

Textgegenüberstellung (Kunsttext¹)

Entwurf – Stand: 18.07.2023

Gesetz über eine Änderung des Spitalgesetzes

LGBl.Nr. 54/2005, 7/2006, 67/2008, 63/2010, 7/2011, 27/2011, 8/2013, 14/2013, 44/2013, 46/2013, 10/2015, 10/2018, 37/2018, 19/2020, 24/2020, 81/2020, 91/2020, 50/2021, 83/2021, 4/2022, 27/2022, 42/2022, 31/2023

Artikel I

1. Abschnitt Allgemeine Bestimmungen

1. Unterabschnitt Gegenstand, Allgemeine Regelungen über Krankenanstalten

§ 1

Gegenstand

(1) Krankenanstalten (Spitäler) dürfen nur nach den Bestimmungen dieses Gesetzes errichtet und betrieben werden.

(2) Weiters dürfen stationäre Hospize, die in Form eines Pflegeheims betrieben werden, nur nach Maßgabe des 7. Abschnittes errichtet und betrieben werden.

§ 2

Begriffsbestimmungen

- (1) Krankenanstalten sind Einrichtungen, die bestimmt sind zur
 - a) Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung;
 - b) Vornahme operativer Eingriffe;
 - c) Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung;
 - d) Entbindung;
 - e) Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Fortpflanzungshilfe oder
 - f) Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation.
- (2) Krankenanstalten sind auch
 - a) Einrichtungen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind, sofern sie nicht in Form eines Pflegeheims betrieben werden;
 - b) Einrichtungen, die eine gleichzeitige ärztliche (zahnärztliche) Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationsdichte und -struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern.
- (3) Als Krankenanstalten im Sinne der Abs. 1 und 2 gelten nicht:
 - a) Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, und Krankenabteilungen in Justizanstalten;
 - b) Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung erster Hilfe bereitgehalten werden, und Einrichtungen der arbeitsmedizinischen Betreuung gemäß dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften;

¹ Die beabsichtigten Änderungen sind im Korrekturmodus ersichtlich gemacht.

- c) Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus ortsgebundenen Heilvorkommen oder deren Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;
 - d) die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH;
 - e) Pflegeheime;
 - f) Hebammenpraxen gemäß dem Hebammengesetz;
 - g) Gruppenpraxen;
 - h) medizinische Versorgungseinrichtungen in Betreuungseinrichtungen gemäß § 1 Z. 5 des Grundversorgungsgesetzes-Bund 2005 für Asylwerber;
 - i) medizinische Versorgungseinrichtungen für an COVID-19 Erkrankte und Krankheitsverdächtige für die Dauer der Pandemie.
- (4) Im Sinne dieses Gesetzes ist:
- a) Fondskrankenanstalt: eine Krankenanstalt gemäß § 2 lit. a des Landesgesundheitsfondsgesetzes;
 - b) Fachrichtungsbezogene Organisationseinheit: eine Abteilung oder eine reduzierte Organisationseinheit;
 - c) Reduzierte Organisationseinheit: ein Department, ein Fachschwerpunkt, eine dislozierte Wochenklinik oder eine dislozierte Tagesklinik;
 - d) Sonstige Organisationseinheit: ein Anstaltsambulatorium, ein Laboratorium, eine Intensiv- oder Überwachungseinheit, eine Prosektur, ein Institut und ähnliches;
 - e) LKF: leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung nach der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;
 - f) ÖSG: der vom zuständigen Bundesminister oder von der zuständigen Bundesministerin im RIS (www.ris.bka.gv.at) veröffentlichte Österreichische Strukturplan Gesundheit;
 - g) RSG: der mit Verordnung festgelegte Regionale Strukturplan Gesundheit gemäß § 100;
 - h) medizinische Universität oder Universität, an der eine medizinische Fakultät eingerichtet ist: eine gemäß § 6 des Universitätsgesetzes 2002 errichtete Universität.

(5) Die in diesem Gesetz verwendeten personenbezogenen Begriffe umfassen auch Personen mit alternativer Geschlechtsidentität. Sie sind bei der Anwendung auf bestimmte Personen in einer für sie angemessenen Form zu verwenden.

§ 3

Arten von Krankenanstalten

Krankenanstalten können in folgende Arten untergliedert werden:

- a) Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung;
- b) Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
- c) Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
- d) Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
- e) Selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Dass ein selbständiges Ambulatorium über jene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich sind, ändert nichts an seinem Verwendungszweck. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig.

§ 4

Öffentliche, private und private gemeinnützige Krankenanstalten

(1) Krankenanstalten sind entweder private oder öffentliche. Öffentliche Krankenanstalten sind Krankenanstalten nach § 3 lit. a bis c, denen nach den Bestimmungen dieses Gesetzes das Öffentlichkeitsrecht verliehen wurde. Alle übrigen Krankenanstalten sind private.

(2) Private Krankenanstalten, bei denen nach den Bestimmungen dieses Gesetzes die Gemeinnützigkeit festgestellt wurde, sind private gemeinnützige Krankenanstalten.

§ 5

Gemeinnützigkeit

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

(2) Die Landesregierung hat auf Antrag des Rechtsträgers der Krankenanstalt deren Gemeinnützigkeit mit Bescheid festzustellen.

§ 6

Anstaltsbedürftige und unabweisbare Personen

- (1) Anstaltsbedürftig sind:
- a) Personen, deren durch ärztliche Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert;
 - b) Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck der Erstellung eines Befundes oder eines Gutachtens in die Krankenanstalt einweist;
 - c) Personen, die der Aufnahme in Krankenanstaltspflege zur Durchführung einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes bedürfen, auch wenn es sich um gesunde Personen handelt, und
 - d) Personen, die der Aufnahme in Krankenanstaltspflege zur Durchführung von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen.

(2) Als unabweisbar sind Personen zu betrachten, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Ferner sind Personen, die aufgrund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden, als unabweisbar anzusehen.

§ 7

Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege

(1) Das Land als Träger von Privatrechten ist verpflichtet, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen unter Bedachtnahme auf den RSG entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Nachsorge und der Langzeitversorgung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende Entwicklung zu berücksichtigen. Die Anstaltspflege kann für Personen, die im Grenzgebiet wohnen, auch durch Sicherstellung der Möglichkeit der Einweisung im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes gewährleistet werden. Für anstaltsbedürftige Personen, insbesondere für unabweisbare Kranke, ist eine ausreichende Zahl an Betten der allgemeinen Pflegeklasse einzurichten.

(2) Die Landesregierung kann für die Errichtung oder den Ausbau von öffentlichen Krankenanstalten mit Bescheid eine Enteignung vornehmen, wenn dies zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltenpflege erforderlich ist.

(3) Die Person, auf deren Antrag die Enteignung erfolgt (Abs. 2), hat den Enteigneten für alle durch die Enteignung verursachten vermögensrechtlichen Nachteile angemessen zu entschädigen.

(4) Für die Enteignung nach Abs. 2 und die Entschädigung nach Abs. 3 gelten, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, die nachfolgenden Bestimmungen des Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetzes, BGBl. Nr. 71/1954, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 111/2010, sinngemäß:

- a) die Bestimmungen über Gegenstand und Umfang der Entschädigung, ausgenommen die §§ 7 Abs. 3 und 10 Abs. 5,
- b) die Bestimmungen über das Verfahren vor der Verwaltungsbehörde, ausgenommen § 18,
- c) der § 22 Abs. 2 bis 4 über die Zulässigkeit eines Übereinkommens über die Entschädigung,
- d) die Bestimmungen über die Leistung der Entschädigung mit der Maßgabe, dass die Leistungsfrist nach § 33 mit der Rechtskraft der Entscheidung über die Entschädigung oder – sofern die Parteien nicht etwas anderes vereinbart haben – mit dem Abschluss eines Übereinkommens über die Entschädigung beginnt,
- e) die Bestimmungen über den Vollzug der Enteignung,
- f) die Bestimmungen über die Rückübereignung, ausgenommen § 37 Abs. 4 erster Satz,
- g) der § 45 über die Befreiung von der Verwahrungsgebühr bei Ausfolgung gerichtlicher Erläge.

(5) Im Enteignungsbescheid ist auch über die Entschädigung abzusprechen, sofern ein Übereinkommen über die Entschädigung nicht zustande kommt.

(6) Für die Bewertung des Enteignungsgegenstandes sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Erlassung des Enteignungsbescheides der Landesregierung maßgebend. Im verwaltungsgerichtlichen Verfahren sind zur Bewertung allgemein beidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige heranzuziehen, die nicht Landesbedienstete sind.

(7) Die Kosten des Verfahrens sind, soweit sie nicht durch ein ungerechtfertigtes Einschreiten einer Partei hervorgerufen werden, von der Person zu tragen, auf deren Antrag die Enteignung erfolgt (Abs. 2). Der Enteignungsgegner hat Anspruch auf Ersatz der zur zweckentsprechenden Rechtsverteidigung notwendigen Kosten einer rechtsfreundlichen Vertretung und sachverständigen Beratung; ihm gebührt voller Kostenersatz, soweit der Enteignungsantrag ab- oder zurückgewiesen oder in einem nicht nur geringfügigen Umfang zurückgezogen wird, in allen anderen Fällen gebührt dem Enteignungsgegner eine Pauschalvergütung in Höhe von 1,5 % der festgesetzten Enteignungsentschädigung, mindestens aber 500 Euro und höchstens 7.500 Euro. Über den Anspruch auf Kostenersatz ist in einem mit der Entscheidung über die Enteignung bzw. Entschädigung abzusprechen.

(8) Wenn der Gegenstand der Enteignung im Grundbuch eingetragen ist, hat die Behörde die Entscheidung über die Enteignung nach Eintritt der Rechtskraft dem Grundbuchsgericht zur Herstellung des rechtmäßigen Grundbuchsstandes zuzustellen.

2. Unterabschnitt Organisationseinheiten in Krankenanstalten

§ 8

Arten von Organisationseinheiten und organisatorische Eingliederung

(1) In Krankenanstalten können nach Maßgabe dieses Gesetzes fachrichtungsbezogene und sonstige Organisationseinheiten eingerichtet werden.

(2) Die Einrichtung von reduzierten Organisationseinheiten ist nur in Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten und – mit Ausnahme bei Departments für Psychosomatik – nur zulässig, wenn

- a) ein begründeter Ausnahmefall vorliegt (z.B. die Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder die Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung), und
- b) der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann.

(3) Fachschwerpunkte, dislozierte Wochen- oder Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt in den folgenden Typen geführt werden:

- a) eigenständig: Die Organisationseinheit verfügt über Personal jener Krankenanstalt, an der sie eingerichtet ist und ist hinsichtlich Qualitätssicherung, Komplikationsmanagement, Sicherung der Nachsorge sowie ärztlicher Ausbildung an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden (Partnerabteilung);

- b) nicht eigenständig als Satellit: Die Organisationseinheit verfügt mit Ausnahme der ärztlichen Versorgung über Personal der Krankenanstalt, an der sie eingerichtet ist. Die ärztliche Versorgung erfolgt durch eine Abteilung derselben Fachrichtung, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung); oder
- c) funktionell im Rahmen einer standortübergreifenden Abteilung (§ 8a Abs. 2): Die Organisationseinheit ist vollständig organisatorisch und personell in die jeweilige Abteilung eingebunden.

§ 8a

Abteilung

(1) Eine Abteilung ist eine bettenführende Einrichtung einer Krankenanstalt, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben ist und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 36 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen hat.

(2) Abteilungen können unter folgenden Voraussetzungen standortübergreifend unter einer gemeinsamen Leitung geführt werden:

- a) am Krankenanstaltenstandort der höchsten Versorgungsstufe ist die Organisationseinheit jedenfalls als Abteilung eingerichtet; an anderen Standorten können die Organisationseinheiten die Kriterien für eine Abteilung oder für eine reduzierte Organisationseinheit erfüllen;
- b) im jeweiligen RSG sind die standortübergreifenden Abteilungen an den entsprechenden Standorten mit ihren Organisationseinheiten nach den Kriterien des Abs. 1 und der §§ 8b bis 8e explizit ausgewiesen;
- c) die Leistungsspektren der Organisationseinheiten an den jeweiligen Standorten sind analog zu jenen in der Leistungsmatrix des ÖSG für Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten vorgesehenen Leistungsspektren zu definieren;
- d) an allen Standorten sind die Kriterien hinsichtlich Vorhaltung und Betrieb für die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenanstaltenstandortes und die jeweilige Organisationseinheit zu erfüllen;
- e) § 17 Abs. 5 ist analog anzuwenden; und
- f) es ist sicherzustellen, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Infrastruktur vorbehalten bleiben.

§ 8b

Departments

(1) Departments sind bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie dürfen nur im Rahmen der nachstehenden Abteilungen geführt werden:

- a) in Abteilungen für Innere Medizin oder für Neurologie:
Departments für Akutgeriatrie/ Remobilisation;
- b) in Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und Traumatologie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Unfallchirurgie oder Neurologie: Departments für Remobilisation und Nachsorge;
- c) in Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin:
Departments für Psychosomatik für Erwachsene;
- d) in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie:
Departments für Kinder- und Jugendpsychosomatik.

(2) Departments verfügen über folgende Bettenzahl:

- a) Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation und Remobilisation und Nachsorge: mindestens 15 Betten;
- b) Departments für Psychosomatik für Erwachsene: mindestens zwölf Betten;
- c) Departments für Kinder- und Jugendpsychosomatik: mindestens zwölf Betten.

(3) Departments müssen nach Maßgabe des § 36 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden und über mindestens drei Fachärzte oder Fachärztinnen oder Ärzte oder Ärztinnen für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen.

§ 8c

Fachschwerpunkte

(1) Fachschwerpunkte sind bettenführende Einrichtungen mit einem eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeiten. Sie dürfen nur für folgende medizinischen Sonderfächer errichtet werden: Augenheilkunde und Optometrie; Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde; Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie; Orthopädie; Unfallchirurgie; Orthopädie und Traumatologie; Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie; Haut- und Geschlechtskrankheiten; Urologie.

(2) Fachschwerpunkte verfügen über acht bis 14 Betten.

(3) Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen; außerhalb der Betriebszeiten ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten und Patientinnen durch die Partner- oder Mutterabteilung einzurichten. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte oder Fachärztinnen der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte oder Fachärztinnen zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen.

§ 8d

Dislozierte Wochenkliniken

(1) Dislozierte Wochenkliniken befinden sich in einer anderen Krankenanstalt oder an einem anderen Krankenanstaltenstandort als jene der Partner- oder Mutterabteilung (§ 8 Abs. 3). Sie sind bettenführende Einrichtungen mit kurzer Verweildauer und einem Leistungsangebot, das auf die Basisversorgungsleistungen im Sinne des ÖSG eingeschränkt ist.

(2) Betriebszeiten dislozierter Wochenkliniken sind auf Wochenbetrieb (Montag bis Freitag) und Öffnungszeiten tageszeitlich einschränkbar. Die Anstaltsordnung kann abweichende Regelungen für Feiertage vorsehen (§ 29 Abs. 2 lit. h). Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im Bedarfsfall muss die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten und Patientinnen außerhalb der Betriebszeiten sicherstellen.

§ 8e

Dislozierte Tageskliniken

(1) Dislozierte Tageskliniken befinden sich in einer anderen Krankenanstalt oder an einem anderen Krankenanstaltenstandort als jene der Partner- oder Mutterabteilung (§ 8 Abs. 3). Sie sind bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches, deren Leistungsangebote im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG auf tagesklinisch elektiv erbringbare Leistungen eingeschränkt sind.

(2) Dislozierte Tageskliniken haben eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten und Patientinnen außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

§ 8f

Anstaltsambulatorien

Anstaltsambulatorien sind organisatorisch unselbständige Einrichtungen einer Krankenanstalt, in denen ambulante diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden. Sie können in folgenden Typen geführt werden:

- a) als allgemeine Fachambulanz zur Diagnostik und Therapie im Rahmen von Basisaufgaben oder speziellen Aufgaben der Fachbereiche, zur präoperativen oder prästationären Abklärung und zur postoperativen oder poststationären Kontrolle; allgemeine Fachambulanzen können auch interdisziplinär geführt werden;
- b) als Spezialambulanz zur Diagnostik und Therapie im Rahmen spezieller Aufgaben der Sonderfächer; eine Spezialambulanz ist einer Fachambulanz zuzuordnen; oder
- c) als Zentrale Ambulante Erstversorgungseinheit zur Erstversorgung von Akut- und Notfällen einschließlich basaler Unfallchirurgie, deren Leistungsspektrum auf den Umfang allgemeinmedizinischer Versorgung beschränkt ist.

§ 8g

Referenzzentren

(1) Referenzzentren sind spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisationsstrukturen, die in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen eingerichtet werden können.

(2) Referenzzentren können nur für folgende Bereiche errichtet werden:

- a) Herzchirurgie, Traumatologie, Geburtshilfe/Perinatalversorgung, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene einschließlich Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben; und
- b) Herzchirurgie, Traumatologie, Kinder- und Jugendheilkunde (inklusive Kinder- und Jugendchirurgie), Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

3. Unterabschnitt

Betriebsformen von Organisationseinheiten

§ 9

Betriebsformen von fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten

Die fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten können hinsichtlich des stationären Pflegebereichs in folgenden Betriebsformen geführt werden:

- a) fachbezogen: es werden Patienten und Patientinnen eines einzigen Sonderfaches behandelt (Fachbezogene Pflegestation);
- b) interdisziplinär: es werden Patienten und Patientinnen aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit vorgehalten werden, behandelt, wobei Patienten und Patientinnen jederzeit zweifelsfrei einem Sonderfach zugeordnet werden können (Interdisziplinäre Pflegestation);
- c) wochenklinisch: die Bettenbereiche werden fachspezifisch oder interdisziplinär für die stationäre Behandlung von Patienten und Patientinnen betrieben, deren Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist (Wochenstation);
- d) tagesklinisch: der Bettenbereich wird fachspezifisch oder interdisziplinär betrieben und die Aufnahme und Entlassung erfolgt am selben Tag, wobei das Leistungsspektrum auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt ist (Tagesstation);
- e) als interdisziplinäre Aufnahme- bzw. Notfallstation: der Bettenbereich dient Erst- oder Kurzaufnahmen von Patienten und Patientinnen für maximal 36 Stunden im Not- oder Akutfall mit festgestellter Anstaltsbedürftigkeit bis zur Übernahme in andere bettenführende Organisationseinheiten oder direkten Entlassung.

§ 9a

Betriebsformen von Anstaltsambulatorien (Spitalsambulanzen)

(1) Anstaltsambulatorien können in folgenden Betriebsformen geführt werden:

- a) als Akut-Ambulanz mit eingeschränkten oder uneingeschränkten Öffnungszeiten; oder
- b) als Termin-Ambulanz mit eingeschränkten Öffnungszeiten.

(2) Anstaltsambulatorien können am Krankenhausstandort oder als dislozierte Einheit an einem anderen Standort eingerichtet werden. Letzteres ist nur möglich, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich und im RSG vorgesehen ist; § 8 Abs. 3 ist sinngemäß anzuwenden.

§ 9b

Zentrale Ambulante Erstversorgungseinheit

(1) Anstaltsambulatorien und selbständige Ambulatorien, die als Akut-Ambulanz geführt werden, können auch in der Form Zentraler Ambulanter Erstversorgungseinheiten zur Erstversorgung von Akut- und Notfällen einschließlich basaler Unfallchirurgie, deren Leistungsspektrum auf den Umfang allgemeinmedizinischer Versorgung beschränkt ist, betrieben werden.

(2) Die Organisation der Erstversorgung in den Bereichen Traumatologie bzw. Unfallchirurgie, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin hat in Abstimmung mit der betreffenden in der

Krankenanstalt eingerichteten Abteilung bzw. in Kooperation mit einem anderen Krankenanstaltenstandort zu erfolgen.

(3) Patienten und Patientinnen sind nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung zunächst ambulant zu begutachten und erstzubehandeln oder abschließend zu behandeln; Akutfälle können bei Bedarf auch bis zu 24 Stunden beobachtet werden. Im Bedarfsfall sind Patienten und Patientinnen in den stationären Bereich aufzunehmen oder an die nächste für die Erkrankung geeignete Krankenanstalt weiterzuleiten.

