 127 erwähnten Personen feststellen, dass die in Artikel 92 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. 121 - Der König kann spezifische Regeln und Bedingungen für die Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden Kapitels auf Krankenhausvereinigungen festlegen, wie erwähnt in Artikel 95 Absatz 2 und 3.

Art. 122 - Von Patienten, die sich in einer Notfallversorgungseinheit anmelden, darf keine Pauschalbeteiligung gefordert werden.

Art. 123 - Alle mit den Einsätzen des Mobilen Rettungsdienstes (MRD) verbundenen Kosten, mit Ausnahme der in Artikel 102 erwähnten Honorare, werden durch den Finanzmittelhaushalt gedeckt.

KAPITEL VII — *Abschaffung von Arten von Krankenhausdiensten*

Art. 124 - Nachdem der König den Nationalen Rat für das Krankenhauswesen, Abteilung Programmierung und Zulassung, angehört hat, kann Er eine oder mehrere Arten von Krankenhausdiensten, die nicht länger als solche betrachtet werden können, abschaffen.

KAPITEL VIII — *Finanzierung der Defizite der öffentlichen Krankenhäuser*

Art. 125 - Die eventuellen Defizite in den Geschäftsführungsrechnungen von Krankenhäusern der öffentlichen Sozialhilfzentren, der in Artikel 118 des Grundlagengesetzes vom 8. Juli 1976 über die öffentlichen Sozialhilfzentren erwähnten Vereinigungen und der interkommunalen Vereinigungen, die ein oder mehrere öffentliche Sozialhilfzentren 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, in der die nicht zum Krankenhaus gehörenden Tätigkeiten außer Betracht gelassen werden, festgelegt.

Der König bestimmt die Elemente der Ergebnisrechnung, die ab dem Rechnungsjahr 2004 zur Festlegung des Defizits in Betracht zu ziehen sind.

Der für die Volksgesundheit zuständige Minister stellt jährlich den Betrag dieser Defizite fest. Sein Beschluss wird den betroffenen untergeordneten Verwaltungen mitgeteilt und dem Finanzinstitut, das die Konten der untergeordneten Verwaltungen verwaltet, zur Kenntnis gebracht, damit die Beträge des Defizits von Amts wegen auf die Konten der untergeordneten Verwaltungen gebucht werden.

2. Das Defizit wird von der Gemeinde, deren öffentliches Sozialhilfzentrum 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 Föderalen Öffentlichen Dienstes Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt die in Nr. 1 erwähnten Befugnisse ganz oder teilweise übertragen.

Art. 126 - Der König bestimmt die Modalitäten für die Ausführung von Artikel 125.

KAPITEL IX — *Aufsicht und Strafbestimmungen*

Abschnitt 1 — Aufsicht

Art. 127 - § 1 - Unbeschadet der Befugnisse der Gerichtspolizeioffiziere üben die Beamten oder Angestellten des Föderalen Öffentlichen Dienstes Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt die Aufsicht über die Anwendung der Bestimmungen der Titel I bis IV des vorliegenden koordinierten Gesetzes und der aufgrund der vorerwähnten Bestimmungen ergangenen Ausführungserlasse aus; zu diesem Zweck haben sie Zugang zu den Krankenhäusern und den in Artikel 92 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 92 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 92 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 20 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.

Abschnitt 2 — Strafen

Art. 128 - Unbeschadet der Anwendung der im Strafgesetzbuch angedrohten Strafen wird mit einer Gefängnisstrafe von acht Tagen bis zu drei Monaten und mit einer Geldbuße von sechszwanzig bis zu zweitausend Euro oder mit nur einer dieser Strafen bestraft:

1. wer unter Verstoß gegen die Artikel 66 und 67 ein Krankenhaus betreibt, das den auferlegten Normen nicht entspricht, oder unter Verstoß gegen die Artikel 72 bis 74 einen Dienst betreibt, ohne die Zulassung erhalten zu haben,

2. wer unter Verstoß gegen Artikel 83 keine getrennte Buchführung macht oder Bestimmungen der in Ausführung von Artikel 85 ergangenen Erlasse nicht anwendet,

3. wer unter Verstoß gegen Artikel 98 Zuschläge in Rechnung stellt oder einen anderen Preis berechnet als den Preis pro Parameter, der in Anwendung der Artikel 115 und 116 vom Minister, der für die Volksgesundheit zuständig ist, festgelegt wird,

4. wer unter Verstoß gegen Artikel 98 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 99 der Öffentlichkeit die in den Artikeln 97, 115 und 116 erwähnten Beträge nicht nach den vom König festgelegten Modalitäten bekannt gibt,

