

Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch die Bundesgesetze BGBl. I Nr. 135/2000 und BGBl. I Nr. 5/2001, wird wie folgt geändert:

Artikel 1

(Grundsatzbestimmungen)

1. Nach § 19 wird folgender §19a samt Überschrift eingefügt:

„Medikamentenkommission

§ 19a. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben zur Beratung der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Medikamentenkommissionen einzurichten. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass eine Medikamentenkommission auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet wird.

(2) Die Medikamentenkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt angewendet werden dürfen (Medikamentenliste); müssen im Einzelfall nicht in der Medikamentenliste enthaltene Arzneimittel angewendet werden, ist die medizinische Notwendigkeit dieses Einsatzes der Medikamentenkommission nachträglich zur Kenntnis zu bringen und zu begründen.
2. Adaptierung der Medikamentenliste,
3. Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln.

(3) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Medikamentenkommission insbesondere nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

1. Für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Pflinglinge maßgeblich.
2. Die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft erfolgen.
3. Die Erstellung der Medikamentenliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Pflinglinge mit Arzneimitteln sicher gestellt ist.
4. Bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, ist darüber hinaus auch darauf zu achten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.

(4) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

1. von mehreren therapeutisch geeigneten Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, z.B. physikalische, diätetische oder psychotherapeutische Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher wären, ergriffen werden;
3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung, wenn medizinisch vertretbar, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis berücksichtigt wird.

(5) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, durch Verordnung nähere Vorschriften über die Medikamentenkommission, insbesondere deren Zusammensetzung, über die Geschäftsordnung, die Einberufung der Kommission, die Verhandlungsführung sowie die von der Kommission allenfalls wahrzunehmenden Kontrollaufgaben, zu erlassen.

(6) Die Medikamentenkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die von der Landesregierung zu genehmigen ist. Weiters hat die Landesgesetzgebung sicher zu stellen, dass die

Mitglieder der Medikamentenkommissionen in Ausübung ihrer Tätigkeit keinen Weisungen unterliegen.“

2. In § 29 Abs. 2 Z 5 entfallen die Worte „und die in Österreich einen Wohnsitz haben“.

3. § 40 Abs. 1 lit. c und d lauten:

„c) Die §§ 16, 19a, ausgenommen Abs. 4, 23 Abs. 1, 24 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, 24 Abs. 2 und 4, 26, 27, 32 und 35 Abs. 3.

d) Für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) finden darüber hinaus auch die §§ 19a Abs. 4, 27a und 28 Abs. 3 Anwendung.“

Artikel 2

(1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum Artikel 1 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2002 in Kraft zu setzen.

(2) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich des Artikel 1 steht dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen zu.

Vorblatt

Probleme:

Änderung des § 29 Abs. 2 Z 5 KAG auf Grund eines vor dem EuGH anhängigen Verfahrens gegen Österreich. Hohe Medikamentenkosten in den Krankenanstalten.

Ziel:

Anpassung des § 29 Abs. 2 Z 5 KAG an das EU-Recht. Eindämmung der Medikamentenkosten in den Krankenanstalten.

Inhalt:

Im § 29 Abs. 2 Z 5 KAG entfällt das Wohnsitzerfordernis. Einrichtung von Medikamentkommissionen zur Beratung der Anstaltsleitung im Zusammenhang mit der Verwendung von Medikamenten.

Alternativen:

Hinsichtlich der Anpassung des § 29 Abs. 2 Z 5 KAG keine Änderung der Rechtslage und Abwarten des aller Voraussicht nach verurteilenden Erkenntnisses des EuGH.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Die Anpassung des § 29 Abs. 2 Z 5 kann zu geringen Mehrkosten führen. Die Einrichtung von Medikamentenkommissionen kann kurzfristig zu Mehrkosten führen, denen aber mittel- bis langfristig Einsparungspotentiale durch eine effiziente, sinnvolle und ökonomische Verwendung von Medikamenten gegenüberstehen. Näheres siehe Erläuterungen.

EU-Konformität:

Der Entwurf sieht zum Einen Maßnahmen vor, zu denen der Bund aufgrund zwingender Vorschriften des Gemeinschaftsrechts verpflichtet ist, zum Anderen Regelungen, die nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union fallen.

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Hauptgesichtspunkte des Entwurfes:

I.

In den letzten Jahren sind am Arzneimittelsektor vor allem aufgrund des immer rascheren medizinischen und technischen Fortschritts sowie der immer größer werdenden Palette von Medikamenten die Kosten deutlich stärker als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens gestiegen.