(4) Die Betriebszeit eigenständig geführter Einrichtungen zur Zentralen Ambulanten Erstversorgung ist tageszeitlich einschränkbar, wenn außerhalb der Betriebszeiten die Erstversorgung in der Krankenanstalt durch andere Organisationseinheiten sichergestellt ist.

(5) Einer Zentralen Ambulanten Erstversorgungseinheit kann eine interdisziplinäre Aufnahmestation (§ 9 lit. e) direkt angeschlossen werden.

4. Unterabschnitt Allgemeine Krankenanstalten

§ 10 Allgemeines

Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als:

- a) Standardkrankenanstalten;
- b) Schwerpunktkrankenanstalten;
- c) Zentralkrankenanstalten.

§ 11 Standardkrankenanstalten

(1) In Standardkrankenanstalten sind zumindest zwei Abteilungen einzurichten, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zumindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG gewährleistet werden. Diese kann auch durch eine Zentrale Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden.

(2) Ferner müssen in Standardkrankenanstalten Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein. Diese Einrichtungen müssen durch einschlägig fachlich qualifizierte Ärzte und Ärztinnen betreut werden.

(3) In Standardkrankenanstalten können unter Beachtung der §§ 8 und 8b bis 8e sowie unter Bedachtnahme auf den ÖSG reduzierte Organisationseinheiten eingerichtet werden. Fachschwerpunkte, dislozierte Tageskliniken und dislozierte Wochenkliniken dürfen nur in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden.

(4) Die fachrichtungsbezogenen und sonstigen Organisationseinheiten können gänzlich oder teilweise örtlich getrennt untergebracht sein, sofern

- a) sie funktionell-organisatorisch verbunden sind, wobei die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 23a geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig ist, und
- b) die örtlich getrennt untergebrachten Organisationseinheiten die Versorgung in dem Umfang wahrnehmen, die der Versorgungsstufe der jeweiligen Krankenanstalt oder des jeweiligen Krankenanstaltenstandortes gemäß § 17 Abs. 5 entspricht.

§ 11a Schwerpunktkrankenanstalten

(1) In Schwerpunktkrankenanstalten sind Abteilungen zumindest für folgende medizinische Sonderfächer einzurichten:

- a) Augenheilkunde und Optometrie;
- b) Chirurgie;
- c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe;
- d) Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde;
- e) Innere Medizin;

- f) Kinder- und Jugendheilkunde;
- g) Neurologie;
- h) Orthopädie und Traumatologie;
- i) Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und
- j) Urologie.

(2) Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege (inklusive Intensivpflege für Neonatologie und Pädiatrie) vorhanden sein; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung auf dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch eine fachärztliche Betreuung durch Konsiliarärzte oder Konsiliarärztinnen zu erfolgen. Die Einrichtungen müssen durch einschlägig fachlich qualifizierte Ärzte und Ärztinnen betreut werden.

(3) Weiters müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden. Die Verpflichtung zur Führung eines Instituts für medizinische und chemische Labordiagnostik besteht nicht, wenn die notwendige Versorgung durch eine entsprechende Einrichtung außerhalb der Krankenanstalt sichergestellt ist.

(4) Der § 11 Abs. 4 gilt sinngemäß.

(5) Von der Errichtung einzelner Abteilungen und sonstiger Einrichtungen kann abgesehen werden, wenn im Einzugsbereich, für den die Krankenanstalt vorgesehen ist, entsprechende Abteilungen, Fachschwerpunkte, Departments oder sonstige Einrichtungen mit einem Leistungsangebot der jeweils erforderlichen Versorgungsstufe bei gleichzeitiger Erfüllung der zugehörigen Anforderungen außerhalb der Krankenanstalt bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

(6) In Schwerpunktkrankenanstalten können unter Beachtung der §§ 8 und 8b bis 8e sowie unter Bedachtnahme auf den ÖSG reduzierte Organisationseinheiten eingerichtet werden. Dislozierte Wochenkliniken und dislozierte Tageskliniken dürfen nur in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden. Fachschwerpunkte dürfen nur in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie als Ersatz für die vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden.

§ 11b

Zentralkrankenanstalten

(1) Zentralkrankenanstalten sind mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen auszustatten.

(2) Der § 11 Abs. 4 gilt sinngemäß.

(3) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 2 Abs. 1 und 2 lit. a ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw. einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dienen, sind Zentralkrankenanstalten im Sinne des Abs. 1.

5. Unterabschnitt

Ethikkommission und Patientenanwaltschaft

§ 12

Ethikkommission

(1) Für die Krankenanstalten und Pflegeheime im Land Vorarlberg wird eine gemeinsame Ethikkommission errichtet. Die Ethikkommission ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(2) Die Organe der Ethikkommission sind das Kuratorium und die den Vorsitz führende Person.

(3) Dem Kuratorium der Ethikkommission gehören als stimmberechtigte Mitglieder an:

- a) ein Arzt oder eine Ärztin; diese Person muss im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigt sein und darf nicht mit der ärztlichen Leitung einer Krankenanstalt betraut sein;
- b) ein Facharzt oder eine Fachärztin in jenem Sonderfach, in das das jeweilige von der Ethikkommission zu beurteilende Vorhaben fällt, oder gegebenenfalls ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin, und gegebenenfalls eine entsprechende sonstige Person aus dem Kreis der Angehörigen eines Gesundheitsberufes;
- c) eine Person aus dem Bereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege;
- d) eine Person aus dem Kreis der Anstalts- oder Konsiliarapotheker oder eine entsprechend qualifizierte Person aus dem pharmazeutischen Bereich;
- e) eine juristisch ausgebildete Person mit fachlicher Eignung;
- f) der Patientenanwalt oder die Patientenanwältin;

- g) eine Person, die die Interessen von Menschen mit Behinderung vertritt;
- h) eine Person, die die Interessen der Senioren vertritt und einer Seniorenorganisation angehört, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz entspricht;
- i) eine Person, die über biometrische Expertise verfügt;
- j) eine Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in einer Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt;
- k) eine Person aus dem Bereich des psychologischen oder psychotherapeutischen Dienstes;
- l) die mit der Leitung des ärztlichen Dienstes betraute Person jener Krankenanstalt, in der das Vorhaben durchgeführt werden soll;
- sowie
- m) eine Person, die den Rechtsträger der Krankenanstalt oder des Pflegeheimes vertritt.

Im Kuratorium der Ethikkommission müssen Frauen und Männer in einem ausgewogenen Verhältnis vertreten sein. Ein Mitglied darf nicht zugleich Prüfer im Rahmen des zu beurteilenden Vorhabens sein.

(4) Die Mitglieder sind mit Ausnahme jener nach Abs. 3 lit. b, f, l und m von der Landesregierung für jeweils vier Jahre zu bestellen. Für jedes zu bestellende Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen, welches das Mitglied im Falle der Verhinderung oder Befangenheit vertritt.

(5) Das Mitglied nach Abs. 3 lit. b ist für das jeweilige Verfahren von der den Vorsitz führenden Person beizuziehen. Die Beziehung dieses Mitgliedes kann entfallen, wenn ein bestelltes Mitglied die Voraussetzungen des Abs. 3 lit. b erfüllt. Das Mitglied nach Abs. 3 lit. m und seine Vertretung werden vom betreffenden Rechtsträger namhaft gemacht. Im Fall der Verhinderung oder Befangenheit kann sich der Patientenanwalt oder die Patientenanwältin von einer rechtskundigen Person, die in der Patientenanwaltschaft mitarbeitet, oder von einer leitenden Person einer Informations- und Beschwerdestelle (§ 3 Patienten- und Klientenschutzgesetz) vertreten lassen; das Mitglied nach Abs. 3 lit. l kann sich durch die Person vertreten lassen, die sie auch in der Funktion der Leitung des ärztlichen Dienstes vertritt.

(6) Erforderlichenfalls können zu den Sitzungen der Ethikkommission weitere Fachleute beigezogen werden. In folgenden Fällen sind von der Ethikkommission als stimmberechtigte Mitglieder beizuziehen:

- a) ein Facharzt oder eine Fachärztin für Pharmakologie und Toxikologie, wenn die Ethikkommission als Leit-Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen klinischen Prüfung befasst wird;
- b) im Fall der Beurteilung eines Medizinproduktes eine mit der Wahrnehmung der technischen Sicherheit beauftragte Person (§ 41);
- c) im Fall eines Pflegeforschungsprojektes (experimentelle oder Pflegeinterventionsstudie) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden eine Person, die über Expertise hinsichtlich Methoden der qualitativen Forschung verfügt, sofern nicht ein bereits bestelltes Mitglied diese Voraussetzung erfüllt.

(7) Die Mitglieder der Ethikkommission haben Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie gegenüber der Ethikkommission vollständig offenzulegen. Sie haben sich ihrer Tätigkeit – unbeschadet weiterer allfälliger Befangenheitsgründe – in der Ethikkommission in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine solche Beziehung geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

(8) Das Kuratorium wählt aus seiner Mitte die den Vorsitz führende Person. Weiters obliegt dem Kuratorium jedenfalls die Abgabe von Beurteilungen und die Erlassung einer Geschäftsordnung, die der Genehmigung der Landesregierung bedarf. Das Kuratorium ist beschlussfähig, wenn mindestens sechs Mitglieder anwesend sind. Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der anwesenden Mitglieder gefasst. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der den Vorsitz führenden Person den Ausschlag. In der Geschäftsordnung kann unter Festlegung der näheren Vorgangsweise vorgesehen werden, dass Sitzungen des Kuratoriums auch in Form einer Videokonferenz stattfinden und Beschlüsse auch im Umlaufweg gefasst werden können.

(9) Über jede Sitzung ist ein Protokoll aufzunehmen. Der Protokollauszug über den gefassten Beschluss, einschließlich der den Beschluss tragenden Gründe, ist folgenden Personen zur Kenntnis zu bringen:

- a) der Leitung des ärztlichen Dienstes der Krankenanstalt;
- b) der Patientenanwaltschaft;
- c) der Person oder Einrichtung, der es obliegt, den Antrag auf Beurteilung des Vorhabens zu stellen;

- d) bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung: auch dem Prüfer oder der Prüferin;
- e) bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden: auch der ärztlichen Leitung der betroffenen Organisationseinheit;
- f) bei Vorhaben in Pflegeheimen: auch dem Träger des Pflegeheimes.

Die Protokolle sind gemeinsam mit den für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen mindestens 30 Jahre gemäß § 48 Abs. 7 aufzubewahren.

(10) Die Mitglieder der Ethikkommission sind bei Besorgung ihrer Aufgaben an keine Weisungen gebunden. Die Ethikkommission muss die Landesregierung auf ihr Verlangen über alle Gegenstände der Geschäftsführung informieren. Die Landesregierung kann Mitglieder der Ethikkommission aus wichtigem Grund, insbesondere bei nachträglichem Wegfall der Voraussetzungen für ihre Bestellung, abberufen.

(11) Die Mitgliedschaft im Kuratorium und die Vorsitzführung sind ehrenamtlich. Den Mitgliedern der Ethikkommission gebührt eine Entschädigung für Zeitversäumnis und Fahrtkosten, deren Höhe von der Landesregierung durch Verordnung festzusetzen ist. Auf Antrag der Ethikkommission kann die Tätigkeit der Geschäftsstelle der Ethikkommission durch Verordnung der Landesregierung dem Amt der Landesregierung übertragen werden.

§ 13

Aufgaben und Verfahren der Ethikkommission

(1) Die Ethikkommission ist auf Antrag zur Beurteilung folgender Vorhaben in den Krankenanstalten zuständig:

- a) die klinische Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten;
- b) die Anwendung neuer medizinischer Methoden und nicht-interventioneller Studien;
- c) die angewandte medizinische Forschung am Menschen;
- d) die Anwendung neuer Behandlungskonzepte und -methoden;
- e) die Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie die Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden.

(2) Die Ethikkommission ist überdies auf Antrag zuständig zur Beurteilung der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden einschließlich nicht-interventioneller Studien in Pflegeheimen.

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

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

Die Entscheidung erfolgt privatrechtlich, ein Rechtsanspruch besteht nicht.

(4) Neue medizinische Methoden im Sinne des Abs. 1 lit. b sind Methoden, die aufgrund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der medizinischen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, dass eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist, die jedoch in Österreich noch nicht oder ohne wissenschaftliche Evidenz angewendet werden und daher einer methodischen Überprüfung bedürfen.

(5) Die Ethikkommission ist rechtzeitig vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode zu befragen. Eine entsprechende Verpflichtung für Vorhaben gemäß Abs. 1 lit. a ergibt sich aufgrund des Arzneimittelgesetzes und des Medizinproduktegesetzes. Bei Vorhaben gemäß Abs. 1 lit. c bis e, Abs. 2 und 3 kann die Ethikkommission befasst werden.

(6) Dem Antrag müssen die zur Beurteilung des Vorhabens erforderlichen Unterlagen angeschlossen sein. Die Antragstellung obliegt

- a) im Falle eines Vorhabens nach Abs. 1 lit. b bis d: der Leitung der Organisationseinheit, in deren Bereich das Vorhaben durchgeführt werden soll;
- b) im Falle eines Vorhabens nach Abs. 1 lit. e: der Leitung des Pflegedienstes;
- c) im Falle eines Vorhabens nach Abs. 2: der Pflegeleitung des Pflegeheimes;
- d) im Falle eines Vorhabens nach Abs. 3 lit. a: der Leitung des Vorhabens, die dem Kreis der niedergelassenen Ärzte oder Ärztinnen oder der Angehörigen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes angehören muss;

e) im Falle eines Vorhabens nach Abs. 3 lit. b: der Leitung des Vorhabens, die dem Kreis der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege angehören muss.

(7) Das Recht, im Rahmen der Sitzung des Kuratoriums zum geplanten Vorhaben Stellung zu nehmen, haben

a) bei Vorhaben gemäß Abs. 1 lit. e: die Leitung der Organisationseinheit, an der das Vorhaben durchgeführt werden soll;

b) bei Vorhaben gemäß Abs. 2: die Heimleitung des Pflegeheimes;

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

(8) Das Kuratorium hat ohne unnötigen Aufschub, spätestens aber drei Monate nach Einlangen des vollständigen Antrags oder dessen Annahme nach Abs. 3 der antragstellenden Person eine Beurteilung darüber abzugeben, ob das Vorhaben ethisch vertretbar ist sowie ob die Rechte und die Integrität der Testpersonen ausreichend geschützt werden. Die Beurteilung des Kuratoriums betreffend Vorhaben nach Abs. 1 lit. b bis e, Abs. 2 und 3 hat sich insbesondere zu beziehen auf:

a) die fachliche Qualifikation und die Erfahrung des Prüfers sowie die Eignung der weiteren Beteiligten;

b) die vorhandenen Einrichtungen;

c) den Prüfplan, vor allem im Hinblick auf die Ziele der Prüfung, seine wissenschaftliche Aussagekraft und die Beurteilung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses;

d) die Art und Weise, in der die Testpersonen angeworben und ausgewählt werden und in der die Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen;

e) die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadens im Zusammenhang mit der Durchführung des Vorhabens getroffen werden.

(9) Das Kuratorium bzw. ihre hierzu bestimmten Mitglieder sind berechtigt, in alle für die Beurteilung erforderlichen Unterlagen des Prüfers Einsicht zu nehmen und Auskünfte zu verlangen. Sie können ferner die Testpersonen befragen.

(10) Im Rahmen einer multizentrischen Prüfung von Vorhaben gemäß Abs. 1 lit. b bis e, Abs. 2 und 3 kann die Ethikkommission die abgeschlossene Beurteilung einer anderen ebenfalls mit der Prüfung befassten Ethikkommission soweit zum Inhalt der eigenen Beurteilung machen, als die Beurteilung der anderen Ethikkommission durch das Kuratorium unter Berücksichtigung der in Abs. 8 normierten Kriterien als ausreichend erklärt wurde.

(11) Die Ethikkommission hat die Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu beachten. Zur Abdeckung ihres Sach- und Personalaufwandes hat das Kuratorium unter Berücksichtigung der durchschnittlich erwachsenden Kosten ein angemessenes Entgelt für die Beurteilung festzulegen. Die Festlegung bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Das Entgelt ist von der antragstellenden Person zu bezahlen. Bei Beurteilung von Vorhaben, die nicht gesponsert sind, kann das Entgelt aus Gründen der Billigkeit ganz oder zum Teil nachgesehen werden.

(12) Die Abs. 5 bis 11 gelten nicht bei Vorhaben, die einer multizentrischen Prüfung unterzogen werden und für die eine Beurteilung einer hierfür zuständigen Leit-Ethikkommission beantragt wurde.

§ 14

Patientenanwaltschaft

Die Rechtsträger der Krankenanstalten müssen vor Entscheidungen, die grundlegende allgemeine Interessen der Patienten und Patientinnen berühren, der Patientenanwaltschaft Gelegenheit zur Stellungnahme geben. Dies gilt insbesondere vor Entscheidungen über die Errichtung neuer, die Einschränkung oder Auflassung bestehender stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen, für die öffentliche Mittel eingesetzt werden.

6. Unterabschnitt Not- und Zivilspitäler

§ 15

Notspitäler

(1) Die Landesregierung kann im Krieg oder im Falle eines anderen bewaffneten Konflikts für Zwecke des Zivilschutzes, bei Elementarereignissen oder Unglücksfällen außergewöhnlichen Umfangs sowie Epidemien geeignete Grundstücke oder Gebäude samt Einrichtung zur Verwendung als Krankenanstalten im unbedingt notwendigen Umfang zugunsten des Landes oder eines anderen

Rechtsträgers in Anspruch nehmen, wenn die Anstaltsbehandlung anstaltsbedürftiger Menschen sonst nicht sichergestellt ist. Die Inanspruchnahme hat die Wirkung, dass das Grundstück (Gebäude) der Verfügung der Berechtigten entzogen ist.

(2) Die Inanspruchnahme hat durch Bescheid zu erfolgen. Die Inanspruchnahme ist aufzuheben, sobald die Voraussetzungen des Abs. 1 nicht mehr vorliegen.

(3) Der Inhaber eines in Anspruch genommenen Grundstückes (Gebäudes) ist vom Land oder, wenn die Inanspruchnahme zugunsten eines anderen Rechtsträgers erfolgt, von diesem für alle dadurch verursachten vermögensrechtlichen Nachteile angemessen zu entschädigen.

(4) Der Anspruch auf Entschädigung nach Abs. 3 ist bei sonstigem Verlust des Anspruchs innerhalb von zwei Jahren nach Inanspruchnahme des Grundstückes oder Gebäudes nach Abs. 1 geltend zu machen. Kommt eine Einigung über die Entschädigung nicht zustande, so kann der Anspruchsberechtigte bei sonstigem Verlust des Anspruchs spätestens ein Jahr nach Geltendmachung des Anspruchs die Festsetzung der Entschädigung bei der Landesregierung beantragen. Die Landesregierung hat die Entschädigung mit Bescheid festzusetzen.

(5) Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 kann die Landesregierung von den Bestimmungen dieses Gesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen Ausnahmen mit Bescheid zulassen, wenn die Einhaltung dieser Bestimmungen wegen der räumlichen Verhältnisse oder der Dringlichkeit der Aufnahme des Anstaltsbetriebes nicht möglich ist. Solche Ausnahmen sind jedoch nicht zulässig, soweit Grundsatzbestimmungen des Bundes entgegenstehen.

§ 16

Zivilspitäler, Schutzzeichen des Roten Kreuzes

(1) Im Krieg oder im Falle eines anderen bewaffneten Konflikts hat die Bezirkshauptmannschaft Krankenanstalten, die zur Pflege von Verwundeten, Kranken und Wöchnerinnen eingerichtet sind, als Zivilspitäler anzuerkennen, wenn diese außerhalb ihrer humanitären Aufgaben nicht zur Begehung von Handlungen verwendet werden, die den Feind schädigen. Die Tatsache, dass verwundete oder kranke Militärpersonen in diesen Krankenanstalten gepflegt werden, oder das Vorhandensein von Handwaffen und von Munition, die diesen Personen abgenommen und der zuständigen Dienststelle noch nicht abgeliefert worden sind, gelten nicht als eine den Feind schädigende Handlung.

(2) Als Zivilspitäler anerkannte Krankenanstalten sind mit dem Schutzzeichen des Roten Kreuzes zu kennzeichnen.