5. wer unter Verstoß gegen die Artikel 75 und 76 über die für die effektive Betriebseinstellung gewährte Frist hinaus ein Krankenhaus oder einen Dienst betreibt, gegen das beziehungsweise den entweder ein Beschluss zur vorläufigen Schließung oder ein Beschluss zur definitiven Schließung gefallen ist, gegen den keine Beschwerde mit aufschiebender Wirkung eingereicht wurde oder der nach einer Beschwerde bestätigt wurde,

6. wer unter Verstoß gegen Artikel 39 ein Krankenhaus oder einen Dienst baut, umgestaltet oder instand setzt, obwohl sie sich nicht in das in Artikel 36 erwähnte Programm einfügen,

7. wer den in Artikel 127 § 1 erwähnten Beamten und Bediensteten den Zugang zur Einrichtung verwehrt,

8. wer unter Verstoß gegen Artikel 54 oder 55 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 56 Apparate in den Handel bringt, die den Bedingungen und Regeln in Sachen Registrierung nicht entsprechen,

10. wer unter Verstoß gegen die Bestimmungen von Artikel 58 ohne Zulassung und ohne die erforderlichen Bedingungen zu erfüllen medizinische und medizinisch-technische Dienste errichtet oder betreibt,

11. wer es unter Verstoß gegen Artikel 20 § 1 oder 25 § 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 Artikel 81 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. 129 - Im Wiederholungsfall binnen zwei Jahren nach einer rechtskräftig gewordenen verurteilenden Entscheidung wegen eines der in Artikel 128 erwähnten Verstöße können die Strafen verdoppelt werden.

Art. 130 - Eine natürliche oder juristische Person, die unter Verstoß gegen die Bestimmungen der Titel I bis IV des vorliegenden koordinierten Gesetzes ein Krankenhaus oder einen Dienst betreibt, haftet zivilrechtlich für die Zahlung der Geldbußen und Gerichtskosten.

Art. 131 - Die Bestimmungen von Buch I des Strafgesetzbuches, einschließlich Kapitel VII und Artikel 85, sind auf die in den Titeln I bis IV des vorliegenden koordinierten Gesetzes erwähnten Verstöße anwendbar.

TITEL IV — Spezifische 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. 132 - In jedem Krankenhaus wird ein Ärzterat eingerichtet.

Art. 133 - Der Ärzterat ist das die Krankenhausärzte vertretende Organ, durch das sie an der Beschlussfassung im Krankenhaus beteiligt werden.

Art. 134 - Die Mitglieder des Ärzterates werden von den Krankenhausärzten gewählt.

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

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. 135 - 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. 136 - Mit dem Ziel, den Patienten im Krankenhaus unter optimalen Bedingungen medizinische Pflege zukommen zu lassen, und unbeschadet der in den Artikeln 18 bis 22 erwähnten Aufgaben des Chefarztes sorgt der Ärzterat dafür, dass die Krankenhausärzte mitwirken an Maßnahmen

1. zur Förderung und ständigen Evaluation 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 Hausarzt oder behandelnden Arzt, der den Patienten überwiesen hat,
5. zur Förderung der medizinischen Aktivität mit wissenschaftlichem Charakter unter Berücksichtigung der Möglichkeiten des Krankenhauses.

Art. 137 - Im Rahmen des in Artikel 136 beschriebenen Ziels gibt der Ärzterat dem Verwalter eine Stellungnahme in Bezug auf folgende Angelegenheiten ab:

1. die in Artikel 144 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 und Abschaffung bestehender medizinischer Dienste,
14. den Bau und die Umgestaltung des Krankenhauses oder die Veränderung der Zweckbestimmung von Räumlichkeiten, sofern sie eine Auswirkung auf die medizinische Aktivität 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 Ärzterates 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 Ärzterates zur Rechtfertigung einer Entfernung aus dem Dienst angeführt werden.

Unter Androhung der Nichtigkeit muss die Notifizierung des schwerwiegenden Grundes per Einschreibebrief oder per 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. 138 - § 1 - In allen in Artikel 137 erwähnten Fällen ist der Verwalter verpflichtet, die Stellungnahme des Ärzterates einzuholen. Außerdem gibt der Ärzterat 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 Ärzterat 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 Ärzterat anders darüber entscheiden; die sich auf die in Artikel 139 § 1 erwähnten Punkte beziehenden Begutachtungsanträge müssen jedoch immer schriftlich formuliert werden.

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

§ 4 - Der Ärzterat 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. 139 - § 1 - Wenn der Ärzterat infolge eines Begutachtungsantrags des Verwalters in Bezug auf die in Artikel 137 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 140 bestimmten Verfahren gefasst werden.