Während aber im niedergelassenen Bereich zumindest für KassenvertragsärztInnen Vorgaben hinsichtlich der zweckmäßigen und ökonomischen Verschreibeweise von Arzneimitteln in Form von verbindlichen Richtlinien des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger bestehen, fehlen solche im Krankenanstaltenbereich weitgehendst.

Aber gerade in Krankenanstalten werden naturgemäß große Mengen an Arzneimittel verbraucht. Andererseits beeinflussen Krankenanstalten zum Teil auch die Verschreibungen von Medikamenten im niedergelassenen Bereich. Denn PatientInnen, die in Krankenanstalten mit bestimmten Medikamenten behandelt wurden, wollen diese Medikamente, falls erforderlich, verständlicherweise auch nach ihrem Krankenhausaufenthalt von niedergelassenen ÄrztInnen verordnet bekommen.

Aus den angeführten Gründen erscheinen verbindliche Vorgaben für Krankenanstalten hinsichtlich der Anschaffung und des Umgangs mit Arzneimitteln sinnvoll. Da jedoch die Menge, der Einsatz und die verwendeten Medikamente vom Zweck, dem Leistungsangebot und der Größe der Krankenanstalt abhängen sowie aufgrund der Kompetenzverteilung, können diese bundesgesetzlichen Vorgaben nur grundsätzlicher Natur sein.

Um den Verantwortlichen in den Krankenanstalten fundierte Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung stellen zu können, sollen zur Beratung Medikamentenkommissionen in den Krankenanstalten eingerichtet werden.

II.

Bisher durften aufgrund von § 29 Abs. 2 fremden Staatsangehörigen - also auch Angehörigen von EWR-Staaten - die tatsächlichen Behandlungskosten in folgenden Fällen nicht verrechnet werden:

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlingen, denen im Sinne des Asylgesetzes 1991, BGBl. Nr. 8/1992, Asyl gewährt wurde, und Asylwerbern, denen im Sinne des Asylgesetzes 1991, BGBl. Nr. 8/1992, eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben.

Durch die vorgenommene Anpassung des § 29 Abs. 2 Z 5 an das EU-Recht ist es in Zukunft nicht mehr möglich, Staatsangehörigen von EWR-Vertragsparteien die tatsächlichen Behandlungskosten in Rechnung zu stellen. Diesen Personen sind nunmehr - im Sinne des europarechtlichen Gleichbehandlungsgebotes - wie nicht sozialversicherten Österreichern die amtlich festgesetzten Pflegegebühren zu verrechnen.

Finanzielle Auswirkungen:

Durch die vorgenommene Anpassung des § 29 Abs. 2 Z 5 an das EU-Recht ist es in Zukunft nicht mehr möglich, Staatsangehörigen von EWR-Vertragsparteien die tatsächlichen Behandlungskosten in Rechnung zu stellen. Diesen Personen sind nunmehr - im Sinne des europarechtlichen Gleichbehandlungsgebotes - wie nicht sozialversicherten Österreichern die amtlich festgesetzten Pflegegebühren zu verrechnen.

Da aber schon bisher den meisten EWR-Bürgern entweder gemäß Z 1, 3 oder 4 nur die amtlich festgelegten Pflegegebühren verrechnet werden durften, ist von der vorgenommenen Anpassung nur eine relativ kleine

Personengruppe betroffen.

Überdies haben die meisten Bundesländer von der Möglichkeit, bestimmten EU-Bürgern für die Behandlung in österreichischen Krankenanstalten die tatsächlichen Behandlungskosten zu verrechnen, ohnehin keinen tatsächlich Gebrauch gemacht. Dies geht aus den von den Bundesländern im Vertragsverletzungsverfahren abgegebenen Stellungnahmen bzw. den einschlägigen Verordnungen hervor.

Die möglichen Mehrkosten bzw. Mindereinnahmen durch die vorgenommene EU-Rechtsanpassung können vom Bund nicht ermittelt bzw. geschätzt werden

Schließlich ist darauf zu verweisen, dass Rechtsvorschriften, die zur Umsetzung des EU-Rechts erforderlich sind, von der Anwendung des Konsultationsmechanismus ausgenommen sind.

Die durch die Einrichtung von Medikamentenkommissionen entstehenden zusätzlichen Kosten sind zunächst von der Zahl der eingerichteten Medikamentenkommissionen und deren Zusammensetzung abhängig. Weiters hängen die Kosten von der näheren Ausgestaltung der Geschäftsordnungen ab. Durch die Einrichtung und Tätigkeit der Medikamentenkommissionen kann mittel- bis langfristig mit Kosteneinsparungen im Medikamentenbereich gerechnet werden.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützten sich Artikel 2 des im Entwurf vorliegenden Bundesgesetzes auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheitswesen), Artikel 1 und 3 auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG (Heil- und Pflegeanstalten).