(3) In besetzten Gebieten und in militärischen Operationszonen ist das ordentliche und ausschließlich für den Betrieb und die Verwaltung der Zivilspitäler bestimmte Personal, einschließlich des mit dem Aufsuchen, der Bergung, dem Transport und der Behandlung von verwundeten und kranken Zivilpersonen und von Wöchnerinnen beschäftigten Personals während der Dauer der Dienstleistung mit einer Identitätskarte und einer Armbinde mit dem Schutzzeichen des Roten Kreuzes zu versehen. Die Identitätskarte, die durch die Bezirkshauptmannschaft auszustellen ist, muss die Eigenschaft des Inhabers bescheinigen und mit seinem Lichtbild und dem Trockenstempel der ausstellenden Behörde versehen sein. Die am linken Arm zu tragende Armbinde, die von der Bezirkshauptmannschaft auszugeben ist, muss feuchtigkeitsbeständig und durch die ausgebende Behörde gestempelt sein.

(4) Für das nicht ausschließlich für den Betrieb und die Verwaltung der Zivilspitäler bestimmte Personal gilt der Abs. 3 während der Ausübung dieses Dienstes.

(5) Die Leitung des ärztlichen Dienstes eines Zivilspitals hat jederzeit eine auf den Tag geführte Liste des in den Abs. 3 und 4 bezeichneten Personals zur Verfügung der Behörden zu halten.

2. Abschnitt

Errichtung und Betrieb von Krankenanstalten

1. Unterabschnitt

Erteilung und Entzug von Bewilligungen

§ 17

Errichtungsbewilligung

(1) Krankenanstalten dürfen – unbeschadet sonstiger Erfordernisse nach anderen Rechtsvorschriften – nur mit Bewilligung der Landesregierung errichtet werden (Errichtungsbewilligung). Unter Errichtung ist sowohl die Neuerstellung einer Krankenanstalt als auch die Ausgestaltung eines bisher anderen Zwecken gewidmeten Gebäudes zu einer solchen zu verstehen.

(2) Anträge auf Erteilung der Errichtungsbewilligung haben den Anstaltszweck (§ 3), das in Aussicht genommene Einzugsgebiet und Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich der vorgesehenen Personalausstattung; bei selbständigen Ambulatorien auch die Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Samstagen, Sonn- und Feiertagen und die vorgesehene Anzahl sowie das zeitliche Beschäftigungsausmaß von Ärzten oder Ärztinnen oder Zahnärzten oder Zahnärztinnen) und den Standort der Krankenanstalt genau zu bezeichnen. Beabsichtigt die antragstellende Person, Mittel des Landesgesundheitsfonds in Anspruch zu nehmen, den Abschluss eines Kassenvertrages anzustreben oder die Krankenanstalt als öffentliche oder gemeinnützige Krankenanstalt zu führen, so hat sie dies ebenfalls bekannt zu geben.

(3) Anträge auf Vorabfeststellung, ob ein Bedarf vorliegt, sind zulässig. Die Bestimmungen des § 22 Abs. 1 und 3 bis 5 gelten sinngemäß.

(4) Die Landesregierung kann durch Verordnung festlegen, welche Unterlagen, insbesondere welche Pläne, Beschreibungen und Nachweise dem Antrag zur Beurteilung des Vorhabens beizubringen sind, und welchen Inhalt, welchen Maßstab und welche Form sie aufweisen müssen. Hiebei kann auch bestimmt werden, welche Unterlagen für eine Beurteilung des Bedarfes ausreichen.

(5) Weist eine Krankenanstalt mehrere Standorte auf (Mehrstandortkrankenanstalt), ist im Bescheid, mit dem die Errichtungsbewilligung erteilt wird, für jeden Standort gemäß dem zugeordneten Leistungsspektrum die Versorgungsstufe gemäß §§ 11 bis 11b festzulegen. Am jeweiligen Standort sind die für die festgelegte Versorgungsstufe je Leistungsbereich geltenden Vorgaben einzuhalten.

§ 18

Sachliche Voraussetzungen

(1) Die Errichtungsbewilligung darf nur erteilt werden, wenn die sachlichen Voraussetzungen gemäß den Abs. 2 bis 4 erfüllt werden.

(2) Die Errichtungsbewilligung ist zu erteilen, wenn

- a) ein Bedarf besteht oder von der Bedarfsprüfung abzusehen ist (§ 18a);
- b) das Eigentumsrecht oder ein sonstiges Recht zur Benützung der in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen ist und
- c) die vorgesehene Betriebsanlage den allgemeinen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und nach ihrer Lage und Beschaffenheit die Behandlung der Patienten und Patientinnen nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft gewährleistet.

(3) Sofern ein Bedarf besteht und ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über das vorgesehene Leistungsangebot anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger hat der Landesregierung mitzuteilen, ob ein entsprechendes Vertragsvergabeverfahren beabsichtigt bzw. bereits anhängig ist und sie über den Abschluss dieses Verfahrens zu informieren. Liegt die Vertragszusage nicht innerhalb eines Jahres nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf vor, so hat die Landesregierung den Antrag abzuweisen, es sei denn, die antragstellende Person erklärt schriftlich, dass der Ausgang des Vertragsvergabeverfahrens abgewartet werden soll.

(4) Die Landesregierung kann durch Verordnung besondere Vorschriften über die Beschaffenheit einer Krankenanstalt, insbesondere hinsichtlich der Größe und Ausstattung der Behandlungs- und Pflegeräume, der Behandlungsapparate, der sanitären Anlagen, der Krankentransporteinrichtungen und der Erstellung von geeigneten Schutzräumen gegen Gefahren durch kriegerische Einwirkungen, erlassen. Sie hat hiebei die Erkenntnisse der medizinischen und technischen Wissenschaften zugrunde zu legen.

§ 18a

Bedarf

(1) Von der Bedarfsprüfung ist abzusehen, wenn

- a) nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden; dazu ist die Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse zu hören; oder
- b) bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt; oder

c) die Leistungserbringung unter Beibehaltung des Einzugsgebiets in eine andere Rechtsform überführt werden soll und es dabei unter Berücksichtigung des RSG zu keiner Änderung bzw. Erweiterung des Leistungsangebotes kommt.

(2) Bei Krankenanstalten, für die es hinsichtlich ihres Anstaltszwecks (§ 3) und Leistungsangebots eine verbindliche Planung im ÖSG bzw. RSG gibt, ist ein Bedarf dann gegeben, wenn sie nach ihrem in Aussicht genommenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem ÖSG bzw. RSG entsprechen.

(3) Bei anderen als im Abs. 2 angeführten Krankenanstalten ist ein Bedarf dann gegeben, wenn zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichtes des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes in ihrem Einzugsgebiet nachgewiesen oder – bei selbständigen Ambulatorien – erreicht werden kann. Der Nachweis bzw. die Beurteilung, dass eine wesentliche Verbesserung erreicht werden kann, hat nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot unter Berücksichtigung der Planungen des RSG und anhand jener Kriterien zu erfolgen, die im Abs. 4 bzw. – bei selbständigen Ambulatorien – im Abs. 5 angeführt sind.

(4) Für den Nachweis, ob eine bettenführende Krankenanstalt das Versorgungsangebot wesentlich verbessert, sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- a) das bereits bestehende Versorgungsangebot durch öffentliche, private gemeinnützige und sonstige Krankenanstalten mit Kassenverträgen;
- b) die örtlichen Verhältnisse (regionale ländliche oder städtische Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte);
- c) die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen;
- d) die Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen gemäß lit. a;
- e) die Entwicklungstendenzen in der Medizin oder der Zahnmedizin.

(5) Bei der Beurteilung, ob ein selbständiges Ambulatorium das Versorgungsangebot wesentlich verbessert, sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- a) das bereits bestehende Versorgungsangebot durch öffentliche, private gemeinnützige und sonstige Krankenanstalten mit Kassenverträgen, einschließlich durch deren Ambulanzen;
- b) das bereits bestehende Versorgungsangebot durch kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, sowie bei selbständigen Zahnambulatorien auch durch niedergelassene Zahnärzte oder Zahnärztinnen, Dentisten oder Dentistinnen und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen;
- c) die örtlichen Verhältnisse (regionale ländliche oder städtische Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte);
- d) die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen;
- e) das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Pfleglinge;
- f) die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß lit. e;
- g) die Entwicklungstendenzen in der Medizin oder der Zahnmedizin.

(6) Die Landesregierung kann in einer Verordnung die in den Abs. 4 und 5 angeführten Kriterien näher präzisieren und festlegen, unter welchen Umständen ein solches Kriterium zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes führt.

§ 19

Persönliche Voraussetzungen

(1) Die Errichtungsbewilligung darf nur erteilt werden, wenn die antragstellende Person geeignet ist.

(2) Die Eignung gilt als gegeben, wenn aufgrund der persönlichen Fähigkeiten, des Charakters und des Vorlebens ein ordnungsgemäßer Anstaltsbetrieb gewährleistet ist. Die Eignung ist insbesondere dann nicht anzunehmen, wenn die antragstellende Person wegen Übertretung von Vorschriften auf dem Gebiet des Krankenanstaltenrechtes oder des Gesundheitswesens rechtskräftig bestraft worden ist und von ihr deshalb ein ordnungsgemäßer Anstaltsbetrieb nicht erwartet werden kann.

(3) Bei juristischen Personen, offenen Gesellschaften und Kommanditgesellschaften müssen die zur Vertretung nach außen berufene Person sowie Gesellschafter und Gesellschafterinnen mit einer beherrschenden Stellung die Voraussetzungen gemäß Abs. 1 und 2 erfüllen.

§ 20

Errichtung einer Krankenanstalt durch einen Krankenversicherungsträger

(1) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es lediglich bei selbständigen Ambulatorien einer Errichtungsbewilligung. Krankenversicherungsträger haben die beabsichtigte Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Die Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium eines Krankenversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn

a) ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für Vorarlberg (bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer) oder zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer (bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer) vorliegt, oder, wenn kein solches Einvernehmen vorliegt, die Landesregierung feststellt, dass ein Bedarf nach § 18a Abs. 3 besteht, und

b) die Voraussetzungen des § 18 Abs. 2 lit. b und c sowie Abs. 3 erfüllt sind.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten auch, wenn der Krankenversicherungsträger einen Dritten mit dem Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums betraut.

§ 21

Besondere Parteien und Stellungnahmerechte im Errichtungsbewilligungsverfahren

(1) Im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung und im Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfes haben hinsichtlich des nach § 18a Abs. 3 zu prüfenden Bedarfes Parteistellung sowie das Recht, gegen einen Bescheid Beschwerde beim Landesverwaltungsgericht (Art. 132 B-VG) und gegen eine Entscheidung des Landesverwaltungsgerichts Revision beim Verwaltungsgerichtshof (Art. 133 B-VG) zu erheben:

a) die gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten;

b) die betroffenen Sozialversicherungsträger und

c) bei selbständigen Ambulatorien auch die Ärztekammer für Vorarlberg (bzw. bei Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer).

(2) Bei bettenführenden Krankenanstalten kann im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung und im Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfes ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitutes zum Vorliegen der im § 18a Abs. 4 lit. b bis e angeführten Kriterien eingeholt werden.

(3) Bei selbständigen Ambulatorien ist im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung und im Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfes ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitutes sowie eine begründete Stellungnahme des Landesgesundheitsfonds zum Vorliegen der im § 18a Abs. 5 lit. c bis g angeführten Kriterien einzuholen.

§ 22

Errichtungsbewilligungsbescheid

(1) Der Bescheid, mit dem die Errichtungsbewilligung erteilt wird, hat eine genaue Bezeichnung des Anstaltszweckes und des Betriebsumfanges zu enthalten.

(2) Der Bauplan samt Bau- und Betriebsbeschreibung ist zu einem Bestandteil des Bescheides zu erklären und mit einem behördlichen Genehmigungsvermerk zu versehen.

(3) Die Errichtungsbewilligung kann zur Sicherstellung der sachlichen Voraussetzungen gemäß § 18 oder § 20 Abs. 2 unter entsprechenden Befristungen, Bedingungen und Auflagen erteilt werden.

(4) Die Errichtungsbewilligung ist an die Bedingung zu knüpfen, dass innerhalb eines angemessenen Zeitraumes um die Bewilligung zum Betrieb der Krankenanstalt angesucht wird. Diese Frist kann von der Landesregierung bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände verlängert werden. Nach Ablauf der Frist verliert die Errichtungsbewilligung ihre Gültigkeit.

(5) Der Bescheid, mit dem die Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium erteilt wird, hat – ausgenommen in jenen Fällen, in denen gemäß § 18a Abs. 1 von der Bedarfsprüfung abzusehen ist – im Rahmen des Antrags jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Samstagen, Sonn- und Feiertagen) sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und – soweit sinnvoll – die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen.

§ 23

Betriebsbewilligung

(1) Krankenanstalten dürfen nur mit Bewilligung der Landesregierung betrieben werden (Betriebsbewilligung).

(2) Die Landesregierung kann durch Verordnung festlegen, welche Unterlagen, insbesondere welche Pläne, Beschreibungen und Nachweise dem Antrag auf Erteilung der Betriebsbewilligung beizubringen sind, und welchen Inhalt, Maßstab und Form sie aufweisen müssen.

(3) Die Betriebsbewilligung ist – erforderlichenfalls unter Vorschreibung von Befristungen, Bedingungen und Auflagen – zu erteilen, wenn

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

(4) Die Betriebsbewilligung ist an die Bedingung zu knüpfen, dass innerhalb eines angemessenen Zeitraumes der Anstaltsbetrieb aufgenommen wird. Diese Frist kann von der Landesregierung bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände verlängert werden. Nach Ablauf der Frist verliert die Betriebsbewilligung ihre Gültigkeit.

(5) Die Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt eines Krankenversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Vorgaben des RSG und die Voraussetzungen des Abs. 3 lit. c, e, f und g erfüllt sind. Die Bewilligung zum Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums eines Krankenversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 3 lit. c, f und g erfüllt sind und eine Errichtungsbewilligung vorliegt.

§ 23a

Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von fachrichtungsbezogenen oder sonstigen Organisationseinheiten

(1) Eine örtlich getrennte Unterbringung gemäß §§ 11 Abs. 4 oder 11b Abs. 4 im grenznahen Gebiet eines ausländischen Staates ist nur für einzelne fachrichtungsbezogene oder sonstige Organisationseinheiten in ihrer Gesamtheit zulässig. Sie bedarf der Bewilligung der Landesregierung. Die Bewilligung darf nur räumlich beschränkt für beidseits in Staatsgrenznähe gelegene Krankenanstalten und nur dann erteilt werden, wenn nachgewiesen ist, dass

- a) durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der im Land Vorarlberg geltenden Rechtsordnung gegeben ist;
- b) das Vorhaben im RSG vorgesehen ist;
- c) den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird;
- d) auf den Behandlungsvertrag österreichisches Recht anwendbar und ein österreichischer Gerichtsstand gegeben ist;

e) die Behandlung und Pflege von Patienten und Patientinnen ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung erfolgt.

(2) Eine erteilte Bewilligung muss widerrufen werden, wenn eine der Voraussetzungen des Abs. 1 nicht oder nicht mehr vorliegt.

(3) Bei der dislozierten Führung fachrichtungsbezogener oder sonstiger Organisationseinheiten einer im Ausland gelegenen Krankenanstalt in einer im Land Vorarlberg gelegenen Krankenanstalt hat ausschließlich die Behandlung und Pflege von Patienten und Patientinnen der im Ausland gelegenen Krankenanstalt und ausschließlich durch Personal dieser Krankenanstalt sowie unter der Leitung der im Ausland gelegenen Krankenanstalt zu erfolgen.

§ 24

Veränderungen

(1) Einer Bewilligung der Landesregierung bedürfen alle wesentlichen Veränderungen im Betrieb, im Leistungsangebot, in der personellen und sachlichen Ausstattung, im räumlichen Bestand und in der Organisation der Krankenanstalt. Als solche gelten insbesondere:

- a) eine Verlegung der Betriebsstätte;
- b) eine Veränderung der Art der Krankenanstalt (§ 3);
- c) eine Veränderung der Type einer allgemeinen Krankenanstalt (§ 10);
- d) eine Änderung des Aufgabenbereiches oder des Zweckes der Krankenanstalt;
- e) Zu- oder Umbauten, die den räumlichen Umfang der Krankenanstalt wesentlich verändern;
- f) räumliche Veränderungen von Organisationseinheiten, für die Strukturqualitätskriterien festgelegt sind;
- g) eine Errichtung neuer oder eine Auflassung bestehender fachrichtungsbezogener Organisationseinheiten oder folgender sonstiger Organisationseinheiten: Anstaltsambulatorien, die als interdisziplinäre (Fach)Ambulanzen geführt werden, Laboratorien oder Institute;
- h) eine Errichtung eines geschlossenen Bereiches in Sonderkrankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie;
- i) die Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte ausgenommen Ersatzanschaffungen;
- j) die Bildung einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten (Mehrstandortkrankenanstalt) aus bestehenden, eigenständigen Krankenanstalten;
- k) die Bildung standortübergreifender Abteilungen.

(2) Jede sonstige geplante räumliche Veränderung einer Organisationseinheit oder jede Änderung der Betriebsform einer fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit oder eines Anstaltsambulatoriums ist der Landesregierung schriftlich anzuzeigen. Wenn das angezeigte Vorhaben dem RSG widerspricht, dann ist es längstens binnen sechs Monaten nach Vorliegen einer vollständigen Anzeige mit Bescheid zu untersagen. Später abgefertigte Untersagungsbescheide sind nur unter Setzung einer Frist im Sinne des § 26 Abs. 5 möglich.

(3) Auf das Bewilligungsverfahren sind die §§ 17 bis 23a anzuwenden. Das Verfahren kann auch von Amts wegen eingeleitet werden. Bei Veränderungen muss eine Bedarfsprüfung nur dann stattfinden, wenn durch die Veränderung das Leistungsangebot erweitert oder der Einzugsbereich verändert wird.

(4) Für die Erwerbung oder Erweiterung von selbständigen Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers sind ebenfalls die §§ 17 bis 23 anzuwenden.

§ 25

Verpachtung, Übertragung, Änderung der Bezeichnung

(1) Die Verpachtung einer Krankenanstalt sowie ihre Übertragung auf einen anderen Rechtsträger – auch wenn nur ein Teil verpachtet oder übertragen wird oder wenn nur Anteile an einem Krankenanstaltsträger übertragen werden – bedürfen einer Bewilligung der Landesregierung. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn gegen die antragstellende Person keine Bedenken bestehen. Das Vorliegen von Bedenken ist nach § 19 Abs. 2 zu beurteilen.

(2) Die Bezeichnung einer Krankenanstalt oder von Organisationseinheiten einer Krankenanstalt darf nur mit Bewilligung der Landesregierung geändert werden. Die Änderung ist zu bewilligen, wenn die neue Bezeichnung zu keinem Zweifel über die Art des Anstaltsbetriebes Anlass gibt.

§ 26

Abänderung und Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung

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

- a) eine für die Erteilung der Errichtungsbewilligung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verweigerung der Errichtungsbewilligung gerechtfertigt hätte, nachträglich hervorkommt, oder
- b) eine Krankenanstalt gemäß § 18a Abs. 2 nicht den Vorgaben des RSG entspricht.

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

- a) eine für die Erteilung der Betriebsbewilligung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verweigerung der Betriebsbewilligung gerechtfertigt hätte, nachträglich hervorkommt;
- b) eine Krankenanstalt gemäß § 18a Abs. 2 nicht den Vorgaben des RSG entspricht oder
- c) der Betrieb der Krankenanstalt entgegen den Bestimmungen dieses Gesetzes unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

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

(4) Vor Maßnahmen im Sinne der Abs. 1 und 2 hat die Landesregierung dem Rechtsträger der Krankenanstalt zur Behebung der Mängel eine angemessene Frist einräumen. Vor Maßnahmen wegen Nichterfüllung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit ist der Landesgesundheitsfonds zur Frage der Erfüllung der Vorgaben des RSG zu hören.

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

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

§ 27

Sperre der Krankenanstalt

(1) Krankenanstalten oder einzelne Betriebsbereiche derselben, die ohne die vorgeschriebene behördliche Bewilligung betrieben werden, sind von der Landesregierung erforderlichenfalls ohne vorausgegangenes Verfahren unter Anwendung von Zwangsmitteln zu sperren.