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

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

Der Vermittler wird im gemeinsamen Einvernehmen zwischen Verwalter und Ärzterat 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 Ärztterates zu einem neuen Beschlussvorschlag nicht eingeholt hat, kann entweder der Verwalter oder der Arztterat 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. 140 - § 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 144 erwähnten allgemeinen Regelung des Krankenhauses oder in der in Artikel 145 erwähnten schriftlichen individuellen Regelung ausdrücklich vermerkt sind, berücksichtigt er auch 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 Ärztterat 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 137 Nr. 1 erwähnte Angelegenheit betrifft und nur auf die noch zum ersten Mal im Krankenhaus 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 144 § 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 18 bis 22 oder des Titels IV vorgesehenen gesetzlichen Möglichkeiten oder mit den von der Nationalen paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser ausgearbeiteten Regelungsmustern für die erwähnten Bestimmungen 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 Ärztterat oder die Paritätische Kommission hat dem Verwalter früher mitgeteilt, dass er beziehungsweise sie gegen ein früheres Datum keine Einwände hat.

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

Art. 141 - Der König kann nach den von Ihm bestimmten Regeln und Bedingungen festlegen, welche finanziellen oder statistischen Daten dem Ärztterat eines Krankenhauses vom Verwalter mitgeteilt werden müssen.

Abschnitt 2 — Ständiger Ausschuss zur Konzertierung zwischen Verwalter und Krankenhausärzten

Art. 142 - § 1 - Das in den Artikeln 137 bis 140 bestimmte Verfahren kann auf Vorschlag des Verwalters durch ein Verfahren der direkten Konzertierung zwischen Verwalter und Ärztterat 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 Ärztterat bevollmächtigten Vertretung zusammen.

§ 3 - Der Ausschuss bemüht sich um einen Konsens in den Angelegenheiten, die gemäß Artikel 138 eine Stellungnahme des Ärztterates 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 Ärztterat den geplanten Beschluss zur Stellungnahme vor; in diesem Fall sind die Bestimmungen der Artikel 138 bis einschließlich 140 anwendbar.

Wenn der Verwalter sich dem im Ausschuss erreichten Konsens nicht anschließen kann, begründet er seinen Standpunkt und legt er dem Ärztterat die Angelegenheit gemäß den Bestimmungen der Artikel 138 bis einschließlich 140 zur Stellungnahme vor.

Wenn der Ärztterat 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 139 § 1 erwähnten Angelegenheiten handelt, sind die Bestimmungen der Artikel 139 und 140 anwendbar, sofern die Stellungnahme binnen einem Monat mit Zweidrittelmehrheit der stimmberechtigten Mitglieder abgegeben worden ist.

§ 5 - Wenn der Verwalter oder der Ärztterat beschließt, die im vorliegenden Abschnitt bestimmte Konzertierungsform nicht mehr anzuwenden, muss er den Ärztterat 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

Art. 143 - § 1 - Im Hinblick auf die Gewährleistung der finanziellen Transparenz des Geldflusses innerhalb des Krankenhauses ist eine regelmäßige Konzertierung zwischen Verwalter und Ärztterat 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 Ärztterates zusammen. Die Vertretungen setzen sich einerseits aus Mitgliedern, die der Verwaltung und der in Artikel 17 erwähnten Direktion angehören und unter denen sich mindestens ein Verwalter befindet, und andererseits aus vom Ärztterat bestimmten Krankenhausärzten zusammen.

Letztere können sich von einem Finanzexperten beistehen lassen.

§ 3 - Die Finanzkommission verfügt über alle Daten, wie bestimmt in Artikel 141.

§ 4 - Die Finanzkommission bespricht zumindest:

- die jährlichen Haushaltsvoranschläge,
- den Jahresabschluss,
- die Berichte des in den Artikeln 88 und 90 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 Ärzterrats mitgeteilt werden.

KAPITEL II — Rechtsverhältnisse zwischen Krankenhaus und Krankenhausärzten

Art. 144 - § 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 18 bis 22 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 145 § 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. 145 - Unter Verweis auf die in Artikel 144 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; Änderungen in Bezug auf diese jeweiligen Rechte und Pflichten werden ebenfalls schriftlich festgehalten.

Diese schriftlichen Bestimmungen betreffen zumindest die konkrete Anwendung der in Artikel 144 § 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. 146 - § 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. 147 - 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. 148 - Der König kann die in Artikel 147 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 oder versorgt werden, ohne dort aufgenommen zu sein.

Art. 149 - 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 Schuldern 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. 150 - 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 149 Nr. 2 für den Ärzterrat und in Artikel 149 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 139 und 140 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. 151 - Der König kann nähere Regeln für die Ausführung der Artikel 147 bis 150 festlegen, darin einbegriffen einheitliche Buchführungsregeln.