Besonderer Teil

Zu Art. 1 Z 1 und 3 (§§ 19a und 40 Abs. 1 lit. c und d):

Um den Verantwortlichen in den Krankenanstalten fundierte Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung stellen zu können, sieht **Abs. 1** die Einrichtung von Medikamentenkommissionen in Krankenanstalten vor. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass eine Medikamentenkommission auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden kann. Dies wird vor allem für Träger, die mehrere Krankenanstalten betreiben, und für Zusammenschlüsse mehrerer Träger (z.B. Verbünde) in Frage kommen.

In **Abs. 2** sind die Aufgaben festgehalten, die Medikamentenkommissionen jedenfalls wahrzunehmen haben. Darüber hinaus kann ihnen die Landesgesetzgebung zusätzliche Aufgaben (z.B. Kontrollaufgaben, vgl. Abs. 8) übertragen.

Die Grundsätze, die die Medikamentenkommissionen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, zu berücksichtigen hat, sind in **Abs. 3** demonstrativ aufgezählt. Die Landesgesetzgebung kann daher weitere Grundsätze vorsehen.

Die in den Ziffern 1 bis 3 festgehaltenen Grundsätze ergeben sich schon aus dem geltenden KAG (vgl. etwa § 16 Abs. 1 lit. d und § 8 Abs. 2).

Mit Ziffer 4 soll sichergestellt werden, dass die Medikamentenkommissionen bei Universitätskliniken auch deren Aufgaben im Rahmen der universitären Forschung und Lehre berücksichtigen.

Der **Abs. 4** legt fest, dass bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und dem Umgang mit Arzneimitteln neben den in Abs. 3 angeführten Grundsätzen auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen ist. Im Zusammenhang mit der Ziffer 1 ist etwa vorzusehen, dass von mehreren im Preis gleichen Medikamenten das geeignetste oder von mehreren gleich geeigneten Medikamenten jenes, das die geringsten Kosten verursacht, gewählt wird. Abs. 4 gilt nicht für private gewinnorientierte Krankenanstalten.

Die Grundsätze für den Arzneimitteleneinsatz sollen auch für private Krankenanstalten, die ökonomischen Vorgaben allerdings nur für gemeinnützige Krankenanstalten gelten.

Abs. 5 sieht vor, dass die Landesregierungen zu verpflichten sind, durch Verordnung nähere Vorschriften über die Medikamentenkommission, insbesondere deren Zusammensetzung, über die Geschäftsordnung, die Einberufung der Kommission, die Verhandlungsführung sowie die von der Kommission allenfalls wahrzunehmende Kontrollaufgaben zu erlassen. Die Zusammensetzung der Medikamentenkommissionen hat deren Aufgabenstellung Rechnung zu tragen.

Abs. 6 verpflichtet die Landesgesetzgebung sicher zu stellen, dass die Mitglieder der Medikamentenkommissionen bei der Ausübung ihres Amtes keinen Weisungen unterliegen.

Zu Art. 1 Z 4 (§ 29):

Aufgrund einer Beschwerde eines deutschen Staatsbürgers, der sich durch die Bezahlung einer Pflegegebühr für einen Aufenthalt seiner Ehefrau in einem österreichischen Krankenhaus, die höher als jene war, die einem österreichischen Selbstzahler verrechnet würde, im Sinne des Art. 6 EGV als diskriminiert erachtete, ersuchte die Kommission das damalige BMAGS um Stellungnahme.

In einer ersten Stellungnahme verwies das BMAGS darauf, dass die gegenständliche Angelegenheit nicht dem Gemeinschaftsrecht unterliege und daher eine Ungleichbehandlung im Sinne des Art. 6 EGV nicht vorliegen könne.

Allerdings besteht nach ständiger Judikatur des EuGH diese nationale Autonomie nur insofern, als nicht andere Grundsätze des EG-Vertrages (wie eben z.B. die Dienstleistungsfreiheit) dadurch beeinträchtigt werden (hinsichtlich der Verneinung des Ausschlusses des gesamten Gesundheitsbereichs von der Niederlassungsfreiheit siehe z.B. das Urteil vom 7.5.1986, Rechtssache C-131/85, Gül, Slg. 1986, 1573, aber hinsichtlich der Dienstleistungsfreiheit auch das Urteil in der Rechtssache Kohll vom 28.4.1998).