(2) Die Landesregierung hat die Sperre einer Krankenanstalt oder einzelner Betriebsbereiche derselben durch Bescheid anzuordnen, wenn schwerwiegende Mängel bestehen, die einen ordnungsgemäßen Anstaltsbetrieb nicht gesichert erscheinen lassen. Die Sperre ist unter Festsetzung einer angemessenen Frist zur Behebung der festgestellten Mängel vorher anzudrohen.

(3) Mit dem Zeitpunkt der Sperre ist jede weitere Aufnahme von Kranken untersagt. Die in Anstaltsbehandlung befindlichen Patienten und Patientinnen sind bei gleichzeitiger Sicherstellung einer allenfalls notwendigen Unterbringung in einer anderen Krankenanstalt zu verhalten, die gesperrte Krankenanstalt sofort zu verlassen. Für die weitere Behandlung und Pflege der transportunfähigen

Patienten und Patientinnen ist durch geeignete Maßnahmen auf Kosten des Rechtsträgers der gesperrten Krankenanstalt vorzusorgen.

(4) Maßnahmen nach Abs. 3 sind auch zu treffen, wenn die sanitäre Aufsichtsbehörde (§ 104) aus dem Grunde der sanitären Aufsicht die Weiterführung des Anstaltsbetriebes wegen wiederholter Verletzungen sanitärer Vorschriften oder wegen anders nicht zu behebender gesundheitlicher Missstände untersagt.

(5) Wenn die Gründe für die Sperre weggefallen sind, ist sie aufzuheben.

2. Unterabschnitt Betrieb von Krankenanstalten

§ 28

Organisation der Krankenanstalten

(1) Die Krankenanstalten können in Abteilungen gegliedert werden. Reduzierte Organisationseinheiten können nur unter Beachtung der §§ 8 und 8b bis 8e eingerichtet werden.

(2) Die einzelnen fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten; dabei sind die §§ 8 bis 8e sowie die einschlägigen Strukturqualitätskriterien zu beachten. Die im RSG vorgesehene höchstzulässige Bettenzahl darf vorbehaltlich des § 69 nicht überschritten werden.

(3) Wenn Betten für Patienten und Patientinnen verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinäre Belegung), dann müssen die Patienten und Patientinnen jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit zugeordnet werden können; auch bei einer interdisziplinären Belegung gelten die im RSG vorgesehene höchstzulässige Bettenzahl je Sonderfach und die Regelungen über die vorübergehende Zuweisung von Krankenzimmern und Betten (§ 69).

(4) Die apparative Ausstattung und personelle Besetzung von fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten, Pflegegruppen sowie anderer Einrichtungen der Krankenanstalt hat der Funktion der Anstalt und dem Bedarf zu entsprechen; dabei sind die einschlägigen Strukturqualitätskriterien zu beachten.

§ 28a

Haftpflichtversicherung, Haftung

(1) Krankenanstalten, die nicht durch eine oder mehrere Gebietskörperschaften, eine oder mehrere sonstige Körperschaften des öffentlichen Rechts oder durch eine juristische Person, die im Eigentum einer oder mehrerer Gebietskörperschaften oder einer oder mehrerer Körperschaften öffentlichen Rechts steht, betrieben werden, haben zur Deckung der aus ihrer Tätigkeit entstehenden Schadenersatzansprüche eine Haftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer abzuschließen und diese während der Dauer ihrer Betriebsbewilligung aufrecht zu halten.

(2) Bei Krankenanstalten, die durch eine juristische Person, die im Eigentum einer oder mehrerer Gebietskörperschaften oder einer oder mehrerer Körperschaften des öffentlichen Rechts steht, betrieben werden, besteht ein haftungsrechtlicher Durchgriff zu den Gebietskörperschaften oder Körperschaften des öffentlichen Rechts, sofern keine Haftpflichtversicherung besteht. Steht eine juristische Person im Eigentum mehrerer Gebietskörperschaften oder Körperschaften öffentlichen Rechts, so haften diese, sofern vertraglich nicht anderes geregelt ist, im Verhältnis ihres Anteiles an der juristischen Person.

(3) Für den Versicherungsvertrag gilt Folgendes:

- a) die Mindestversicherungssumme für jeden Versicherungsfall muss zwei Millionen Euro betragen;
- b) eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode das Fünffache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten; und
- c) der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig.

(4) Der geschädigte Dritte kann seinen Schadenersatzanspruch im Rahmen des betreffenden Versicherungsvertrages auch gegen den Versicherer gelten machen. Der Versicherer und der ersatzpflichtige Versicherte haften als Gesamtschuldner.

(5) Die Versicherer sind verpflichtet, der Landesregierung unaufgefordert und umgehend jeden Umstand zu melden, der eine Beendigung oder Einschränkung des Versicherungsschutzes oder eine Abweichung von der ursprünglichen Versicherungsbestätigung bedeutet oder bedeuten kann, und auf Verlangen der Landesregierung über solche Umstände Auskunft zu erteilen.

§ 29

Anstaltsordnung

(1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt hat sich am Heil- und Pflegezweck sowie an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen auszurichten und ist so zu gestalten, dass deren geistig-seelisches und körperliches Wohlbefinden gefördert wird.

(2) Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat unter Anführung des Rechtsträgers, der Betriebsform und der Bezeichnung der Krankenanstalt jedenfalls Bestimmungen zu enthalten über:

- a) die Aufgaben, welche die Krankenanstalt nach ihrem Zweck zu erfüllen hat, und die dazu bereitgestellten Einrichtungen einschließlich der Einrichtungen für ambulante Untersuchung und Behandlung; die genaue Abgrenzung allfälliger fachrichtungsbezogener Organisationseinheiten; Regelungen über die Anbindung und Kooperation von reduzierten Organisationseinheiten mit anderen Organisationseinheiten; Regelungen über die funktionell-organisatorische Verbindung bei gänzlicher oder teilweiser örtlich getrennter Unterbringung einer fachrichtungsbezogenen oder sonstigen Organisationseinheit; bei allgemeinen Krankenanstalten und bei Sonderkrankenanstalten eine allfällige Gliederung in Abteilungen für Akutkranke und in Abteilungen für Langzeitbehandlung oder innerhalb von Abteilungen in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für die Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
- b) die Grundzüge der Verwaltung und des Betriebes, insbesondere ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen einmalig nur über Tag oder nur über Nacht (Tages- bzw. Nachtambulanz) oder in sonstigen Betriebsformen gemäß § 9 aufgenommen werden;
- c) den für die Aufnahme in die Krankenanstalt in Betracht kommenden Personenkreis und die Voraussetzungen für die Aufnahme und Entlassung;
- d) die Verhaltensvorgaben für die Patienten und Patientinnen sowie die Besucher und Besucherinnen;
- e) die Obliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, insbesondere für die Leitung des ärztlichen Dienstes, der fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten einschließlich ihrer Betriebsformen gemäß § 9 und der sonst im § 32 Abs. 4 genannten Organisationseinheiten, der Anstaltsapotheke, des Pflegedienstes, des Hygienedienstes, des technischen Sicherheitsdienstes sowie der Verwaltungsdirektion; weiters gruppenweise über die Obliegenheiten aller anderen beschäftigten Personen in dem durch die besonderen Verhältnisse der Krankenanstalt gegebenen Umfang sowie über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
- f) die Intensivierung des Gesprächs zwischen den Patienten und Patientinnen und dem ärztlichen und pflegenden Personal;
- g) die Festlegung einzelner Räume, in denen das Rauchen gestattet ist, oder eines generellen Rauchverbotes;
- h) Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
- i) Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei dislozierten oder standortübergreifenden fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten oder bei dislozierten Betriebsformen gemäß § 9b;
- j) die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindenführhunde, Servicehunde und Signalthunde) und Therapiehunden (§ 39a des Bundesbehindertengesetzes) aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist.

(3) Die Anstaltsordnung kann Bestimmungen über die kollegiale Führung der Krankenanstalt durch die Leitung des ärztlichen Dienstes (§ 32), der Verwaltungsdirektion (§ 40) und des Pflegedienstes (§ 37) enthalten, insbesondere über die Pflicht der Führungskräfte zur gegenseitigen Information und Anhörung sowie zur gegenseitigen Beratung. Die den Führungskräften nach den §§ 32, 37 und 40 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen hiedurch nicht beeinträchtigt werden.

(4) Die Anstaltsordnung und jede Änderung derselben bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn in der Anstaltsordnung alle im Abs. 2 verlangten Angaben enthalten sind und die Art der Regelung einen ordnungsgemäßen Anstaltsbetrieb gewährleistet; insbesondere muss auch die Einhaltung des RSG und der Strukturqualitätskriterien gewährleistet sein. Die Genehmigung ist bei Errichtung einer Krankenanstalt zugleich mit der Bewilligung zum Betrieb zu erteilen.

(5) Die Anstaltsordnung ist für die Dauer ihrer Geltung auf der Homepage der Krankenanstalt im Internet zu veröffentlichen sowie bei der Informations- und Beschwerdestelle, sofern eine solche nicht besteht bei einer anderen geeigneten Stelle, zur Einsicht bereitzuhalten.

§ 30

Sicherung der Patientenrechte

(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot der Krankenanstalt dafür zu sorgen, dass die Rechte der Patienten und Patientinnen in der Krankenanstalt beachtet werden und ihnen die Wahrnehmung ihrer Rechte in der Krankenanstalt ermöglicht wird.

- (2) Insbesondere hat der Rechtsträger zugunsten der Patienten und Patientinnen sicherzustellen, dass
- a) sie ihr Recht auf ausreichende und verständliche Aufklärung und Information über die Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und ihre Risiken ausüben sowie sich aktiv an den ihren Gesundheitszustand betreffenden Entscheidungsprozessen beteiligen können;
 - b) ihnen klare Preisinformationen zur Verfügung gestellt werden, soweit sie im Zeitpunkt der Aufnahme vorhersehbar sind und die Leistungen nicht über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden und es sich nicht um die gesetzlich festgelegten Kostenbeiträge und Beiträge gemäß § 85 handelt;
 - c) ihre Zustimmung zu Heilbehandlungen eingeholt wird;
 - d) auf ihren Wunsch ihnen oder ihren Vertrauenspersonen Informationen über den Gesundheitszustand und den Behandlungsverlauf durch einen Arzt oder eine Ärztin, die zur selbständigen Berufsausübung berechtigt sind, in möglichst verständlicher und schonungsvoller sowie in einer der Persönlichkeit des Patienten oder der Patientin angemessenen Art gegeben werden;
 - e) sie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte und auf Überlassung einer Kopie derselben nach Maßgabe des Art. 15 Abs. 3 der Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679 ausüben können;
 - f) sie sorgfältig und respektvoll behandelt werden;
 - g) die Vertraulichkeit gewahrt wird;
 - h) neben der Erbringung fachärztlicher Leistungen auch für allgemeine medizinische Anliegen zur selbständigen Berufsausübung berechnete Ärzte oder Ärztinnen zur Verfügung stehen;
 - i) auf ihren Wunsch eine seelsorgerische Betreuung und eine psychische Unterstützung bereitgestellt werden;
 - j) in den Organisations-, Behandlungs- und Pflegeabläufen auf den allgemein üblichen Lebensrhythmus Bedacht genommen wird, soweit dadurch ein effizienter Betriebsablauf nicht beeinträchtigt wird;
 - k) ihre Privat- und Intimsphäre, insbesondere in Mehrbettzimmern und medizinisch-therapeutischen Funktionsbereichen, ausreichend gewahrt wird;
 - l) ausreichend Besuchsmöglichkeiten in der Krankenanstalt und Kontaktmöglichkeiten nach außen bestehen; insbesondere müssen Vertrauenspersonen der Patienten und Patientinnen bei einer nachhaltigen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes auch außerhalb der festgelegten Besuchszeiten mit ihnen in Kontakt treten können; ebenso steht Bezugspersonen von Kindern bis zum vollendeten zehnten Lebensjahr ein Besuchsrecht außerhalb der festgelegten Besuchszeiten zu;
 - m) bei stationärer Anstaltspflege von Kindern und Jugendlichen die Krankenzimmer, Abteilungen und Bereiche, die überwiegend der Behandlung von Kindern und Jugendlichen dienen, altersgerecht ausgestattet sind und eine stationäre Aufnahme von Kindern getrennt von erwachsenen Patienten und Patientinnen erfolgt, soweit dies organisatorisch möglich ist;
 - n) bei Kindern bis zum vollendeten zehnten Lebensjahr auch die Mitaufnahme einer Bezugsperson möglich ist; dies gilt auch für Menschen mit Behinderung, wenn sie auf die Mitbetreuung durch die Bezugsperson angewiesen sind;
 - o) schulpflichtigen Kindern bei einem längeren stationären Aufenthalt Schulunterricht erteilt werden kann;
 - p) sie möglichst schmerzarm betreut und, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist, auch nur zur Linderung ihrer Beschwerden behandelt werden;

q) das Recht auf Sterbebegleitung gewahrt, ein würdevolles Sterben ermöglicht wird und Vertrauenspersonen mit dem sterbenden Menschen in Kontakt treten können.

(3) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben ferner dafür zu sorgen, dass die Patienten und Patientinnen Informationen über die ihnen zustehenden Rechte in der Krankenanstalt erhalten können sowie auf Verlangen über die Haftpflichtversicherung nach § 28a informiert werden.

(4) Die Patienten und Patientinnen sind über die Informations- und Beschwerdestelle und die Patientenanzwaltschaft zu informieren.

§ 30a

Führung von Wartelisten

(1) Die Rechtsträger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten müssen zumindest in den Sonderfächern Augenheilkunde und Optometrie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Neurochirurgie und Urologie Wartelisten führen. Wartelisten in pseudonymisierter Form müssen nur für elektive Operationen und für Fälle invasiver Diagnostik geführt werden, bei denen die Wartezeit regelmäßig vier Wochen übersteigt.

(2) In die Warteliste sind alle Personen aufzunehmen, mit denen ein voraussichtlicher Termin für den elektiven Eingriff vereinbart wird. Die Terminvergabe hat ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten und nach betriebsorganisatorischen Aspekten und sozialen Aspekten (z.B. drohende Berufsunfähigkeit) zu erfolgen.

(3) In der Warteliste müssen folgende Informationen dokumentiert werden:

- a) die Wartezeit der einzelnen Patienten und Patientinnen, d.h. die Zeit, die zwischen der Aufnahme in die Warteliste und dem Eingriffstermin liegt;
- b) die Anzahl der Personen auf der Warteliste und davon die Anzahl der Sonderklassepatienten und -patientinnen.

(4) Personen auf der Warteliste sind auf ihr Verlangen über ihre Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

§ 31

Qualitätssicherung

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, betriebsinterne Maßnahmen der Qualitätssicherung und Maßnahmen zur Wahrung der Patientensicherheit vorzusehen und die zu ihrer Durchführung notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Die Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen. Sie sind so zu gestalten, dass überregionale Belange ausreichend berücksichtigt werden und vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten möglich sind.

(2) In Krankenanstalten mit kollegialer Führung hat diese die Durchführung der vorgesehenen Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Rechtsträger der Anstalt vorzusorgen, dass die für die einzelnen Bereiche verantwortlichen Personen die Durchführung der Maßnahmen sicherstellen.

(3) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Qualitätssicherungskommission einzurichten, die von einer fachlich geeigneten Person zu leiten ist. Der Kommission haben zumindest je eine Vertretung des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes, der Krankenhausverwaltung und des Rechtsträgers der Anstalt anzugehören. Die Kommission hat die Aufgabe,

- a) Maßnahmen der Qualitätssicherung zu initiieren, zu koordinieren und zu unterstützen;
- b) die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und
- c) die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung die für die einzelnen Bereiche verantwortlichen Personen bei der Durchführung der Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beraten.

(4) Die Maßnahmen der Qualitätssicherung bei einem Fachschwerpunkt bzw. Department sind mit den Maßnahmen der Qualitätssicherung jener Abteilung, an die der jeweilige Fachschwerpunkt bzw. das jeweilige Department angebunden ist, abzustimmen.

(5) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Sie müssen zu diesem Zweck die nach dem Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem zuständigen

Bundesministerium zur Verfügung stellen. Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, an regelmäßigen sektorenübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen.

§ 32

Ärztlicher Dienst

(1) Der ärztliche Dienst darf in Krankenanstalten nur von Personen versehen werden, die nach den bundesrechtlichen Vorschriften über den ärztlichen Beruf zur Ausübung der in Betracht kommenden Tätigkeit berechtigt sind.

(2) Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt oder eine fachlich geeignete Ärztin zur verantwortlichen Leitung des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung zusammenhängenden Aufgaben zu bestellen. Bei Sonderkrankenanstalten für bestimmte Krankheiten muss die Leitung des ärztlichen Dienstes durch eine fachärztlich qualifizierte Person des betreffenden Sonderfaches, wenn aber ein solches nicht besteht, durch einen sonst fachlich geeigneten Arzt oder eine entsprechende Ärztin gewährleistet sein. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben. Der Leitung des ärztlichen Dienstes obliegt die Erteilung allgemeiner Weisungen über die Durchführung des ärztlichen Dienstes und ihre Überwachung, die Koordinierung der Tätigkeit des fachärztlichen Personals, die Sorge für die Einhaltung der Anstaltsordnung in ärztlichen Belangen und die Beratung des Rechtsträgers der Krankenanstalt in medizinischen Fragen der Krankenanstalt. Wenn es zur Einhaltung der Bestimmungen des Abs. 5 erforderlich ist, hat die Leitung des ärztlichen Dienstes das Recht, auch im Einzelfall Weisungen über die Durchführung des ärztlichen Dienstes zu erteilen. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Krankenanstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt.

(3) Mit der Leitung von Abteilungen müssen einschlägig fachlich qualifizierte Ärzte und Ärztinnen betraut werden. Neben den mit der Abteilungsleitung betrauten Personen können vom Rechtsträger der Krankenanstalt andere in der Krankenanstalt beschäftigte einschlägig fachlich qualifizierte Ärzte und Ärztinnen sowie Konsiliarärzte oder Konsiliarärztinnen zur Untersuchung und Behandlung der Kranken in den Abteilungen tätig sein. Bei Bedarf können auch Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin eingesetzt werden. Den mit der Abteilungsleitung betrauten Personen obliegt die Erteilung von Weisungen über die Durchführung des ärztlichen Dienstes in Einzelfällen, der Einsatz und die Ausbildung der zugeteilten Ärzte und Ärztinnen sowie des Pflegepersonals – hinsichtlich des Pflegepersonals allerdings nur im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung im Einzelfall – sowie die Unterstützung der Leitung des ärztlichen Dienstes bei Erfüllung ihrer Obliegenheiten. Sofern Abteilungen nicht bestehen, sind diese Aufgaben – soweit die Voraussetzungen des Abs. 1 gegeben sind – von der Leitung des ärztlichen Dienstes wahrzunehmen.

(3a) Bestehende Abteilungen der medizinischen Sonderfächer Orthopädie und Unfallchirurgie können von einem Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie oder Unfallchirurgie geleitet werden, sofern in der Abteilung mindestens zwei Fachärzte des jeweils anderen medizinischen Sonderfaches tätig sind. Dasselbe gilt, wenn solche Abteilungen zu einer Abteilung des medizinischen Sonderfaches Orthopädie und Traumatologie zusammengeführt werden.

(4) Bei reduzierten Organisationseinheiten, Laboratorien, Ambulatorien, Instituten und Prosekturen von Krankenanstalten kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben der mit der Leitung der jeweiligen Organisationseinheit betrauten Person zu. Der Abs. 3 gilt sinngemäß.

(5) Wenn für ein nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommendes medizinisches Sonderfach keine eigene fachrichtungsbezogene oder sonstige Organisationseinheit besteht, dann muss für dieses Sonderfach eine fachärztliche Betreuung durch Konsiliarärzte oder Konsiliarärztinnen sichergestellt sein. In dislozierten Tageskliniken ist auch die Heranziehung von Belegärzten oder Belegärztinnen zulässig.