In der in Artikel 149 Nr. 1 Absatz 2 oder in Artikel 150 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 Honorarmasse der Gruppe Leistungserbringer, zu der er während der drei Monate vor der Verrechnung gehört; der für die betreffende 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 155 mit Ausnahme von § 1 Nr. 2 und § 2 in Betracht gezogen wird.

Wenn die Anwendung von Artikel 155 § 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 155 § 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 Prozent zu Lasten des Krankenhausarztes und zu 25 Prozent zu Lasten des Krankenhausverwalters.

Abschnitt 3 — Festlegung der Honorare

Art. 152 - § 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 97 § 2 erwähnten Bedingungen erfüllen, werden mit in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommenen Patienten gleichgestellt.

Wenn es sich um eine in Artikel 97 § 2 Absatz 1 Buchstabe *d*) erwähnte Aufnahme handelt, können jedoch Tarife angewandt werden, die von den vereinbarten Tarifen abweichen, unter der Bedingung, dass sich das von einem Elternteil begleitete Kind auf ihren besonderen Antrag hin in einem Einzelzimmer aufhält, und sofern die Bestimmungen von Artikel 97 § 1 Absatz 2 eingehalten werden.

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. Der König bestimmt ebenfalls die Kategorien von Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt, die in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommen sind und in Bezug auf die die Absätze 1 und 2 für alle Leistungen anwendbar 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, mit Ausnahme der in Artikel 97 § 2 Absatz 1 Buchstabe *a*) und *b*) und in Artikel 97 § 2 Buchstabe *c*) und *d*) erwähnten Patienten, Tarife anwenden, die von den vereinbarten Tarifen abweichen, sofern in der in Artikel 144 erwähnten allgemeinen Regelung Höchsttarife festgelegt sind und diese von den betreffenden Ärzten eingehalten werden. Dieser Bestandteil der allgemeinen Regelung muss vor seiner Anwendung der Paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser vom Krankenhausverwalter und den Versicherungsträgern über das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung mitgeteilt werden.

Absatz 2 ist für die vom König bestimmten Leistungen ebenfalls anwendbar auf Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt. Der König bestimmt ebenfalls die Kategorien von Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt, die in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommen sind und in Bezug auf die Absatz 2 für alle Leistungen anwendbar ist.

Wenn es sich um eine in Artikel 97 § 2 Absatz 1 Buchstabe *d*) erwähnte Aufnahme handelt, können jedoch Tarife angewandt werden, die von den vereinbarten Tarifen abweichen, unter der Bedingung, dass sich das von einem Elternteil begleitete Kind auf ihren besonderen Antrag hin in einem Einzelzimmer aufhält, und sofern die Bestimmungen von Artikel 97 § 1 Absatz 2 eingehalten werden.

§ 3 - Der Verwalter und der Ärzterat garantieren, dass alle in § 1 erwähnten Patienten zu den Tarifen der Vereinbarung versorgt werden können. Nach Konzertierung mit dem Ärzterat ergreift der Verwalter die zu diesem Zweck notwendigen Initiativen und informiert den Ärzterat 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, mit Ausnahme der in Artikel 97 § 2 Absatz 1 Buchstabe *a*) und *b*) und in Artikel 97 § 2 Absatz 1 Buchstabe *c*) und *d*) erwähnten Patienten, Tarife anwenden, die von den als Grundlage für die Berechnung der Versicherungsbeitrag dienenden Tarifen abweichen, sofern gemäß den in § 2 Absatz 2 erwähnten Regeln Höchsttarife festgelegt worden sind, die von den Ärzten eingehalten werden. Dieser Bestandteil der allgemeinen Regelung muss vor seiner Anwendung der Paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser vom Krankenhausverwalter und den Versicherungsträgern über das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung mitgeteilt werden.

Absatz 1 ist für die vom König bestimmten Leistungen ebenfalls anwendbar auf Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt. Der König bestimmt ebenfalls die Kategorien von Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt, die in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommen sind und in Bezug auf die Absatz 1 für alle Leistungen anwendbar ist.

Wenn es sich um eine in Artikel 97 § 2 Absatz 1 Buchstabe *d*) erwähnte Aufnahme handelt, können jedoch Tarife angewandt werden, die von denjenigen abweichen, die als Grundlage dienen für die Berechnung der Versicherungsbeitrag, unter der Bedingung, dass sich das von einem Elternteil begleitete Kind auf ihren besonderen Antrag hin in einem Einzelzimmer aufhält, und sofern die Bestimmungen von Artikel 97 § 1 Absatz 2 eingehalten werden.

§ 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 Versicherungsbeitrag verwendet werden.