Während der Anlassfall bereinigt werden konnte (dem Beschwerdeführer wurde entsprechend weniger verrechnet), bestehen seitens der Kommission EU-rechtliche Bedenken gegen die angewandten Bestimmungen des Bundes- und des Landeskrankenanstaltengesetzes, da auch das Kriterium eines inländischen Wohnsitzes eine Beschränkung der Freizügigkeitsrechte, der Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit darstellen kann. Aufgrund dieser Bedenken leitete die EU-Kommission ein Vertragsverletzungsverfahren gegen Österreich ein (Nr. 99/4064).

Nach Einholung einer Stellungnahme des betroffenen Bundeslandes und Befassung des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienst wurde der EU-Kommission eine Stellungnahme übermittelt. In dieser wurde die österreichische Gesetzeslage und Vorgangsweise damit gerechtfertigt, dass Personen, die ihren Wohnsitz in Österreich haben, hier auch Steuern zahlen und die Errichtung sowie der Betrieb von Krankenanstalten etwa zur Hälfte aus Steuermitteln finanziert werden.

Allerdings unterscheiden sowohl das Bundes-KAG als auch die Landes-KAG zwischen nicht sozialversicherten ÖsterreicherInnen, die keinen Wohnsitz in Österreich haben, und nicht sozialversicherten EU-BürgerInnen ohne Wohnsitz in Österreich.

Der EuGH hat die passive Dienstleistungsfreiheit (wenn sich der Dienstleistungsempfänger in einen anderen Mitgliedstaat begibt) auch auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ausgeweitet (vgl. z.B. Urteil vom 31.1.1984, verbundene Rechtssachen C-286/82 und C-26/83, Luisi und Carbone, Slg. 1984, 379.). Weiters hat der EuGH, etwa in seinem Urteil vom 29.4.1999, Rechtssache C-224/97, Ciola, das Verbot ausgesprochen, für Dienstleistungsempfänger auf den Wohnort im Inland abzustellen. Aber auch in der Rechtssache Cowan hat der EuGH klar hinsichtlich des Verbotes der direkten Diskriminierung von Dienstleistungsempfängern auf Grund ihrer Staatsangehörigkeit entschieden.

Im Lichte dieser Judikatur ist wohl auch die durch § 29 Abs. 2 Z 5 ermöglichte unterschiedliche Behandlung von EWR-Bürgern und ÖsterreicherInnen aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit und/oder das Abstellen auf den Wohnort im Inland nicht EU-rechtskonform. Dies betonten Vertreter der EU-Kommission auch in zwei „Paketsitzungen“. Nachdem seitens Österreich bis jetzt weder die beabsichtigte Änderung des § 29 Abs. 2 Z 5 noch ein konkreter Zeitplan für eine entsprechende Änderung vorgelegt werden konnte, hat die EU-Kommission gegen Österreich eine Klage beim EuGH eingebracht.

Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ist bei einem Verfahren u. U. zu befürchten, dass die gesamte Tarifstruktur in Österreich auf dem Prüfstand stünde. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang relevant, dass für Sozialversicherte eine dritte Tarifstruktur besteht (Abrechnung über Landesfonds). Der EuGH hat in seinem Urteil vom 3.10.2000, Rs C-411/98, Ferlini, entschieden, dass unterschiedliche Tarife für Sozialversicherte und Nichtversicherte eine verbotene Diskriminierung darstellen. Es ist daher nicht auszuschließen, dass der EuGH im drohenden Vertragsverletzungsverfahren dieses Urteil anwenden würde und damit – bewusst oder unbewusst – Ausländern einen Anspruch auf Behandlung zu denselben Tarifen wie Sozialversicherten geben würde.

Die Tragweite eines solchen Urteils kann derzeit nicht abgeschätzt werden. Betroffen wären dadurch nicht nur die Krankenanstalten, sondern sämtliche eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger bis hin möglicherweise zu den Tarifen für die Behandlung durch im medizinischen Bereich tätige Freiberufler (zB Ärzte). Auch wäre zu befürchten, dass möglicherweise die in der Rechtssache Ferlini noch nicht vom Gerichtshof behandelten Fragen des EG-Wettbewerbsrechts Berücksichtigung fänden (Kartell- oder Monopolverbot auch im Gesundheitsbereich?). Ein Urteil in diesem Zusammenhang würde das gesamte österreichische Gesundheitssystem in Gefahr bringen.