(6) Bei Behandlung von Krankheiten, die nicht nur in ein einziges medizinisches Fachgebiet fallen, hat der zunächst behandelnde Arzt oder die Ärztin den Facharzt oder die Fachärztin des betreffenden medizinischen Sonderfaches beizuziehen bzw. die Behandlung allenfalls an diese abzutreten.

(7) Die mit der Leitung des ärztlichen Dienstes betraute Person muss bei Verhinderung durch einen geeigneten Arzt oder eine geeignete Ärztin, in Sonderkrankenanstalten für bestimmte Krankheiten durch eine in gleicher Weise fachärztlich qualifizierte Person vertreten werden. Die Personen, die mit der Leitung einer Abteilung oder einer sonst im Abs. 3 erwähnten Einrichtung betraut sind, müssen im Falle der Verhinderung durch in gleicher Weise qualifizierte Ärzte oder Ärztinnen vertreten werden.

(8) Die Bestellung der Leitung des ärztlichen Dienstes oder der Leitung von Einrichtungen nach Abs. 3 bedarf zu ihrer Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung muss erteilt werden, wenn die zu bestellende Person die in Betracht kommenden Erfordernisse der Abs. 1

bis 3 und 7 erfüllt und die Bestellung einen ordnungsgemäßen Anstaltsbetrieb gewährleistet. Die Genehmigung ist bei Errichtung einer Krankenanstalt gleichzeitig mit der Bewilligung zum Betrieb und sonst vor Dienstantritt zu erteilen. Bei Pflegeanstalten für chronisch Kranke kann die Landesregierung vom Erfordernis der Bestellung der Leitung des ärztlichen Dienstes Nachsicht erteilen, wenn die Aufsicht durch einen Arzt oder eine Ärztin mit entsprechender Eignung gesichert ist. Stellen, die aufgrund der einschlägigen universitätsrechtlichen Vorschriften besetzt werden, sind von den Bestimmungen dieses Absatzes ausgenommen.

(9) Eine gemäß Abs. 8 erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen hierfür weggefallen sind, deren Nichtvorhandensein nachträglich hervorkommt oder der Arzt oder die Ärztin schwerwiegend oder wiederholt gegen seine Pflichten verstoßen hat.

(10) Die von den Ärzten oder Ärztinnen an Krankenanstalten zu führenden Berufsbezeichnungen sind durch Verordnung der Landesregierung festzusetzen. Die unbefugte Führung dieser Berufsbezeichnungen sowie die Führung einer anderen Berufsbezeichnung, die geeignet ist, eine diesen Berufsbezeichnungen entsprechende Dienstobliegenheit vorzutäuschen, sind verboten.

§ 32a

Zahnärztlicher Dienst in Zahnambulatorien

(1) Der zahnärztliche Dienst in Zahnambulatorien darf nur von Personen versehen werden, die nach den Vorschriften des Zahnärztegesetzes (ZÄG) zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes berechtigt sind, sowie entsprechend dem vorgesehenen Leistungsspektrum auch von Fachärzten oder Fachärztinnen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, die nach den Vorschriften des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998) zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind.

(2) Mit der verantwortlichen Leitung von Zahnambulatorien dürfen entsprechend dem vorgesehenen Leistungsspektrum nur Zahnärzte oder Zahnärztinnen oder Fachärzte oder Fachärztinnen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie betraut werden. Umfasst das Leistungsspektrum Tätigkeiten, die sowohl der Zahnmedizin als auch dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zuzuordnen sind, so ist mit der verantwortlichen Leitung entweder ein geeigneter Zahnarzt bzw. eine geeignete Zahnärztin oder ein geeigneter Facharzt bzw. eine geeignete Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu betrauen. Dabei ist sicherzustellen, dass dem Dienst ausreichend Zahnärzte oder Zahnärztinnen und Fachärzte oder Fachärztinnen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie angehören. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung der verantwortlichen Leitung durch eine in gleicher Weise qualifizierte Person sicherzustellen.

(3) Die Bestellung der verantwortlichen Leitung eines Zahnambulatoriums bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu bestellende Person die Erfordernisse nach Abs. 2 erfüllt. Eine solche Genehmigung ist bei der Errichtung eines Zahnambulatoriums gleichzeitig mit der Bewilligung zum Betrieb und sonst vor Dienstantritt der verantwortlichen Leitung zu erteilen. Stellen, die aufgrund der einschlägigen universitätsrechtlichen Vorschriften besetzt werden, sind von den Bestimmungen dieses Absatzes ausgenommen.

(4) Für den Widerruf einer Genehmigung nach Abs. 3 gilt § 32 Abs. 8 sinngemäß.

§ 33

Privatpraxis in der Krankenanstalt

(1) Die Ausübung einer über die Obliegenheiten der Anstaltsordnung hinausgehenden ärztlichen Tätigkeit (Privatpraxis) ist in der Krankenanstalt untersagt.

(2) Die Landesregierung kann auf Antrag des Rechtsträgers der Krankenanstalt Ausnahmen vom Verbot gemäß Abs. 1 bewilligen, wenn sichergestellt ist, dass die ärztliche Betreuung der Anstaltspatienten und -patientinnen nicht beeinträchtigt wird, keine Störung des Betriebes der Krankenanstalt eintritt und dem Rechtsträger wirtschaftliche Vorteile erwachsen.

(3) Die Bewilligung kann unter Vorschreibung von Auflagen erteilt werden, wenn dadurch die Voraussetzungen des Abs. 2 erfüllt werden. Auflagen können sich auch an den Arzt oder die Ärztin richten. Die Ausnahmebewilligung wird jeweils für längstens fünf Jahre erteilt.

§ 34

Hygienesdienst

(1) Zur Wahrung der Belange der Hygiene ist für jede Krankenanstalt ein Facharzt oder eine Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaustygieniker oder Krankenhaushygienikerin) zu bestellen; stattdessen kann auch eine sonst fachlich geeignete Person bestellt werden, die zur selbständigen Berufsausübung als Arzt oder Ärztin – in Zahnambulatorien als Zahnarzt (Zahnärztin) oder

als Facharzt (Fachärztin) für Mund-, Kiefer- oder Gesichtschirurgie – berechtigt ist (Hygienebeauftragter oder Hygienebeauftragte). Das Beschäftigungsausmaß hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Eine gemeinsame Bestellung für mehrere Krankenanstalten ist möglich. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Die fachliche Eignung nach Abs. 1 ist durch eine mehrjährige Tätigkeit in einem Hygieneinstitut oder durch eine einschlägige postpromotionelle Fort- und Weiterbildung nachzuweisen.

(3) In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Arztes oder der Ärztin nach Abs. 1 mindestens ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der gemäß dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz zur Ausübung der Krankenhaushygiene berechtigt ist, als Hygienefachkraft zu bestellen. Es kann auch für mehrere Krankenanstalten gemeinsam eine Hygienefachkraft bestellt werden. Die Hygienefachkraft hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe und Leistungsangebot dies erfordert, hauptberuflich auszuüben. In Schwerpunktkrankenanstalten ist diese Tätigkeit jedenfalls hauptberuflich auszuüben. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(4) In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam einzurichten, dem der Arzt oder die Ärztin nach Abs. 1, die Hygienefachkraft bzw. die Hygienefachkräfte und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

(5) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören insbesondere:

- a) die Erstellung eines Hygieneplanes, der alle Maßnahmen enthält, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in der Krankenanstalt und der Gesunderhaltung der Patienten und Patientinnen, der in der Krankenanstalt Beschäftigten und der Besucher und Besucherinnen dienen, sowie die Überwachung der Durchführung dieser Maßnahmen;
- b) die Mitwirkung bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, und bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten;
- c) die Beratung aller anderen für die Belange der Hygiene wichtigen Angelegenheiten der Krankenanstalt und die Erstattung entsprechender Vorschläge;
- d) die fachliche und inhaltliche Begleitung der Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen; die Überwachung muss nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Überwachungssystem erfolgen.

Die in den Angelegenheiten der lit. c gefassten Beschlüsse sind den für die Durchführung Verantwortlichen und erforderlichenfalls dem Rechtsträger der Krankenanstalt schriftlich mitzuteilen.

(6) In selbständigen Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder der Krankenhaushygienikerin oder des Hygienebeauftragten oder der Hygienebeauftragten nach Abs. 1 bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch die ärztliche Leitung ausüben. Die Aufgaben des Hygieneteams nach Abs. 5 obliegen diesfalls ebenfalls diesem Arzt oder dieser Ärztin, andernfalls dem Arzt oder der Ärztin nach Abs. 1.

(7) In jeder Krankenanstalt sind in elektronischer Form laufend Aufzeichnungen über nosokomiale Infektionen zu führen. Die Leitung jeder Krankenanstalt hat die in ihrem Wirkungsbereich erfassten nosokomialen Infektionen zu bewerten und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Maßnahmen zur Abhilfe und Prävention zu ziehen und dafür zu sorgen, dass die erforderlichen Maßnahmen umgehend umgesetzt werden. Die Träger der Krankenanstalten haben an der österreichweiten, regelmäßigen und systematischen Erfassung von nosokomialen Infektionen teilzunehmen und die dafür erforderlichen anonymisierten Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium jährlich in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.

§ 35

Turnusärzte, Turnusärztinnen

(1) Die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, entsprechend dem ausgewiesenen Leistungsspektrum und Leistungsangebot sicherzustellen, dass dem künftigen Bedarf an Ärzten und Ärztinnen für Allgemeinmedizin eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Arzt oder zur Ärztin für Allgemeinmedizin zur Verfügung steht. Dabei ist auf die Beratungsergebnisse der beim Bund eingerichteten Kommission für die ärztliche Ausbildung Bedacht zu nehmen.

(2) Die Rechtsträger der im Abs. 1 genannten Krankenanstalten haben die Ausbildungsstellen, die Zahl der auf diesen Ausbildungsstellen beschäftigten Personen und die Zahl der in Ausbildung zur Allgemeinmedizin stehenden Personen alljährlich bis Ende Jänner für das vorangegangene Kalenderjahr der Landesregierung zu melden.

(3) Den Turnusärzten und -ärztinnen gebührt, wenn das Entgelt nicht durch andere landesgesetzliche Regelungen bestimmt ist, ein angemessenes Entgelt nach freier Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, so

- a) gebührt im ersten Dienstjahr ein Monatsentgelt in der Höhe von 90 v.H., im zweiten und dritten Dienstjahr ein Monatsentgelt in der Höhe von 100 v.H. des Anfangsgehaltes eines kündbaren Gemeindeangestellten des höheren Dienstes samt Teuerungszuschlägen und Familienzulagen;
- b) sind für die Vorrückung in höhere Entgeltstufen die Zeiten, während denen sie als Turnusärzte oder -ärztinnen in einer anderen als Ausbildungsstätte zugelassenen Krankenanstalt oder in einem Lehrambulatorium oder einer Lehrpraxis mit Erfolg praktisch tätig waren, anzurechnen;
- c) kann neben dem Monatsentgelt ein Sonderentgelt für vermehrte Dienstleistung sowie für Nacht- oder Bereitschaftsdienst gewährt werden.

(4) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben den Mitgliedern der Ausbildungskommission der ärztlichen Berufsvertretung der Ärzte und Ärztinnen Vorarlbergs zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben

- a) den Zutritt zu den Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten;
- b) Einsicht in alle Unterlagen zu gewähren, die zur Überprüfung der Ausbildung der Turnusärzte und -ärztinnen erforderlich sind (etwa Personalaufzeichnungen, Rasterzeugnisse, Dienstpläne); und
- c) alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 36

Ärztliche Behandlung

(1) Die unbedingt notwendige ärztliche (zahnärztliche) erste Hilfe darf in einer Krankenanstalt niemandem verweigert werden.

(2) Der ärztliche (zahnärztliche) Dienst muss so eingerichtet sein, dass folgende Anforderungen erfüllt werden:

- a) In der Krankenanstalt muss ärztliche Hilfe jederzeit sofort erreichbar sein.
- b) In Standardkrankenanstalten muss im Nachtdienst (außerhalb des Tagdienstes) sowie im Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Anstalt anwesenden Facharzt oder eine Fachärztin aus einem der Sonderfächer Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin oder Unfallchirurgie gewährleistet und eine Rufbereitschaft von Fachärzten oder Fachärztinnen der jeweils sonst in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein; in Anstalten mit mehr als 250 Betten muss jedoch zusätzlich ein Facharzt oder eine Fachärztin aus einem weiteren der in Betracht kommenden Sonderfächer ständig anwesend sein. Während des sonstigen Dienstbetriebes müssen Fachärzte oder Fachärztinnen aller in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt ständig anwesend sein.
- c) In Schwerpunktkrankenanstalten muss jedenfalls in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie, Neurologie sowie Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie ein Facharzt oder eine Fachärztin des betreffenden Sonderfaches ständig anwesend sein. In den sonstigen fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten kann im Nachtdienst (außerhalb des Tagdienstes) sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten oder Fachärztinnen der betreffenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn während der Zeit ihrer Abwesenheit eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.
- d) In Zentralkrankenanstalten müssen Fachärzte oder Fachärztinnen aller in Betracht kommenden Sonderfächer ständig anwesend sein. In Betracht kommende Sonderfächer sind über die in lit. c genannten hinaus jene, in denen im Hinblick auf ein akutes Komplikationsmanagement eine fachärztliche Anwesenheit erforderlich ist. Dabei ist die gebotene Anzahl anwesender Fachärzte sicherzustellen. Im Übrigen kann auch in Zentralkrankenanstalten im Nachtdienst (außerhalb des Tagdienstes) sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten oder Fachärztinnen der betreffenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn während der Zeit ihrer Abwesenheit eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.
- e) In Fachschwerpunkten kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten oder Fachärztinnen der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet

ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten und Patientinnen außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

- f) In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß lit. b und c sinngemäß; außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten kann von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten und Fachärztinnen der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patienten und Patientinnen durch die Partner- oder Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist.
- g) In dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten oder Fachärztinnen der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten und Patientinnen außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
- h) In selbständigen Ambulatorien für Physiotherapie, in denen keine Turnusarztausbildung erfolgt, kann von einer ständigen ärztlichen Anwesenheit abgesehen werden, wenn ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes und für Heilmasseur und Heilmasseurinnen sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über das Personal der medizinischen Assistenzberufe, der Trainingstherapie durch Sportwissenschaftler und Sportwissenschaftlerinnen, des medizinisch-technischen Fachdienstes, der Sanitätshilfsdienste und der medizinischen Masseur und Masseurinnen gewährleistet ist.
- i) Die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Ärztinnen (Zahnärzte und Zahnärztinnen) müssen sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können.
- j) In Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, muss die Ausbildung der Turnusärzte und -ärztinnen gewährleistet sein.

(3) Patienten und Patientinnen der Krankenanstalten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich (zahnärztlich) untersucht und behandelt werden.

(4) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben sicherzustellen, dass die rechtlich notwendige Einwilligung des Patienten oder der Patientin in die medizinische Behandlung eingeholt wird und dafür zu sorgen, dass die Aufklärung im gebotenen Maß erfolgen kann.

§ 37

Krankenpflegedienst

(1) In Krankenanstalten dürfen Patienten und Patientinnen nur von Personen gepflegt werden, die nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften hierzu berechtigt sind. In einer fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit dürfen höchstens 15 % der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach dem Arbeitskräfteüberlassungsgesetz beschäftigt werden.

(2) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine geeignete Person aus dem Bereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit der verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes zu betrauen; bei deren Verhinderung muss die Vertretung durch eine qualifizierte Person aus diesem Bereich gewährleistet sein.

(3) In einer Schwerpunktkrankenanstalt und in allen sonstigen bettenführenden Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben.

§ 38

Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung

(1) In bettenführenden Krankenanstalten, in denen dies nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot erforderlich ist, ist eine ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung sowie eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung der Patienten und Patientinnen durch fachlich qualifizierte Personen zu gewährleisten.

- (2) Die Hilfe nach Abs. 1 ist insbesondere zu gewährleisten für Patienten und Patientinnen
 - a) im Bereich der Onkologie und Psychiatrie;
 - b) mit psychosomatischen Erkrankungen oder anderen besonders belastenden Erkrankungen;
 - c) die sich in einer akuten persönlichen, sozialen oder familiären Krise befinden.

§ 39

Kinderschutzgruppen

(1) In Allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten für Kinder- und Jugendheilkunde sind Kinderschutzgruppen einzurichten. Für Standardkrankenanstalten können Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

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

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

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

(3) Der Kinderschutzgruppe gehören jedenfalls an:

- a) ein Facharzt oder eine Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinderchirurgie;
- b) eine Vertretung des Krankenpflegedienstes;
- c) eine Person, die zur psychologischen oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(4) Wird ein Vorwurf erhoben oder besteht ein Verdacht, dass es zu sexuellen Übergriffen oder körperlichen Misshandlungen oder zur Zufügung seelischer Qualen eines Patienten oder einer Patientin durch Anstaltspersonal gekommen ist, so hat die Kinderschutzgruppe den Patientenanwalt oder die Patientenanwältin als weiteres Mitglied beizuziehen.

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

§ 39a

Opferschutzgruppen

(1) In Allgemeinen Krankenanstalten sind Opferschutzgruppen einzurichten. Für Standardkrankenanstalten können Opferschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Opferschutzgruppe obliegt die Früherkennung von häuslicher Gewalt an volljährigen Personen. Im Hinblick darauf hat sie auch das in Betracht kommende Personal entsprechend zu sensibilisieren.

(3) Der Opferschutzgruppe gehören jedenfalls an:

- a) je ein Facharzt oder eine Fachärztin für Unfallchirurgie und für Frauenheilkunde und Geburtshilfe;
- b) eine Vertretung des Krankenpflegedienstes;
- c) eine Person, die zur psychologischen oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(4) § 39 Abs. 4 über die Beiziehung des Patientenanwaltes oder der Patientenanwältin gilt sinngemäß.

§ 40

Wirtschaftsführung, Verwaltungsdirektion

(1) Für jede Krankenanstalt ist eine geeignete Person zur verantwortlichen Leitung der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen (Verwaltungsdirektor oder Verwaltungsdirektorin); sie darf nicht zugleich mit der Leitung des ärztlichen Dienstes betraut sein. Für den Fall der Verhinderung muss gewährleistet sein, dass sie durch eine geeignete Person vertreten wird. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen. Bei privaten Krankenanstalten kann von der Bestellung abgesehen werden, wenn eine physische Person als Inhaber der Betriebsbewilligung die Leitungsaufgaben selbst wahrnimmt.

(2) Für die Ausbildung und Weiterbildung der in der Krankenanstaltenverwaltung und -leitung tätigen Personen ist Vorsorge zu treffen.

(3) Die Verwaltungsdirektion (Inhaber der Betriebsbewilligung) hat vor Entscheidungen, die den ärztlichen Dienst berühren, das Einvernehmen mit der Leitung des ärztlichen Dienstes der Krankenanstalt herzustellen.

(4) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind zu einer ordnungsgemäßen Buchführung verpflichtet. Aus den Aufzeichnungen müssen die für den Betrieb der Krankenanstalt auflaufenden Kosten sowie deren Zuordnung zu den einzelnen Kostenstellen ersichtlich sein.

§ 41

Technischer Sicherheitsdienst

(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat eine fachlich geeignete Person zur Wahrnehmung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der in der Krankenanstalt verwendeten medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen zu bestellen (Technischer Sicherheitsbeauftragter oder Technische Sicherheitsbeauftragte). Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Die Aufgaben des technischen Sicherheitsdienstes (Abs. 1) sind:

- a) die regelmäßige Überprüfung der medizinisch-technischen Geräte und der technischen Einrichtungen der Krankenanstalt zum Schutz der in Behandlung stehenden Personen oder die Veranlassung solcher Überprüfungen;
- b) die Beseitigung von Gefahren, die sich aus festgestellten Mängeln ergeben, sowie die Veranlassung der Mängelbehebung;
- c) die unverzügliche Meldung des Prüfungsergebnisses und der festgestellten Mängel und deren Behebung an die Leitung des ärztlichen Dienstes, die Verwaltungsdirektion und den Betriebsrat;
- d) die Zusammenarbeit mit den zur Wahrnehmung des Schutzes des Lebens oder der Gesundheit von Menschen nach den Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes und des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes bestellten Personen;
- e) die Beratung der Leitung des ärztlichen Dienstes, der Verwaltungsdirektion und des Betriebsrates in allen Fragen der Betriebssicherheit und des einwandfreien Funktionierens der medizinisch-technischen Geräte und der technischen Einrichtungen.