§ 6 - Unbeschadet der Paragraphen 1 Absatz 2, 2 Absatz 4 und 4 Absatz 3 können die in den Paragraphen 1, 2 und 4 erwähnten Ärzte für die in Einzelzimmern aufgenommenen Patienten Tarife anwenden, die von den Vertragstarifen abweichen, sofern diesbezüglich in der in Artikel 144 erwähnten allgemeinen Regelung Höchsttarife festgelegt sind und diese von den betreffenden Ärzten eingehalten werden. Dieser Bestandteil der allgemeinen Regelung muss vor seiner Anwendung der Paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser vom Krankenhausverwalter und den Versicherungsträgern über das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung mitgeteilt werden.

§ 7 - Die in den Paragraphen 1, 2 und 4 erwähnten Ärzte dürfen keine Zuschläge für die Pauschalhonorare anwenden, die pro Aufnahme und/oder pro Pflage tag für Leistungen im Bereich der klinischen Biologie oder im Bereich der bildgebenden Diagnoseverfahren zu zahlen sind.

§ 8 - Im Fall einer in Artikel 97 § 2 Absatz 1 Buchstabe *d*) erwähnten Aufnahme eines Kindes, das von einem Elternteil begleitet wird, wird dem vorerwähnten Elternteil gleichzeitig mit der Aufnahmeerklärung ein getrenntes Dokument zur Unterzeichnung vorgelegt. In diesem Dokument wird die Möglichkeit einer Aufnahme zu den vereinbarten Tarifen angeboten oder, wenn keine Vereinbarung in Kraft ist, zu den Tarifen, die als Grundlage dienen für die Berechnung der Versicherungsbeitrag.

Der begleitende Elternteil kann mittels desselben Dokuments auf diese Möglichkeit verzichten und sich ausdrücklich für ein Einzelzimmer entscheiden.

In Ermangelung dieses unterzeichneten Dokuments sind die anwendbaren Tarife in Abweichung von den Paragraphen 1 Absatz 2 und 2 Absatz 4 die vereinbarten Tarife und in Abweichung von § 4 Absatz 3 die Tarife, die als Grundlage dienen für die Berechnung der Versicherungsbeitrag.

Art. 153 - 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.

Abschnitt 4 — Honorarbestandteile

Art. 154 - Unbeschadet des Artikels 155 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.

Abschnitt 5 — Verwendung der zentral eingeforderten Honorare

Art. 155 - § 1 - Die zentral eingeforderten Honorare werden verwendet:

1. zur Zahlung der den Krankenhausärzten geschuldeten Beträge gemäß der Regelung, die in Anwendung von Artikel 145 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 137 bis einschließlich 142 erfolgt die Verwendung der Honorare für Krankenhausärzte, die nicht gemäß Artikel 146 § 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 Prozent 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 Evaluation 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 145 erwähnten individuellen Abkommen und Ernennungsurkunden.

§ 6 - Das in den Paragraphen 3 und 4 erwähnte Einvernehmen zwischen dem Verwalter und dem Ärzterat kann nur abgeändert werden, insofern dies nicht zur Folge hat, dass der jährliche Gesamtbetrag der in den Paragraphen 3 und 4 erwähnten vom Krankenhaus vorgenommenen Abzüge den Gesamtbetrag dieser Abzüge vom 1. Januar 2004 bis zum 31. Dezember 2004 übersteigt.

In Abweichung von Absatz 1 wird der in Absatz 1 erwähnte Höchstbetrag entsprechend der Schwankung des jährlichen Gesamtbetrags der zentral eingeforderten Honorare im Vergleich zu diesem Gesamtbetrag, der in dem oben erwähnten Referenzzeitraum zentral eingefordert wird, angepasst.

Vorliegender Paragraph findet keine Anwendung, wenn einer der folgenden Fälle vorliegt:

1. wenn dem in den Paragraphen 3 und 4 erwähnten Einvernehmen von allen Mitgliedern des Ärzterates zugestimmt wird,
2. sofern die Erhöhung der Abzüge ausschließlich zu Infrastrukturarbeiten bestimmt ist, die eine Verbesserung für die Arbeitsweise des Krankenhauses oder für die Ärzte und das Krankenpflegepersonal des Krankenhauses bedeuten,
3. sofern die Erhöhung der Abzüge ausschließlich zur Finanzierung eines Sanierungsplans eines öffentlichen Krankenhauses bestimmt ist, wie von der Aufsichtsbehörde aufgelegt,
4. sofern die Erhöhung der Abzüge durch strukturelle Reformen wie zum Beispiel eine Fusion, eine Vereinigung oder eine Gruppierung hervorgerufen wird.

Abschnitt 6 — Einforderung der für die im Krankenhaus aufgenommenen Patienten geschuldeten Beträge

Art. 156 - Unbeschadet der Anwendung der Artikel 147 bis 150 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.