Daher ist eine entsprechende sofortige Korrektur der Rechtslage (Novellierung des KAG im Sinne der Variante A) und eine Vermeidung eines Urteils dringend notwendig. Dies insbesondere auch deswegen, weil eine Verurteilung Österreichs auf Grund der derzeit vorgesehenen höheren Tarife auch für EG-AusländerInnen ohne Wohnsitz in Österreich mit 99 %iger Sicherheit erfolgen würde, da kaum EG-rechtlich haltbare Argumente für die Beibehaltung dieser Rechtslage ins Treffen geführt werden könnten.

Die Voraussetzung dafür, dass die EK die Klage nicht einbringt bzw. zurückzieht, ist die rasche Übermittlung eines konkreten Gesetzesvorschlages zur gemeinschaftsrechtskonformen Bereinigung der österreichischen Rechtslage verbunden mit einem Zeitplan hinsichtlich der Umsetzung erforderlich. Die Möglichkeit einer allfälligen Klagsrücknahme durch die EK besteht bis zur mündlichen Verhandlung.

Da die meisten Bundesländer von der Möglichkeit, bestimmten EU-Bürgern für die Behandlung in österreichischen Krankenanstalten die tatsächlichen Behandlungskosten zu verrechnen, ohnehin keinen Gebrauch machen, ist eine Anpassung der Bestimmung an das EU-Recht ohne großen Aufwand möglich.

Hinsichtlich der dadurch entstehenden Mehrkosten bzw. Mindereinnahmen wird auf den Punkt „Kosten“ im allgemeinen Teil der Erläuterungen verwiesen.

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung: Artikel 1 (Grundsatzbestimmungen)

Vorgeschlagene Fassung: Artikel 1 (Grundsatzbestimmungen)

§ 19a. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben zur Beratung der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Medikamentenkommissionen einzurichten. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass eine Medikamentenkommission auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet wird.

(2) Die Medikamentenkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt angewendet werden dürfen (Medikamentenliste); müssen im Einzelfall nicht in der Medikamentenliste enthaltene Arzneimittel angewendet werden, ist die medizinische Notwendigkeit dieses Einsatzes der Medikamentenkommission nachträglich zur Kenntnis zu bringen und zu begründen.
2. Adaptierung der Medikamentenliste,
3. Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln.

(3) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Medikamentenkommission insbesondere nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

1. Für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Pfleglinge maßgeblich.
2. Die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft erfolgen.
3. Die Erstellung der Medikamentenliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Pfleglinge mit Arzneimitteln sicher gestellt ist.
4. Bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, ist darüber hinaus auch darauf zu achten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären

Geltende Fassung:

§ 29. (1) unverändert

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt LKF-Gebühren oder Pflege-(Sonder-)Gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. bis 4. unverändert

Vorgeschlagene Fassung:

Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.

(4) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

1. von mehreren therapeutisch geeigneten Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, z.B. physikalische, diätetische oder psychotherapeutische Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher wären, ergriffen werden;
3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis berücksichtigt wird.

(5) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, durch Verordnung nähere Vorschriften über die Medikamentenkommission, insbesondere deren Zusammensetzung, über die Geschäftsordnung, die Einberufung der Kommission, die Verhandlungsführung sowie die von der Kommission allenfalls wahrzunehmende Kontrollaufgaben, zu

(6) Die Medikamentenkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die von der Landesregierung zu genehmigen ist. Weiters hat die Landesgesetzgebung sicher zu stellen, dass die Mitglieder der Medikamentenkommissionen in Ausübung ihrer Tätigkeit keinen Weisungen unterliegen.

unverändert

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt LKF-Gebühren oder Pflege-(Sonder-)Gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. bis 4. unverändert

Geltende Fassung:

5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben.

§ 40. (1) Für die Einrichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen der Hauptstücke A und B zur Gänze und die des Hauptstücks C wie folgt:

a) und b) unverändert

c) Die §§ 16, 23 Abs. 1, 24 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, 24 Abs. 2 und 4, 26, 27, 32 und 35 Abs. 3.

d) Die §§ 27a und 28 Abs. 3 finden nur für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) Anwendung

(2) unverändert

Vorgeschlagene Fassung:

5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind.

§ 40. (1) Für die Einrichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen der Hauptstücke A und B zur Gänze und die des Hauptstücks C wie folgt:

a) und b) unverändert

c) Die §§ 16, 19a, ausgenommen Abs. 4, 23 Abs. 1, 24 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, 24 Abs. 2 und 4, 26, 27, 32 und 35 Abs. 3.

d) Für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) finden darüber hinaus auch die §§ 19a Abs. 4, 27a und 28 Abs. 3 Anwendung.

(2) unverändert