(3) Der Technische Sicherheitsdienst (Abs. 1) ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten der Krankenanstalt sowie bei der Anschaffung von medizinisch-technischen Geräten und technischen Einrichtungen beizuziehen.

§ 42

Personalplanung

Die Rechtsträger der bettenführenden Krankenanstalten haben jährlich den Personalbedarf, bezogen auf die in der Krankenanstalt tätigen Berufsgruppen und die einzelnen Organisationseinheiten der Krankenanstalt, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Ermittlung des Personalbedarfs, die Planung des Personaleinsatzes und die Erstellung des Beschäftigungsrahmenplanes, ist von hiefür fachlich geeigneten Personen wahrzunehmen. Über die Ergebnisse der Personalplanung hat der Rechtsträger jährlich der Landesregierung zu berichten.

§ 43

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben im erforderlichen Ausmaß die regelmäßige Fortbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste und des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals sicherzustellen.

§ 44

Supervision

Die Rechtsträger der Krankenanstalten, in denen die im ärztlichen Dienst, im Pflegedienst oder in anderen therapeutischen Diensten tätigen Personen besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, haben Vorsorge zu treffen, dass diesen Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird. Zur Durchführung der Supervision sind fachlich qualifizierte Personen heranzuziehen.

§ 45

Verschwiegenheitspflicht

(1) Folgende Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet, sofern für sie nicht schon aufgrund anderer Vorschriften eine Verschwiegenheitspflicht im Sinne des Abs. 2 besteht:

- a) alle Personen, die in einer Krankenanstalt oder sonst beim Rechtsträger einer Krankenanstalt beschäftigt sind oder in Ausbildung stehen;
- b) die Mitglieder der Ausbildungskommission;
- c) die Mitglieder der Ethikkommission und der Arzneimittelkommissionen;
- d) die Mitglieder der Kinderschutzgruppen und der Opferschutzgruppen.

(2) Die Verschwiegenheitspflicht erstreckt sich auf alle den Gesundheitszustand von Patienten und Patientinnen betreffenden Umstände sowie auf deren sonstige Verhältnisse, die ihnen in Ausübung ihres Berufes oder im Zusammenhang mit der Ausbildung bekannt geworden sind. Bei einer Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Übertragung auf Menschen gilt die Verschwiegenheitspflicht auch hinsichtlich der Person des Spenders und des Empfängers.

(3) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt durch ein öffentliches Interesse, insbesondere durch Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege, gerechtfertigt ist. Die Entscheidung trifft im Zweifelsfall die Landesregierung.

(4) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat jede in der Krankenanstalt beschäftigte oder in Ausbildung stehende Person auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht aufmerksam zu machen.

§ 46

Werbebeschränkung

Den Rechtsträgern von Krankenanstalten ist es verboten, selbst oder durch andere physische oder juristische Personen unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb der Krankenanstalt zu geben.

§ 47

Aufnahmevermerke

(1) In jeder Krankenanstalt sind geeignete Aufzeichnungen zu führen, aus denen die aufgenommenen Patienten und Patientinnen unter Angabe des Vor- und Familiennamens, der Geburtsdaten, der Wohnungsanschrift, des Aufnahme- und Entlassungstages bzw. des Todestages und der Todesursache ersichtlich sind. Bei minderjährigen oder nicht entscheidungsfähigen Personen ist überdies der Vor- und Familienname und die Wohnungsanschrift der gesetzlichen Vertretung zu vermerken. Bei einer tagesklinischen Aufnahme nach § 71 Abs. 4 zweiter Satz sind zusätzlich die maßgebenden Gründe zu vermerken.

(2) Wird die Aufnahme eines Patienten oder einer Patientin abgelehnt, so sind die dafür maßgebenden Gründe zu vermerken.

§ 48

Krankengeschichten, Operationsprotokolle und sonstige Aufzeichnungen

(1) Für jeden Patienten und jede Patientin ist eine Krankengeschichte anzulegen, in der neben den Personaldaten darzustellen sind:

- a) die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese);
- b) der Zustand zur Zeit der Aufnahme (status praesens);
- c) der Krankheitsverlauf (decursus morbi);
- d) die angeordneten und die erbrachten ärztlichen (zahnärztlichen) Leistungen einschließlich der Medikation (insbesondere Bezeichnung, Dosis und Darreichungsform) und der ärztlichen (zahnärztlichen) Aufklärung;
- e) sonstige angeordnete und erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen und einer allfälligen psychologischen oder psycho-therapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, und
- f) der Zustand zum Zeitpunkt der Entlassung.

(2) Über Operationen sind eigene Operationsprotokolle zu führen und der Krankengeschichte beizufügen.

(2a) Wenn nachgereichte Befunde auf bösartige oder sonstige schwere Erkrankungen hinweisen, dann muss der Patient oder die Patientin nachweislich davon in Kenntnis gesetzt und zu einer Befundbesprechung eingeladen werden. Der Nachweis der Verständigung sowie das Ergebnis einer allfälligen Befundbesprechung müssen in der Krankengeschichte dokumentiert werden.

(3) Über Entnahmen von Organen, Organteilen, Zellen oder Gewebe Verstorbener zum Zwecke der Übertragung auf Menschen sind eigene Niederschriften zu führen und der Krankengeschichte beizufügen. Die Niederschriften haben insbesondere nähere Angaben über den Todeszeitpunkt und die Art der Feststellung des Todes der Spenderperson sowie über den Zeitpunkt der Entnahme und die entnommenen Organe oder Organteile, die entnommenen Zellen oder das entnommene Gewebe zu enthalten.

(4) Patientenverfügungen, in denen für den Fall des Verlustes der Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden gewünscht wird, sind zu dokumentieren und der Krankengeschichte beizufügen, damit bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen darauf Bedacht genommen werden kann. Ebenso sind Erklärungen, dass die Heranziehung zu Unterrichtszwecken oder eine Organspende nach dem Tod ausdrücklich abgelehnt wird, zu dokumentieren und der Krankengeschichte beizufügen.

(5) Der für die Behandlung verantwortliche Arzt (Zahnarzt) oder die jeweilige Ärztin (Zahnärztin) hat für die Führung der Krankengeschichte zu sorgen. Ausgenommen hiervon sind die Aufzeichnungen nach Abs. 1 lit. e, die von der für die jeweilige Leistung verantwortlichen Person zu führen sind. Die Aufzeichnungen gemäß Abs. 3 sind von dem das Organ entnehmenden Arzt oder der jeweiligen Ärztin zu unterfertigen. Der Teil der Niederschrift nach Abs. 3, der die Angaben über die Feststellung des Todes des Organspenders enthält, ist von dem Arzt, der den Tod des Organspenders festgestellt hat, oder der jeweiligen Ärztin zu unterfertigen.

(6) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch-psychologischen, gesundheits-psychologischen und psychotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte und der Aufnahmevermerke nicht geführt werden. Ausgenommen davon sind jene Geheimnisse, für die eine Verschwiegenheitspflicht nach § 45 Abs. 3 nicht besteht.

(7) Die Krankengeschichten und die Aufzeichnungen nach den Abs. 2 bis 4 sind, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder auf gleichwertigen Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss, mindestens 30 Jahre aufzubewahren. Röntgenbilder, Videoaufnahmen und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch anhält, sowie Krankengeschichten über ambulante Behandlungen sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Die Aufbewahrung hat derart zu erfolgen, dass eine missbräuchliche Kenntnisnahme des Inhaltes ausgeschlossen ist. Krankengeschichten sowie Aufzeichnungen nach den Abs. 2 bis 4, die nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist ausgeschieden werden sollen, sind unter Aufsicht sorgfältig zu vernichten. Im Falle der Auflösung einer Krankenanstalt sind die Krankengeschichten, die Aufzeichnungen nach den Abs. 2 bis 4 sowie die Röntgenbilder und Videoaufnahmen der Bezirkshauptmannschaft zur Aufbewahrung bis zum Ablauf obiger Frist zu übergeben.

(8) Die Krankenanstalten haben den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern, den Organen des Landesgesundheitsfonds bzw. den von diesen beauftragten Sachverständigen, der Patientenanwaltschaft und der Schiedskommission nach dem Patienten- und Klientenschutzgesetz sowie dem Landesvolksanwalt oder der Landesvolksanwältin, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist, weiters den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten, Ärztinnen (Zahnärzten, Zahnärztinnen) oder Krankenanstalten auf Verlangen kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten und Patientinnen zu übermitteln. Den mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst betrauten Behörden sind alle Auskünfte zu erteilen, die zur Überwachung und Einhaltung bestehender Vorschriften (zwischenstaatlicher Verpflichtungen) erforderlich sind.

(9) Wenn es zur Überwachung nosokomialer Infektionen erforderlich ist, dann dürfen Krankenanstalten personenbezogene Daten der Patienten und Patientinnen pseudonymisiert verarbeiten und anonymisiert an Einrichtungen übermitteln, die mit der Überwachung nosokomialer Infektionen in der Krankenanstalt befasst sind.

(10) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Bestimmungen der Abs. 1 bis 9 nicht berührt.

(11) Die Rechtsträger von Krankenanstalten werden ermächtigt, die Verarbeitung von Krankengeschichten anderen Rechtsträgern zu übertragen. Die Verarbeitung der Krankengeschichten kann auch mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung erfolgen. Die Übermittlung von personenbezogenen Daten im Wege eines Auftragsverarbeiters, dem die Verarbeitung übertragen wurde, ist nur an Ärzte, Ärztinnen (Zahnärzten, Zahnärztinnen) oder Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung die betroffene Person steht. Für die Auftragsverarbeiter, denen die Verarbeitung übertragen wurde, und die bei ihnen beschäftigten oder in Ausbildung stehenden Personen gilt der § 45 dieses Gesetzes sinngemäß.

§ 49

Anonyme Geburt

(1) Befindet sich eine Schwangere in einer Notlage und möchte sie deshalb anonym gebären, so dürfen von ihr bei der Aufnahme in die Anstaltsbehandlung keine personenbezogenen Daten erhoben und geführt werden. In den Aufnahmevermerken ist ein allenfalls von der Schwangeren angegebener Deckname einzutragen, sofern er nicht offenkundig zur Verwechslung mit einer dritten Person geeignet ist.

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

(3) Die Mutter ist über die Folgen der anonymen Geburt für das Kind sowie die Bedeutung der Kenntnis des Kindes von seiner Abstammung zu informieren und über die Alternativen zur anonymen Geburt aufzuklären. Entscheidet sie sich dennoch für die anonyme Geburt, so ist darauf hinzuweisen, dass sie für ihr Kind ihre Identität, eine sonstige Nachricht oder etwas Persönliches in einem verschlossenen Umschlag hinterlassen kann. Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat den Umschlag der zuständigen Stelle der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe zu überlassen. Diese hat ihn ungeöffnet aufzubewahren. Dem Kind ist auf seinen Wunsch der Umschlag zu überlassen:

- a) ab dem 6. Lebensjahr, wenn die Ausfolgung mit dem Entwicklungsstand vereinbar ist und die Obsorgeberechtigten zustimmen;
- b) ab dem 14. Lebensjahr auf seinen alleinigen Wunsch.

(4) Bei einer anonymen Geburt hat der Rechtsträger der Krankenanstalt Anspruch auf die LKF-Gebühren. Diese Kosten sind aus Mitteln des Sozialfonds (5. Abschnitt 2. Unterabschnitt des Sozialleistungsgesetzes) zu ersetzen.

§ 50

Leichenöffnungen

Für Leichenöffnungen sind die Bestimmungen des Bestattungsgesetzes maßgebend.

§ 51

Ambulante Behandlung

(1) In Krankenanstalten der in § 3 lit. a und b angeführten Art sind Personen, die einer Aufnahme in stationäre Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn dies notwendig ist:

- a) zur Leistung ärztlicher erster Hilfe;
- b) zur Behandlung nach ärztlicher erster Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss;
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten oder der Patientin nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen;
- d) über ärztliche (zahnärztliche) Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege;
- e) im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- oder Blutspenden;
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
- g) zur Durchführung von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin.

(2) Ferner steht den im Abs. 1 genannten Krankenanstalten das Recht zu, Vorsorgeuntersuchungen ambulant durchzuführen. Die Aufnahme dieser Tätigkeit ist der Landesregierung anzuzeigen.

(3) In jedem Anstaltsambulatorium sind geeignete Aufzeichnungen zu führen, in denen die Benutzer des Ambulatoriums unter Angabe des Vor- und Familiennamens, der Geburtsdaten und der Wohnungsanschrift, ferner unter Anführung der Vorgeschichte der Erkrankung, des Zustandes bei Beginn der Behandlung, des Krankheitsverlaufes und der Art der Behandlung sowie allenfalls des Kostenträgers und des vorgeschriebenen Entgeltes einzutragen sind.

(4) Wird die Aufnahme der ambulanten Behandlung abgelehnt, sind die dafür maßgebenden Gründe zu vermerken.

(5) Der Verpflichtung zur Erbringung ambulanter Leistungen gemäß Abs. 1 kann auch durch Vereinbarungen mit anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten, mit Gruppenpraxen oder mit anderen ärztlichen Kooperationsformen entsprochen werden; bei Krankenanstalten desselben Rechtsträgers kann der Verpflichtung zur Erbringung ambulanter Leistungen gemäß Abs. 1 auch durch abgestimmte Anstaltsordnungen entsprochen werden. Solche Vereinbarungen bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn die Erfüllung der Aufgaben nach Abs. 1 und die Einhaltung der Strukturqualitätskriterien gewährleistet ist.

(6) Ambulante Behandlungen oder Untersuchungen dürfen außerhalb der Krankenanstalt durchgeführt werden, wenn sie im öffentlichen Interesse, insbesondere etwa zur Sicherstellung der Betreuungskontinuität, erforderlich sind. Die geplante Durchführung ambulanter Behandlungen oder Untersuchungen außerhalb der Krankenanstalt muss der Landesregierung schriftlich angezeigt werden. Die Landesregierung muss die Anzeige der Ärztekammer für Vorarlberg und der Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse zur Stellungnahme übermitteln. Die Landesregierung muss die geplante Durchführung ambulanter Behandlungen oder Untersuchungen außerhalb der Krankenanstalt längstens binnen sechs Wochen nach Vorliegen einer vollständigen Anzeige mit Bescheid untersagen, wenn die Voraussetzungen dafür nicht vorliegen. Später abgefertigte Bescheide sind nur unter Setzung einer Frist gemäß § 26 Abs. 5 zulässig, wobei die Frist zumindest sechs Monate betragen muss.

§ 52

Arzneimittel

(1) In Krankenanstalten, in denen Anstaltsapotheken nicht bestehen, muss ein hinlänglicher Vorrat an Arzneimitteln, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind, angelegt sein. Für die Anschaffung, Bezeichnung und Verwahrung sind die für ärztliche Hausapotheken geltenden Vorschriften anzuwenden. Eine Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist nicht zulässig, es sei denn, dass es sich um Zubereitungen handelt, die auch im privaten Haushalt üblich sind.

(2) Der in einer Krankenanstalt angelegte Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit von der Bezirkshauptmannschaft, allenfalls unter Beiziehung eines Sachverständigen einer Gebietskörperschaft, die eine Krankenanstalt betreibt, oder eines Sachverständigen des Bundesinstituts für Arzneimittel mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen. Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus einer inländischen Apotheke oder einer Apotheke zu beziehen, die aufgrund des Rechts der Europäischen Union oder eines Staatsvertrages hinsichtlich des Verkehrs mit Arzneimitteln gleich zu behandeln ist.

(3) Arzneien dürfen nur unter der Verantwortung eines Arztes oder einer Ärztin verabreicht werden.

§ 53

Konsiliarapotheker, Konsiliarapothekerin

(1) Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, haben Konsiliarapotheker oder Konsiliarapothekerinnen zu bestellen, wenn durch die beliefernde Apotheke die Erfüllung der im Abs. 2 genannten Aufgaben nicht gewährleistet ist. Es dürfen nur Personen mit einem Universitätsabschluss im Studienfach der Pharmazie bestellt werden, welche die Berechtigung zur Ausübung der fachlichen Tätigkeit im Apothekenbetrieb nach erfolgter praktischer Ausbildung erlangt haben und in der Lage sind, die im Abs. 2 genannten Aufgaben zu erfüllen; die Bestellung bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Hinsichtlich der Ausbildung sind Personen mit einem Diplom, das nach dem Recht der Europäischen Union oder staatsvertraglichen Verpflichtungen gleichwertig ist, gleichgestellt.

(2) Der Konsiliarapotheker oder die Konsiliarapothekerin hat den Arzneimittelvorrat der Krankenanstalt hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der Arzneimittel mindestens ein Mal vierteljährlich bzw. bei selbständigen Ambulatorien mindestens ein Mal jährlich zu

überprüfen und allfällige Mängel der Leitung des ärztlichen Dienstes zu melden; ferner diese in allen Arzneimittelangelegenheiten fachlich zu beraten und zu unterstützen.

§ 54

Blutdepots und sonstige Einrichtungen zur Lagerung

(1) In Allgemeinen Krankenanstalten und bettenführenden Sonderkrankenanstalten, mit Ausnahme von Krankenanstalten für Psychiatrie, sind Blutdepots einzurichten. Davon kann abgesehen werden, wenn durch ein außerhalb der jeweiligen Krankenanstalt eingerichtetes Blutdepot sichergestellt ist, dass eine ausreichende und ordnungsgemäße Versorgung dieser Krankenanstalt gewährleistet ist.

(2) Blutdepots dienen der Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen sowie der Durchführung der Kompatibilitätstests für krankenhausinterne Zwecke. Es ist von einem fachlich geeigneten Facharzt oder einer entsprechenden Fachärztin zu leiten und mit dem zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen und fachlich qualifizierten Personal auszustatten. Leitung und sonstiges Personal müssen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig und regelmäßig auf den neuesten Stand der Wissenschaften gebracht werden.

(3) Für die Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen ist ein auf den Grundsätzen der guten Herstellungspraxis basierendes Qualitätssicherungssystem einzuführen und zu betreiben. Die Bestandteile des Qualitätssicherungssystems, wie Qualitätssicherungshandbuch, Standardarbeitsanweisungen und Ausbildungshandbücher sind mindestens einmal jährlich oder bei Bedarf auf den neuesten Stand der Wissenschaften zu bringen.

(4) Die Landesregierung hat zur Gewährleistung einheitlicher Qualitäts- und Sicherheitsstandards in Blutdepots mit Verordnung nähere Bestimmungen zu erlassen über:

- a) die Anforderungen für die Lagerung, den Transport und die Verteilung von Blut und Blutbestandteilen;
- b) die Dokumentation des Eingangs, der Abgabe sowie der Anwendung von Blut und Blutbestandteilen.

Dabei ist auf die Beschlüsse des Landesgesundheitsfonds sowie das Recht der Europäischen Union Bedacht zu nehmen. Blutdepots sind hinsichtlich der Einhaltung der vorgeschriebenen Qualitäts- und Sicherheitsstandards von der Bezirkshauptmannschaft mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen.

(5) Über die Verpflichtungen nach Abs. 1 hinaus kann die Landesregierung eine oder mehrere Krankenanstalten verpflichten, einen für den Landesbedarf ausreichenden Vorrat an Organen und Organteilen anzulegen und ihn höchstens zu den Selbstkosten an andere Krankenanstalten im Land abzugeben.

(6) Die Errichtung und der Betrieb einer Einrichtung zur Lagerung von Organen und Organteilen, die zur Übertragung auf Menschen bestimmt sind, z.B. eines Blutdepots, einer Knochenbank, einer Augenbank u.dgl., bedürfen einer Bewilligung der Landesregierung. Auf das Bewilligungsverfahren finden die Bestimmungen des 1. Unterabschnittes des 2. Abschnittes sinngemäß Anwendung.

(7) Allgemeine Krankenanstalten, an denen Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe betrieben werden, sowie Sonderkrankenanstalten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sind berechtigt, Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch zu betreiben.

§ 55

Arzneimittelkommission

(1) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist eine Arzneimittelkommission einzurichten oder es ist vertraglich sicherzustellen, dass eine Arzneimittelkommission einer anderen Krankenanstalt ihre Aufgaben wahrnimmt.