Abschnitt 7 — Verfahren

Art. 157 - Wenn es binnen drei Monaten nicht zu dem in den Artikeln 149 und 150 und in Artikel 155 §§ 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 139 und 140 §§ 1, 2 und 3 erwähnte Verfahren befolgt.

KAPITEL IV — Pension für Ärzte von Krankenhauseinrichtungen des öffentlichen Sektors

Art. 158 - § 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 sie folgende Bedingungen erfüllen: Sie müssen

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 146 § 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 146 § 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 Inkrafttreten des vorliegenden Artikels nach einem der in Artikel 146 § 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 V — *Übergangsbestimmungen*

Art. 159 - 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 147 bis 150 festgelegten Bedingungen in Bezug auf die Einrichtung und Kontrolle müssen jedoch zum 16. Mai 1986 erfüllt sein.

In Abweichung von den Artikeln 147 und 148 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 16. Mai 1986 über sein Vorhaben unterrichtet und der Ärzterat dem zustimmt. Der Ärzterat notifiziert dem Verwalter dieses Einverständnis.

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

Art. 160 - 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 VI — *Schlussbestimmungen*

Art. 161 - 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. 162 - § 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 159 und/oder Artikel 160 geltend gemacht werden; es teilt auch mit, für welchen Arzt der Ärzterat das in Artikel 159 § 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. 163 - 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. 164 - 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 132 ein Krankenhaus betreibt, ohne dass ein Ärzterat eingerichtet wird, oder wer verhindert, dass ein Ärzterat eingerichtet wird,
2. wer unter Verstoß gegen Artikel 138 die obligatorische Stellungnahme des Ärzterates nicht einholt oder wer gegebenenfalls das in den Artikeln 139 und 140 bestimmte Verfahren nicht befolgt,
3. wer unter Verstoß gegen die Artikel 147 bis 151 und 159 die Bestimmungen in Sachen zentrale Einforderung nicht anwendet oder die zentrale Einforderung in irgendeiner Weise erschwert,
4. wer unter Verstoß gegen die Artikel 152 und 153 die Bestimmungen über die Anwendung der Tarife nicht einhält oder nicht einhalten lässt,
5. wer unter Verstoß gegen Artikel 155 die Bestimmungen in Bezug auf die Verwendung der zentral eingeforderten Honorare nicht anwendet,
6. wer unter Verstoß gegen Artikel 162 der Paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser die Daten nicht übermittelt.

Art. 165 - Im Wiederholungsfall binnen zwei Jahren nach einer rechtskräftig gewordenen verurteilenden Entscheidung wegen eines der in Artikel 160 erwähnten Verstöße können die Strafen verdoppelt werden.

Art. 166 - Eine natürliche oder juristische Person, die unter Verstoß gegen die Bestimmungen von Artikel 68 und Titel IV ein Krankenhaus oder einen Dienst betreibt, haftet zivilrechtlich für die Zahlung der Geldbußen und Gerichtskosten.

Art. 167 - Die Bestimmungen von Buch I des Strafgesetzbuches, einschließlich Kapitel VII und Artikel 85, sind auf die in Titel IV erwähnten Verstöße anwendbar.

KAPITEL VII — *Inkrafttreten und Außerkrafttreten*

Art. 168 - Folgende Bestimmungen treten an einem vom König zu bestimmenden Datum in Kraft:

1. Artikel 66, was die Abänderungen betrifft, die angebracht wurden durch 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,

2. Artikel 69,

3. Artikel 102, was die Abänderungen betrifft, die angebracht wurden durch das Gesetz vom 13. Dezember 2006 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit,

4. Artikel 128, was die Abänderungen betrifft, die angebracht wurden durch das Gesetz vom 14. Januar 2002 zur Festlegung von Maßnahmen im Bereich Gesundheitspflege.

Folgende Bestimmungen treten an einem vom König zu bestimmenden Datum nach Beratung im Ministerrat in Kraft:

1. Artikel 15,

2. Artikel 95, was die Abänderungen betrifft, die angebracht wurden durch das Gesetz vom 4. Juni 2007 zur Abänderung der Rechtsvorschriften im Hinblick auf die Förderung der Mobilität der Patienten,

3. Artikel 116,

4. Artikel 152 § 2 Absatz 2, was alle Fachärzte betrifft, Kinderärzte ausgenommen; die Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen ist ebenfalls erforderlich.

Für die Kinderärzte tritt Artikel 152 § 2 Absatz 2 in Kraft, vorausgesetzt, dass der König:

- Maßnahmen zur Aufwertung der Überwachungshonorare der Krankenhauskinderärzte gemäß Artikel 35 § 2 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung ergriffen hat,

- keinen im Ministerrat beratenen Erlass genommen hat nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen, durch die die Tragweite von Artikel 152 geändert wird.

Art. 169 - Die Abänderungen, die durch den Königlichen Erlass vom 19. März 2007 in Anwendung von Artikel 46 des Gesetzes zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit an Artikel 152 angebracht wurden, treten am 22. Dezember 2008 außer Kraft, wenn sie nicht vor diesem Datum durch Gesetz bestätigt werden.

TITEL V — *Pflege Betagter und chronisch Kranker*

Art. 170 - § 1 - Im Rahmen einer von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister festgelegten Planung und gemäß den durch Königlichen Erlass bestimmten Normen kann integrierten Diensten für Hauskrankenpflege, Diensten für Hauskrankenpflege und zugelassenen Altenheimen eine besondere Zulassung erteilt werden für die Erbringung einer Reihe von Pflegeleistungen, durch die ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder vermieden werden kann. Für diese Pflegeleistung kann eine Beteiligung gewährt werden gemäß den durch oder aufgrund des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung bestimmten Regeln.

Mit zugelassenen Altenheimen gleichgesetzt werden Krankenhäuser und Teile von Krankenhäusern, die eine getrennte architektonische Einheit bilden und die in Betreuungseinrichtungen für die Unterbringung von Personen, die der im vorhergehenden Absatz erwähnten Pflegeleistung bedürfen, umgewandelt worden sind.

§ 2 - Die in § 1 erwähnte Beteiligung kann ebenfalls gewährt werden anstelle der Beteiligung am Pfl egetagpreis für Patienten, die in einem Krankenhaus aufgenommen sind und deren Gesundheitszustand nicht mehr die Pflege in einem Krankenhaus, sondern die in § 1 erwähnte Pflegeleistung erfordert.

Der König kann je nach Art der Krankenhausdienste die Dauer des Krankenhausaufenthalts bestimmen, nach dessen Ablauf der Gesundheitszustand des Patienten keine Pflege in einem Krankenhaus mehr erfordert, außer wenn ein Kollegium von Vertrauensärzten erklärt, dass für den im Krankenhaus aufgenommenen Patienten auch nach der vorerwähnten Dauer, Pflegeleistungen in einem Krankenhaus gerechtfertigt oder notwendig sind.

Der König kann die Regeln mit Bezug auf den Tagessatz für diese Patienten festlegen.

§ 3 - Bei der Umwandlung eines Krankenhauses oder eines Altenheims im Rahmen der in § 1 vorgesehenen besonderen Zulassung wird der Betrag der Subventionen für den Bau, die Instandsetzung und die Ausrüstung der Altenheime, wie vorgesehen im Gesetz vom 22. März 1971, auf 90 Prozent der Kosten der Arbeiten, Lieferungen und Leistungen gebracht.

§ 4 - Bis zu einem vom König festzulegenden Datum kann die besondere Zulassung mit Bezug auf eine Anzahl Pflegebetten nur gewährt werden, wenn sie mit einer gleichwertigen Herabsetzung der Anzahl Krankenhausbetten in abgeschafften Krankenhausdiensten einhergeht; durch Königlichen Erlass wird bestimmt, was unter gleichwertiger Herabsetzung zu verstehen ist.

Was die Gewährung der in § 1 erwähnten Beteiligung betrifft, wird die besondere Zulassung nur wirksam, wenn der Organisationsträger nachweist, dass die im vorhergehenden Absatz erwähnte Bedingung erfüllt ist.

§ 5 - Der König kann die Regeln mit Bezug auf den Tagessatz für die Personen festlegen, die in den in § 1 erwähnten Betreuungseinrichtungen, entstanden infolge der Umwandlung von psychiatrischen Krankenhäusern oder Teilen von psychiatrischen Krankenhäusern, aufgenommen sind.

Diese Regeln werden nach Kriterien festgelegt, die insbesondere den Anforderungen einer qualitativen Pflege Rechnung tragen.

Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass bestimmen, dass ein Teil des im vorhergehenden Absatz erwähnten Preises gemäß den von Ihm zu bestimmenden Regeln zu Lasten des Staates geht.

Gesehen, um Unserem Erlass vom 10. Juli 2008 zur Koordinierung des Gesetzes über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen beigefügt zu werden

ALBERT

Von Königs wegen:

Die Ministerin der Sozialen Angelegenheiten und der Volksgesundheit
Frau L. ONKELINX

KONKORDANZTABELLE GESETZ ÜBER DIE KRANKENHÄUSER

Alter Artikel	Neuer Artikel
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
<i>9bis</i>	10
<i>9ter</i>	11
<i>9quater</i>	12
<i>9quinquies</i>	13
<i>9sexies</i>	14
10	15
11	16
12	17
13	18
14	19
15	20
16	21
17	22
<i>17bis</i>	23
<i>17ter</i>	24
<i>17quater</i>	25
<i>17quinquies</i>	26
<i>17sexies</i>	27
<i>17septies</i>	28
<i>17octies</i>	29
<i>17novies</i>	30
18	31
19	32
20	33
21	34
22	35
23	36
24	37
25	38
26	39
27	40
28	41
29	42
30	43
31	44
32	45
<i>32bis</i>	46
33	47
34	48
35	49