(2) Der Arzneimittelkommission gehören als stimmberechtigte Mitglieder jedenfalls an:

- a) zwei Ärzte oder Ärztinnen;
- b) zwei Apotheker oder Apothekerinnen;
- c) eine Vertretung des Rechtsträgers der Krankenanstalt;
- d) eine Vertretung, die vom Dachverband der Sozialversicherungsträger namhaft gemacht wird.

(3) Die Mitglieder sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für jeweils vier Jahre zu bestellen. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen, welches das Mitglied im Falle der Verhinderung oder Befangenheit vertritt. In der Arzneimittelkommission müssen Frauen und Männer vertreten sein. Die Mitgliedschaft ist ehrenamtlich.

(4) Erforderlichenfalls können zu den Sitzungen der Arzneimittelkommission weitere Fachleute beigezogen werden. Es ist jedenfalls sicherzustellen, dass jene Personen, die mit der Leitung von Abteilungen betraut sind, in die Erarbeitung der Arzneimittelliste einbezogen werden.

(5) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission sind bei Besorgung ihrer Aufgaben an keine Weisungen gebunden.

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

§ 56

Aufgaben und Verfahren der Arzneimittelkommission

(1) Die Arzneimittelkommission hat

- a) eine Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arznejmittelliste), und
- b) Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln

zu erarbeiten und wenn erforderlich anzupassen.

(2) Die Arzneimittelkommission hat die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission in den Angelegenheiten der gemeinsamen Medikamentenkommission sowie folgende Grundsätze zu berücksichtigen:

- a) für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten und Patientinnen maßgeblich;
- b) die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen;
- c) die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patienten und Patientinnen mit Arzneimitteln sichergestellt ist;
- d) bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw. einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dienen, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.

(3) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln in öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 2 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere dass

- a) von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
- b) gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, etwa therapeutisch gleichwertige Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher wären, ergriffen werden;
- c) bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, der vom Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

(4) Die Arzneimittelkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. In der Geschäftsordnung muss vorgesehen werden, dass die Vorgangsweise gemäß Abs. 3 lit. c mit der vom Dachverband der Sozialversicherungsträger namhaft gemachten Vertretung abgestimmt werden muss und wie dabei vorzugehen ist. Die Arzneimittelkommission ist beschlussfähig, wenn mindestens drei Mitglieder nach § 55 Abs. 2 anwesend sind. Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der anwesenden Mitglieder gefasst. In der Geschäftsordnung kann unter Festlegung der näheren Vorgangsweise vorgesehen werden, dass Sitzungen der Arzneimittelkommission auch in Form einer Videokonferenz stattfinden und Beschlüsse auch im Umlaufweg gefasst werden können.

(5) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben dafür Sorge zu tragen, dass die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel in der Krankenanstalt Anwendung finden. Die Arzneimittelliste ist den Ärzten und Ärztinnen auf Verlangen in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen. Wird von der Arzneimittelliste im Einzelfall abgewichen, muss die medizinische Notwendigkeit dieser Abweichung der Arzneimittelkommission nachträglich zur Kenntnis gebracht und begründet werden.

§ 57

Entlassung

(1) Vor jeder Entlassung ist durch ärztliche Untersuchung festzustellen, ob der Patient oder die Patientin geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird.

(2) Anstaltsbedürftige Patienten oder Patientinnen sind zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig wird und sichergestellt ist.

(3) Bei der Entlassung ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen. Der Entlassungsbrief soll die Betreuungskontinuität sicher stellen und hat in übersichtlicher Form zu enthalten: Angaben und Empfehlungen, die für eine weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder eine Betreuung durch Hebammen notwendig sind, sowie notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, die Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder die Heilmasseure.

(4) Im Entlassungsbrief enthaltene Empfehlungen zur weiteren Medikation haben den vom Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des zuständigen Krankenversicherungsträgers einzuholen.

(5) Der Entlassungsbrief ist zu übermitteln

a) dem Patient oder der Patientin; oder

b) dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt (Zahnarzt) oder der entsprechenden Ärztin (Zahnärztin), weiters den für die weitere Betreuung in Aussicht genommenen Angehörigen eines Gesundheitsberufes sowie der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung.

Die Wahl hierüber obliegt dem Patienten oder der Patientin.

(6) Bei Patienten, die nach Hause entlassen werden sollen und weiterhin einer Betreuung bedürfen, muss der örtliche Krankenpflegeverein verständigt werden, wenn die Betreuung durch Angehörige oder sonst nahestehende Personen nicht sichergestellt ist und der Patient oder die Patientin der Verständigung zustimmt. Überdies ist der Träger der Sozialleistungen für hilfsbedürftige Personen vor der Entlassung zu verständigen, wenn ein Patient oder eine Patientin nicht sich selbst versorgen kann und auch keine andere Betreuung sichergestellt ist.

(7) Wird eine vorzeitige Entlassung gewünscht, hat der behandelnde Arzt (Zahnarzt) oder die behandelnde Ärztin (Zahnärztin) auf allfällige nachteilige gesundheitliche Folgen aufmerksam zu machen. Entscheidet sich der Patient oder die Patientin dennoch für die vorzeitige Entlassung, ist darüber eine Niederschrift aufzunehmen; die Niederschrift ist von beiden Teilen zu unterfertigen. Wird die Unterschrift vom Patienten oder der Patientin verweigert, ist dies in der Niederschrift zu vermerken.

(8) Eine vorzeitige Entlassung ist nicht zulässig, wenn die in Anstaltsbehandlung befindliche Person aufgrund besonderer Vorschriften von einer Behörde in die Krankenanstalt eingewiesen worden ist.

(9) Die Abschlussdokumentation einer Behandlung in einer Ambulanz gilt als Entlassungsbrief. Die Abs. 3 bis 5, 7 und 8 gelten sinngemäß.

§ 58

Einsichts- und Untersuchungsrecht der Sozialleistungen für hilfsbedürftige Personen

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

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

§ 58a

Verarbeitung personenbezogener Daten

(1) Rechtsträger von Krankenanstalten sind – unbeschadet anderer Ermächtigungen – ermächtigt, die im Rahmen des Betriebes einer Krankenanstalt nach den Bestimmungen dieses Gesetzes erforderlichen personenbezogenen Daten unter Einhaltung der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679 für die folgenden Zwecke zu verarbeiten:

- a) Dokumentation und Auskunftserteilung (§§ 47 und 48); sowie
- b) Abrechnung (3. Abschnitt, 2. Unterabschnitt und 5. Abschnitt).

(2) Hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Abs. 1 sind die Pflichten und Rechte betroffener Personen gemäß Art. 13, 14, 18 und 21 Datenschutz-Grundverordnung ausgeschlossen.

(3) Personenbezogene Daten gemäß Abs. 1, die der Geltendmachung, Ausübung und Verteidigung von Rechtsansprüchen dienen, dürfen jedenfalls bis zu 30 Jahre gespeichert und gegebenenfalls verarbeitet werden.

3. Unterabschnitt Besondere Bestimmungen für Sonderkrankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie

§ 59 Zweck

(1) Sonderkrankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie sind zur Aufnahme psychisch Kranker bestimmt. Zweck der Aufnahme ist

- a) die Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung;
- b) die Behandlung zur Heilung, Besserung oder Rehabilitation;
- c) die Behandlung zur Hintanhaltung einer Verschlechterung oder
- d) die erforderliche Betreuung und besondere Pflege, sofern sie nur in der Krankenanstalt gewährleistet werden können.

(2) In Fällen des Abs. 1 lit. b, c und d ist der Zweck der Aufnahme auch die allenfalls nötige Abwehr von ernstlichen und erheblichen Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Kranken oder anderer Personen, wenn diese Gefahren im Zusammenhang mit der psychischen Krankheit stehen.

(3) In Fällen des Abs. 1 lit. c und d können auch unheilbar psychisch Kranke aufgenommen werden.

§ 60 Offene Führung, Beschränkungen, geschlossener Bereich

(1) Sonderkrankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie sind grundsätzlich offen zu führen.

(2) Die Errichtung geschlossener Bereiche ist zulässig. Sie müssen von den übrigen Bereichen unterscheidbar sein. Geschlossene Bereiche dienen ausschließlich der Unterbringung

- a) von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz Anwendung findet oder
- b) von sonstigen Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung

nach den einschlägigen strafrechtlichen Vorschriften angeordnet wurde.

(3) Auch außerhalb geschlossener Bereiche kann durch geeignete organisatorische Maßnahmen vorgesorgt werden, dass psychisch Kranke Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit nach dem Unterbringungsgesetz unterworfen werden können. Hierbei ist sicherzustellen, dass andere psychisch Kranke in ihrer Bewegungsfreiheit nicht beeinträchtigt werden.

§ 61 Aufnahme und Entlassung von Patienten

Die §§ 57, 71, 73 Abs. 3 und 75 finden in Sonderkrankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie insoweit Anwendung, als sich nicht aus dem Unterbringungsgesetz anderes ergibt.

§ 62 Besonderheiten der Anstaltsordnung

In Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie und in Krankenanstalten mit Abteilungen für Psychiatrie hat die Anstaltsordnung auch die organisatorischen Besonderheiten der Betreuung psychisch Kranker, wie die genaue Abgrenzung allfälliger Räume oder räumlicher Bereiche, auf die die Bewegungsfreiheit der Patienten und Patientinnen beschränkt wird, zu berücksichtigen. Sie hat sicherzustellen, dass die Patientenanwaltschaft und die Gerichte die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben in der Krankenanstalt wahrnehmen können, insbesondere dass für die Durchführung mündlicher Verhandlungen und für die Tätigkeit der Patientenanwaltschaft geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

§ 63

Aufzeichnungen

(1) Für die Dokumentation und Aufbewahrung der nach dem Unterbringungsgesetz zu führenden Aufzeichnungen gilt der § 48 sinngemäß.

(2) Psychiatrische Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie haben eine elektronische Dokumentation zu führen, aus der tagesaktuell folgende Daten ersichtlich sind:

- a) Name der untergebrachten Personen,
- b) weitergehende Beschränkungen (§ 33 Abs. 3 des Unterbringungsgesetzes) bei Personen nach lit. a,
- c) Beginn und Ende der Unterbringung und weitergehender Beschränkungen,
- d) der anordnende Arzt oder die anordnende Ärztin,
- e) allfällige Verletzungen, die die untergebrachte Person oder das Personal im Zusammenhang mit weitergehenden Beschränkungen erlitten haben.

Diese Dokumentation muss jedenfalls auch statistische Auswertungen ermöglichen.

(3) Zur Sicherstellung des Kontrollzweckes dürfen in die Dokumentation nach Abs. 2 die Volksanwaltschaft, die Mitglieder der von der Volksanwaltschaft eingesetzten Kommissionen (Art. 148h Abs. 2 B-VG) und internationale Besuchsmechanismen (CPT und CAT) Einsicht nehmen.

§ 64

Besonderheiten des ärztlichen Dienstes

(1) Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie müssen unter der Leitung des ärztlichen Dienstes eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen.

(2) Abteilungen für Psychiatrie müssen von einem Facharzt oder einer Fachärztin für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin geführt werden. Psychiatrische Organisationseinheiten, die für die Behandlung von Kindern bestimmt sind, müssen unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen.

(3) In einer im Rahmen einer Schwerpunktkrankenanstalt geführten Abteilung für Psychiatrie muss ein Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ständig anwesend sein.

4. Unterabschnitt

Besondere Bestimmungen für Entnahmeeinheiten und Transplantationszentren

§ 64a

Entnahmeeinheiten

(1) Eine Entnahmeeinheit ist eine Krankenanstalt oder ein Teil einer Krankenanstalt, welche die Bereitstellung von Organen im Sinne des Organtransplantationsgesetzes durchführt oder koordiniert.

(2) Entnahmeeinheiten können sich mobiler Teams bedienen, welche die Entnahme von Organen in den Räumlichkeiten anderer Krankenanstalten durchführen oder koordinieren.

§ 64b

Transplantationszentren

(1) Ein Transplantationszentrum ist eine Krankenanstalt oder ein Teil einer Krankenanstalt, die Transplantationen im Sinne des Organtransplantationsgesetzes vornimmt und deren Bewilligung dieses Leistungsangebot umfasst.

(2) Transplantationszentren müssen sich vor der Durchführung von Transplantationen vergewissern, dass die Bestimmungen des Organtransplantationsgesetzes über Organ- und Spendercharakterisierung sowie Konservierung und Transport der entnommenen Organe eingehalten wurden.

§ 64c

Dokumentationspflichten

(1) In Entnahmeeinheiten und Transplantationszentren müssen im Rahmen des Qualitätssystems zumindest folgende Unterlagen dokumentiert werden:

- a) Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures – SOP);
- b) Leitlinien, Ausbildungs- und Referenzhandbücher; sowie
- c) Aufzeichnungen zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Organen.

(2) Die Dokumentation muss entsprechend dem Stand der Wissenschaft sicherstellen, dass die Transplantationskette von der Spende bis zur Transplantation oder Entsorgung, soweit dies in den Aufgabenbereich der Entnahmeeinheit oder des Transplantationszentrums fällt, lückenlos nachvollziehbar ist. Die Dokumentation muss mindestens 30 Jahre aufbewahrt werden.

3. Abschnitt Sonderbestimmungen für öffentliche Krankenanstalten

1. Unterabschnitt Betrieb von öffentlichen Krankenanstalten

§ 65 Öffentlichkeitsrecht

(1) Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt der in § 3 lit. a bis c bezeichneten Art verliehen werden, wenn

- a) sie gemeinnützig ist;
- b) sie den Vorgaben des RSG entspricht;
- c) die Strukturqualitätskriterien erfüllt werden;
- d) die Erfüllung der ihr in diesem Gesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind;
- e) sie von einer juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird und
- f) der Rechtsträger der Krankenanstalt, sofern es sich nicht um eine Gebietskörperschaft handelt, nachweist, dass er über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt.

Ein Rechtsanspruch auf die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes besteht nicht.

(2) Das Öffentlichkeitsrecht wird von der Landesregierung auf Antrag des Rechtsträgers der Krankenanstalt verliehen. Die Verleihung ist im Amtsblatt für das Land Vorarlberg zu verlautbaren.

(3) Vor der Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes ist der Landesgesundheitsfonds zur Frage der Erfüllung der Vorgaben des RSG und der Strukturqualitätskriterien zu hören.

(4) Bei Erweiterung einer öffentlichen Krankenanstalt durch Einrichtung einer neuen Abteilung, sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten oder eines Anstaltsambulatoriums, bei ihrer Verlegung und bei sonstigen erheblichen Veränderungen in ihrem Betrieb sind die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht erneut zu überprüfen. Der Fortbestand oder das Erlöschen des Öffentlichkeitsrechtes ist im Amtsblatt für das Land Vorarlberg zu verlautbaren.

§ 66 Öffentlichkeitsrecht, Verzicht und Entziehung

(1) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht bedarf der Bewilligung der Landesregierung. Wenn eine solche Bewilligung eine Fondsrankenanstalt betrifft, ist der zuständige Bundesminister oder die zuständige Bundesministerin zu informieren.

(2) Das Öffentlichkeitsrecht ist einer Krankenanstalt von der Landesregierung zu entziehen, wenn eine in diesem Gesetz für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder wenn ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, welcher die Versagung des Öffentlichkeitsrechtes zur Folge gehabt hätte, nachträglich hervorkommt.

(3) Wird die Bewilligung zur Errichtung oder zum Betrieb einer öffentlichen Krankenanstalt zurückgenommen, so erlischt damit gleichzeitig das Öffentlichkeitsrecht.

§ 67 Betriebspflicht, Betriebsunterbrechung, Auflassung

(1) Für die öffentlichen Krankenanstalten besteht Betriebspflicht.

(2) Bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht nach dem Spitalbeitragsgesetz unterliegen, ist eine freiwillige Betriebsunterbrechung, die Wiederaufnahme des Betriebes nach einer freiwilligen Betriebsunterbrechung oder die Auflassung nur mit Bewilligung der Landesregierung zulässig. Die Bewilligung ist zu verweigern, wenn die beabsichtigte Maßnahme die Sicherstellung der

Krankenanstaltsbehandlung gefährden würde. Wenn die Bewilligung der Betriebsunterbrechung, der Wiederaufnahme des Betriebes oder der Auflösung eine Fondsrankenanstalt betrifft, ist der zuständige Bundesminister oder die zuständige Bundesministerin zu informieren.

§ 68

Öffentliche Stellenausschreibung

(1) Die Stelle der Leitung des ärztlichen Dienstes, der Leitung einer Abteilung, eines Departments, eines Fachschwerpunktes, einer Prosektur, eines Ambulatoriums oder einer Anstaltsapotheke, ferner die Stelle eines ständigen Konsiliararztes (Konsiliarzahnarzes) oder einer ständigen Konsiliarärztin (Konsiliarzahnärztin) sowie die Leitung der Verwaltungsdirektion dürfen in öffentlichen Krankenanstalten nur aufgrund einer öffentlichen Stellenausschreibung besetzt werden. Für die Bewerbung ist eine Frist von mindestens vier Wochen einzuräumen.

(2) Ausgenommen von den Bestimmungen des Abs. 1 sind:

- a) Stellen, die aufgrund der einschlägigen universitätsrechtlichen Vorschriften besetzt werden;
- b) Stellen, die mit Personen besetzt werden, die bisher beim selben Rechtsträger eine im Hinblick auf Art und Aufgabenbereich gleichartige Stelle bekleidet haben, sofern diese Stelle aufgrund einer Umstrukturierung nicht weitergeführt wird; wenn mehrere Personen diese Voraussetzung erfüllen, dann kann die Ausschreibung auf diese Personen beschränkt werden;
- c) Stellen der Leitung eines Departments oder eines Fachschwerpunktes, wenn sie mit einer Person besetzt werden, die beim selben Rechtsträger die Stelle der Leitung einer Abteilung innehat.

(3) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat der Landesregierung die geplante Stellenausschreibung vor deren Kundmachung schriftlich anzuzeigen. Die Landesregierung kann die Stellenausschreibung binnen vier Wochen ab Einlangen der Anzeige mit Bescheid untersagen, wenn diese dem RSG, dem Zielsteuerungsvertrag oder dem Landes-Zielsteuerungsübereinkommen widerspricht.

(4) Den Bewerbungen sind die erforderlichen Nachweise über das Alter, die Berechtigung zur Ausübung des in Betracht kommenden Berufes, die Ausbildung und bisherige fachliche Tätigkeit sowie der Lebenslauf und ein amtsärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand beizulegen.

(5) Die Bewerbungen sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt auf die fachliche Eignung der stellenwerbenden Personen in Bezug auf die in der Stellenausschreibung vorausgesetzten Anforderungen zu überprüfen. Die Bewerbungen sind zu reihen und die Reihung ist zu begründen. Der Rechtsträger hat unter Bedachtnahme auf die §§ 32 und 40 zu entscheiden.

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt kann, soweit im Hinblick auf die fachliche Eignung stellenwerbender Personen oder im Hinblick auf die Reihung Zweifel bestehen, die Bewerbungen mit allen erforderlichen Unterlagen der Landesregierung zwecks Erstellung eines Gutachtens über die fachliche Eignung der stellenwerbenden Personen durch den Landessanitätsrat bzw. auf Reihung durch die Landesregierung übermitteln.

§ 69

Vorübergehende Zuweisung von Krankenzimmern und Betten

(1) Die Leitung des ärztlichen Dienstes und die Leitung der Verwaltungsdirektion können bei dringendem vorübergehendem Bedarf die von einer Abteilung nicht benötigten Krankenzimmer und Betten kurzfristig und im gegenseitigen Einvernehmen einer anderen Abteilung zuweisen.

(2) Bei einer Zuweisung nach Abs. 1 sind die Leitung des Pflegedienstes sowie die Leitung der betroffenen Abteilungen anzuhören.

(3) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat der Landesregierung die vorübergehende Zuweisung von Krankenzimmern und Betten sowie die Dauer der Zuweisung jährlich mitzuteilen.