Alter Artikel	Neuer Artikel
36	50
37	51
38	52
39	53
40	54
40bis	Aufgehoben
41	55
42	56
43	57
44	58
44bis	59
44ter	60
45	61
45bis	62
46	63
46bis	64
47	65
48 bis 67	Aufgehoben
68	66
69	67
70	68
70bis	69
70ter	70
70quater	71
71	72
72	73
73	74
74	75
75	76
75bis	77
76	78
76bis	79
76ter	Aufgehoben
76quater	80
76quinquies	81
76sexies	82
77	83
78	84
79	85
80	86
81	87
82	88
83	89
84	90
85	91
86	92
86bis	93
86ter	94
87	95
88	96
89	Aufgehoben

Alter Artikel	Neuer Artikel
90	97
91	98
92	99
93	Aufgehoben
94	100
94bis	101
95	102
96	103
96bis	104
97	105
97bis	106
97ter	107
98	108
99	109
100	110
101	111
102	112
103	113
104	114
104bis	115
104ter	116
104quater	117
105	118
106	119
107	120
107bis	Aufgehoben
107ter	121
107quater	122
107quinquies	123
108	124
109	125
110	126
111 bis 114	Aufgehoben
115	127
116	128
117	129
118	130
119	131
120	132
121	133
122	134
123	135
124	136
125	137
126	138
127	139
128	140
128bis	141
129	142
129bis	143
130	144

Alter Artikel	Neuer Artikel
131	145
132	146
133	147
134	148
135	149
136	150
137	151
138	152
139	153
139bis	154
140	155
141	156
142	157
142bis	158
143	159
144	160
145	161
146	162
147	163
148	164
149	165
150	166
151	167
Art. 5 des Gesetzes vom 27. Juni 1978 zur Abänderung der Rechtsvorschriften über die Krankenhäuser und betreffend bestimmte andere Formen der Pflegeerbringung	168

Liste der nicht in der Koordinierung aufgenommenen Bestimmungen

1. Titel III Kapitel III Abschnitt 3; die Überschrift "Abschnitt 3 — Zulassung von Krankenhäusern" ist nicht in der Koordinierung aufgenommen, weil sie mit der Überschrift von Abschnitt 2 desselben Kapitels und Titels identisch ist.
2. Titel III Kapitel VII Abschnitt 1; die Überschrift "Abschnitt 1 — Beteiligung der Gemeinden" ist nicht in der Koordinierung aufgenommen, weil die Aufhebung von Abschnitt 2 den Vermerk von Abschnitt 1 überflüssig macht.
3. Artikel 32 Nr. 2 wird aufgehoben, weil in Nummer 1 eingegliedert infolge der Fusion der Abteilung Zulassung mit der Abteilung Programmierung des Nationalen Rates für das Krankenhauswesen zu einer Abteilung Programmierung und Zulassung.
4. Artikel 32 Absatz 2, durch den der König ermächtigt wird, die Abteilung Zulassung mit der Abteilung Programmierung zu fusionieren, wird aufgehoben, weil die Fusion bereits verwirklicht worden ist.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

N. 2010 — 1768

[C — 2010/00301]

21 FEBRUARI 2010. — Wet tot aanpassing van verschillende wetten die een aangelegenheid regelen als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet, aan de benaming « Grondwettelijk Hof ». — Duitse vertaling van uittreksels

De hierna volgende tekst is de Duitse vertaling van de artikelen 1, 4, 5, 11, 12 en 14 van de wet van 21 februari 2010 tot aanpassing van verschillende wetten die een aangelegenheid regelen als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet, aan de benaming « Grondwettelijk Hof » (*Belgisch Staatsblad* van 26 februari 2010).

Deze vertaling is opgemaakt door de Centrale Dienst voor Duitse vertaling in Malmedy.

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

F. 2010 — 1768

[C — 2010/00301]

21 FEVRIER 2010. — Loi adaptant diverses lois réglant une matière visée à l'article 78 de la Constitution à la dénomination « Cour constitutionnelle ». — Traduction allemande d'extraits

Le texte qui suit constitue la traduction en langue allemande des articles 1, 4, 5, 11, 12 et 14 de la loi du 21 février 2010 adaptant diverses lois réglant une matière visée à l'article 78 de la Constitution à la dénomination « Cour constitutionnelle » (*Moniteur belge* du 26 février 2010).

Cette traduction a été établie par le Service central de traduction allemande à Malmedy.