§ 70

Angliederungsverträge

(1) Zwischen Rechtsträgern öffentlicher Krankenanstalten untereinander und zwischen Rechtsträgern öffentlicher und privater Krankenanstalten können mit Genehmigung der Landesregierung Angliederungsverträge geschlossen werden. In Angliederungsverträgen wird die stationäre oder auch ambulante Behandlung von Patienten und Patientinnen einer Krankenanstalt (Hauptanstalt) in einer anderen Krankenanstalt (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Aufsicht und auf Rechnung der Hauptanstalt vereinbart.

(2) Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn dies zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltspflege erforderlich ist. Sie ist zu versagen, wenn ein solcher Grund für eine Genehmigung

nicht vorliegt, insbesondere wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem RSG widersprechenden Zustand führen würde. Eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem Regionalen Strukturplan Gesundheit widersprechenden Zustand geführt hat.

(3) Im Falle eines Angliederungsvertrages gelten die von der Hauptanstalt in der angegliederten Krankenanstalt untergebrachten Patienten und Patientinnen als solche der Hauptanstalt.

§ 71

Aufnahme in Anstaltsbehandlung

(1) Unabweisbare Personen müssen in Anstaltsbehandlung genommen werden.

(2) Als Patienten und Patientinnen dürfen nur anstaltsbedürftige Personen und Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, aufgenommen werden.

(3) Bestimmungen, die zur Aufnahme von sozialversicherten Personen in die Anstaltsbehandlung verpflichten oder berechtigen, bleiben unberührt.

(4) Bei der Aufnahme ist auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen Bedacht zu nehmen. Die Aufnahme in einer dislozierten Tagesklinik auf dem Gebiet eines Sonderfaches, für das eine Abteilung, ein Department, ein Fachschwerpunkt oder eine dislozierte Wochenklinik am Krankenanstaltenstandort nicht vorhanden ist, ist nur zulässig, wenn für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich keine dieser fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten erforderlich ist.

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

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

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

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

(6) Über die Aufnahme entscheiden die nach der Anstaltsordnung hiezu berufenen Organe aufgrund einer Untersuchung durch einen Arzt oder eine Ärztin der Krankenanstalt.

(7) Wer in einer fachrichtungsbezogenen oder sonstigen Organisationseinheit behandelt wird, die räumlich getrennt ist von der Krankenanstalt, der sie organisatorisch oder funktionell zugehört, gilt als Patient oder Patientin jener Krankenanstalt, in der diese Organisationseinheit räumlich eingerichtet ist.

§ 72

Aufnahme von Begleitpersonen

(1) Wenn ein Säugling nicht alleine in Anstaltsbehandlung aufgenommen werden kann, so muss auch die Mutter oder eine andere Bezugsperson als Begleitperson aufgenommen werden. Ebenso ist bei Bedarf ein nichtanstaltsbedürftiger Säugling mit der Mutter (Bezugsperson) aufzunehmen.

(2) Wenn ein Kind bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres in Anstaltsbehandlung aufgenommen wird, so muss – sofern die Unterbringung räumlich möglich ist – auf Wunsch eine Begleitperson aufgenommen werden.

(3) Abgesehen von den Fällen der Abs. 1 und 2 dürfen Begleitpersonen nur aufgenommen werden, wenn die Aufnahme im Interesse der Patienten oder Patientinnen geboten und die Unterbringung räumlich möglich ist.

§ 73

Pflegeklassen

(1) In jeder öffentlichen Krankenanstalt muss eine allgemeine Pflegeklasse bestehen. Daneben kann eine Sonderklasse eingerichtet werden. Die Sonderklasse hat höheren Ansprüchen hinsichtlich der Unterbringung der Patienten oder Patientinnen, insbesondere durch eine geringere Bettenanzahl in den Krankenzimmern, und hinsichtlich der Verpflegung zu entsprechen.

(2) In die Sonderklasse sind anstaltsbedürftige Personen nur über eigenes Verlangen aufzunehmen. Die Aufnahme kann von der Beibringung einer schriftlichen Verpflichtungserklärung über die Tragung der Gebühren sowie vom Erlag einer entsprechenden Vorauszahlung abhängig gemacht werden.

(3) Ist die Aufnahme eines unabweisbaren Kranken in die allgemeine Pflegeklasse wegen Platzmangels nicht möglich, so hat ihn die Krankenanstalt ohne Verrechnung von Mehrkosten solange in die Sonderklasse aufzunehmen, bis der Platzmangel in der allgemeinen Pflegeklasse behoben ist und der Zustand des Kranken die Verlegung zulässt.

§ 74

Soziale Betreuung

Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben Vorsorge zu treffen, dass im erforderlichen Umfang eine soziale Betreuung der Patienten und Patientinnen in der Krankenanstalt sichergestellt ist.

§ 75

Unverzügliche Entlassung

Patienten und Patientinnen einer öffentlichen Krankenanstalt sind zu entlassen, wenn sie aufgrund des Ergebnisses einer anstaltsärztlichen Untersuchung der Anstaltsbehandlung nicht mehr bedürfen.

§ 76

Blutabnahme zur Bestimmung des Blutalkoholgehaltes oder der Suchgifteinnahme

Hat ein Arzt oder eine Ärztin einer öffentlichen Krankenanstalt aufgrund straßenpolizeilicher Vorschriften eine klinische Untersuchung zur Feststellung der Beeinträchtigung durch Alkohol oder Suchtgift oder eine Blutabnahme zur Bestimmung des Blutalkoholgehaltes oder der Suchgifteinnahme vorzunehmen, ist der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt verpflichtet, die hierfür erforderlichen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.

2. Unterabschnitt

Besondere Kosten- und Finanzierungsregelungen

§ 77

Geltungsbereich

(1) Dieser Unterabschnitt gilt für die Abgeltung von Leistungen der öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 3 lit. a bis c.

(2) Dieser Unterabschnitt gilt nicht, soweit im 5. Abschnitt für die Abgeltung von Leistungen der Fondskrankenanstalten an sozialversicherte Personen durch den Landesgesundheitsfonds anderes geregelt wird.

§ 78

Abgeltung von Leistungen in der allgemeinen Pflegeklasse

(1) Für Leistungen in der allgemeinen Pflegeklasse dürfen nur folgende Gebühren eingehoben werden:

- a) eine Pauschale pro Krankheitsfall (LKF-Gebühr) oder die Pflegegebühren der allgemeinen Pflegeklasse;
- b) Sondergebühren, mit denen die folgenden Kosten finanziert werden:
 1. die Kosten der Beförderung zur und aus der Krankenanstalt;
 2. die Kosten der Beistellung eines Zahnersatzes, sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt;
 3. die Kosten der Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke), soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen;
 4. Kosten für eine medizinische Behandlung, für die keine Leistungsverpflichtung der Sozialversicherungsträger besteht und die auf ausdrückliches Verlangen des Patienten oder der Patientin erbracht werden (Wunschleistungen);
 5. die Kosten der Zusatzleistungen, die mit der medizinischen Leistung nicht in Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Patienten oder der Patientin erbracht werden;
- c) Kostenbeiträge und Beiträge gemäß § 85.

(2) Die Sondergebühren gemäß Abs. 1 lit. b dürfen nur insoweit eingehoben werden, als die genannten Kosten von der Krankenanstalt getragen werden und nicht bereits in den LKF-Gebühren oder in den Pflegegebühren inbegriffen sind.

§ 79

Abgeltung von Leistungen in der Sonderklasse

(1) Für Leistungen in der Sonderklasse dürfen, sofern die Patienten oder Patientinnen über eigenes Verlangen in die Sonderklasse aufgenommen wurden, nur folgende Gebühren eingehoben werden:

- a) eine Pauschale pro Krankheitsfall (LKF-Gebühr) oder die Pflegegebühren der allgemeinen Pflegeklasse;
- b) folgende Sondergebühren:
 1. Sondergebühren gemäß § 78 Abs. 1 lit. b in Verbindung mit § 78 Abs. 2;
 2. Sondergebühren als Zuschlag zur LKF-Gebühr oder zur Pflegegebühr für Leistungen in der Sonderklasse;
 3. Sondergebühren für Heilmittel, Röntgensachkosten, Laboratoriumsuntersuchungen und ähnliche Aufwendungen;
 4. Sondergebühren für weitere vom Patienten oder der Patientin ausdrücklich gewünschte Sonderleistungen der Krankenanstalt;
- c) Beiträge gemäß § 85 Abs. 3;
- d) Arzthonorare.

(2) Die Sondergebühren gemäß Abs. 1 lit. b Z. 2 bis 4 dürfen nur insoweit eingehoben werden, als die Leistungen nicht bereits in der Kalkulation nach Abs. 1 lit. a berücksichtigt wurden.

§ 80

Abgeltung von Leistungen in Anstaltsambulatorien

(1) Für ambulatorische Behandlungen dürfen Sondergebühren in der Höhe des im Einzelfall aufgelaufenen Sach- und Personalaufwandes einschließlich der Arztkosten eingehoben werden, wobei für gleichartige Leistungen Pauschalen verrechnet werden können.

(2) Zur Verwirklichung eines österreichweit einheitlichen leistungsorientierten Abrechnungssystems für ambulatorische Behandlungen kann die Landesregierung mit Verordnung bestimmen, dass an die Stelle der Sondergebühren nach Abs. 1 LKF-Gebühren treten.

§ 81

LKF-Gebühren und Pflegegebühren

(1) In Fondskrankenanstalten und in öffentlichen Krankenanstalten, die keine Fondskrankenanstalten sind, sind die Leistungen der allgemeinen Pflegeklasse mit den LKF-Gebühren abzugelten. Dies gilt nicht für Leistungen an Pflegepatienten und -patientinnen in Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und an forensischen Patienten und Patientinnen. Diese Leistungen sind mit der Pflegegebühr abzugelten.

(2) Bei einer Abrechnung nach Pflegegebühren sind für den Aufnahme- und Entlassungstag die Pflegegebühren in der vollen Höhe zu entrichten. Bei Überstellung eines Patienten oder einer Patientin in eine andere Krankenanstalt hat nur die übernehmende Krankenanstalt Anspruch auf die Pflegegebühren für diesen Tag.

§ 82

Gebühren für Begleitpersonen

(1) Wenn eine Begleitperson aufgenommen wird, darf für diese eine Gebühr für die Unterbringung und Verpflegung bis zur Höhe der tatsächlichen Kosten verlangt werden. Eine solche Gebühr darf nicht verlangt werden,

- a) wenn ein Säugling oder eine Mutter (Bezugsperson) nach § 72 Abs. 1 aufgenommen wird oder
- b) in sonstigen Fällen, wenn der Patient oder die Patientin auf die Mitbetreuung angewiesen ist, nach Maßgabe einer Verordnung nach Abs. 2.

(2) Die Landesregierung hat mit Verordnung näher festzulegen,

- a) unter welchen Voraussetzungen eine Gebühr nach Abs. 1 lit. b nicht oder nur teilweise eingehoben werden darf; dabei soll insbesondere auf folgende Umstände Bedacht genommen werden: die Art der Erkrankung, das Alter und eine allfällige Behinderung des Patienten oder der Patientin sowie die Dauer des Krankenhausaufenthaltes;
- b) die Höhe der Gebühr, insbesondere unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung der Unterbringung und die Art der Verpflegung.

§ 83

Ermittlung der LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren

(1) Der Eurowert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, sowie die Pflegegebühren und die allfälligen Sondergebühren sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln.

(2) Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den Patienten oder die Patientin ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Eurowert je LKF-Punkt. Das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems oder die Internetadresse, unter der dieses System vom Bund veröffentlicht worden ist, sind für die Dauer seiner Geltung auf der Homepage des Landes im Internet zu veröffentlichen.

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Krankenanstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand dürfen der Berechnung des Eurowertes je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie der Berechnung der Pflegegebühren nicht zugrunde gelegt werden.

§ 84

Festsetzung der LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren

(1) Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Eurowert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße wirtschaftliche Gebarung mit Verordnung festzusetzen. In dieser Verordnung sind auch der kostendeckend ermittelte Eurowert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren kundzumachen. Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die mit der Festsetzung der LKF-Gebühren, der Pflege- und Sondergebühren zusammenhängenden Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen.

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

(3) Die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfällige Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft betrieben werden, dürfen nicht niedriger sein als die LKF-Gebühren, die Pflege- und allfälligen Sondergebühren der nächstgelegenen, von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Gleichartigkeit oder annähernde Gleichwertigkeit hat die Landesregierung mit Bescheid festzustellen.

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

§ 85

Kostenbeitrag und andere Beiträge

(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat von den Patienten und Patientinnen gemäß Abs. 4 einen Kostenbeitrag in der Höhe von 7,82 Euro für jeden Pfl egetag einzuheben. Die Landesregierung kann mit Verordnung bestimmen, dass Personen, für die ein Kostenbeitrag in dieser Höhe eine soziale Härte darstellt, nur einen verringerten Kostenbeitrag in der Höhe von 5,42 Euro je Pfl egetag leisten müssen. Bei Fondskrankenanstalten ist der Kostenbeitrag auf Rechnung des Landesgesundheitsfonds einzuheben.

(2) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat von den Patienten und Patientinnen gemäß Abs. 4 einen Finanzierungsbeitrag in der Höhe von 1,45 Euro für jeden Pfl egetag einzuheben. Bei Fondskrankenanstalten ist der Finanzierungsbeitrag auf Rechnung des Landesgesundheitsfonds einzuheben.

(3) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat sowohl von den Patienten und Patientinnen gemäß Abs. 4 als auch von jenen der Sonderklasse einen Beitrag von 73 Cent für jeden Pfl egetag einzuheben. Diese Beiträge sind halbjährlich an die Patientenanzwaltschaft zu überweisen.

(4) Zur Entrichtung der Kostenbeiträge und anderen Beiträge sind sozialversicherte Personen der allgemeinen Pflegeklasse verpflichtet, für deren Anstaltsbehandlung entweder

- a) LKF-Gebührenersätze durch den Landesgesundheitsfonds oder

b) Gebührenersätze durch einen Sozialversicherungsträger oder eine Gebietskörperschaft, welche für ihre Bediensteten eine Krankenfürsorge eingerichtet hat, zu leisten sind. Dies gilt nicht in den Fällen des Abs. 5.

(5) Von der Beitragspflicht ausgenommen sind Patienten und Patientinnen,

- a) die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
- b) für die bereits ein Kostenbeitrag nach § 447f Abs. 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geleistet wird;
- c) die Anstaltspflege im Falle der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen;
- d) die nachweislich von der Rezeptgebühr im Sinne der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen befreit sind;
- e) die zum Zwecke der Organspende aufgenommen wurden, oder
- f) die aus organisatorischen Gründen seitens der Krankenanstalt vor Durchführung des geplanten Eingriffs aus der stationären Pflege entlassen werden.

(6) Der Kostenbeitrag und die anderen Beiträge dürfen pro Patient oder Patientin für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Im Falle der Überstellung eines Patienten oder einer Patientin in eine andere Krankenanstalt dürfen der Kostenbeitrag und die anderen Beiträge für den Tag der Überstellung nur von der übernehmenden Krankenanstalt eingehoben werden.

(7) Der Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 vermindert oder erhöht sich zum 1. Jänner eines jeden Jahres in dem Maß, das sich aus der Veränderung des von der Statistik Austria verlautbarten Verbraucherpreisindex 2000 oder des an seine Stelle tretenden Index für den Monat Juni des vorangegangenen Jahres gegenüber dem Monat Juni des zweitvorangegangenen Jahres ergibt. Die Landesregierung hat den so geänderten Kostenbeitrag durch Verordnung festzusetzen.

(8) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben die für die unverzügliche Einhebung des Kostenbeitrages notwendigen Daten von den Krankenversicherungsträgern anzufordern.

§ 86

Ärztgehonorare

(1) Die mit der Leitung einer Abteilung, eines Departments, eines Instituts oder eines Laboratoriums betrauten Personen, sowie die Konsiliarärzte und Konsiliarärztinnen sind berechtigt, von den Patienten oder Patientinnen der Sonderklasse ein Honorar zu verlangen (Ärztgehonorar). Darüber hinaus kann der Rechtsträger der Krankenanstalt die mit der Leitung eines Fachschwerpunktes oder einer Tagesklinik betrauten Personen berechtigen, Arztgehonorare zu verlangen.

(2) Vom Arztgehonorar gebühren den Ärzten oder Ärztinnen des ärztlichen Dienstes Anteile, die ihre fachliche Qualifikation und ihre Leistung berücksichtigen. Anteile am Arztgehonorar können auch anderen besonders qualifizierten Bediensteten gewährt werden. Die Anteile sind durch die mit der Abteilungsleitung betraute Person mit Zustimmung des Rechtsträgers der Krankenanstalt, welcher die beteiligten Personen anzuhören hat, festzulegen. Kommt es binnen drei Monaten nicht zur Zustimmung des Rechtsträgers, so hat die Landesregierung die Aufteilung festzulegen. Diese Festlegung gilt bis zu dem Zeitpunkt, zu dem es zur Zustimmung des Rechtsträgers kommt.

(3) Dem Rechtsträger der Krankenanstalt gebührt für die Bereitstellung der Einrichtungen der Anstalt ein Anteil von mindestens 25 v.H. des Arztgehonorars.

(4) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Arztgehonorare namens der Ärzte und Ärztinnen vorzuschreiben und einzubringen.

§ 87

Gebühren für ausländische Staatsangehörige

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

(2) Im Übrigen kann die Landesregierung durch Verordnung bestimmen, dass bei der Aufnahme fremder Staatsbürger statt der LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge die tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten einzuheben sind.

(3) Eine Verordnung nach Abs. 2 darf nicht gelten für:

- a) Fälle der Unabweisbarkeit, wenn sie im Inland eingetreten sind;
- b) Flüchtlinge, denen Asyl gewährt wurde, und Asylwerber, denen eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde;
- c) 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;
- d) Personen, die einem Rechtsträger der Sozialversicherung aufgrund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens über soziale Sicherheit oder nach dem Recht der Europäischen Union zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind; und
- e) Personen, die aufgrund des Rechts der Europäischen Union oder von Staatsverträgen nicht schlechter behandelt werden dürfen als Inländer.

§ 88

Tragung der Gebühren

(1) Zahlungspflichtig ist der Patient oder die Patientin, sofern und soweit nicht eine andere physische oder juristische Person aufgrund sozialversicherungsrechtlicher oder anderer gesetzlicher Vorschriften hierfür aufzukommen hat. Können die aufgelaufenen Gebühren auf diese Weise nicht hereingebracht werden, sind zum Ersatz die für den Patienten oder die Patientin Unterhaltspflichtigen Personen heranzuziehen. In diesem Fall gilt der § 22 des Sozialleistungsgesetzes sinngemäß.

(2) Wird einer entschädigungsberechtigten Person im Sinne des Heeresentschädigungsgesetzes, deren Gesundheitsschädigung nach dem Heeresversorgungsgesetz anerkannt wurde, Anstaltsbehandlung in einer öffentlichen Krankenanstalt geleistet, so hat der Bund der Krankenanstalt die LKF-Gebühren oder Pflegegebühren für die allgemeine Pflegeklasse zu ersetzen, sofern nicht eine Leistungspflicht eines Sozialversicherungsträgers besteht.

§ 89

Vorschreibung der Gebühren

(1) Gebühren der öffentlichen Krankenanstalten, die nicht im Vorhinein entrichtet wurden, sind unverzüglich nach Beendigung der Anstaltsbehandlung dem Zahlungspflichtigen vorzuschreiben. Bei länger dauernder Anstaltsbehandlung können die aufgelaufenen Gebühren monatlich vorgeschrieben werden. LKF-Gebühren oder Sondergebühren für stationär erbrachte Wunschleistungen bemessen sich nach dem Eurowert zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten oder der Patientin.

(2) Die Gebühren sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.

(3) In berücksichtigungswürdigen Fällen kann über Ersuchen des Zahlungspflichtigen die Entrichtung der vorgeschriebenen Gebühr in Teilbeträgen gestattet werden.

§ 90

Einbringung rückständiger Gebühren

(1) Zahlungspflichtigen, die mit der Entrichtung von Gebühren mehr als vier Wochen im Rückstand sind, ist eine Zahlungsaufforderung zuzustellen. Die Zahlungsaufforderung hat zu enthalten:

- a) die Art der Gebühren;
- b) die Höhe der jeweiligen Gebühren;
- c) die Bemessungsgrundlagen;
- d) einen Hinweis auf die Fälligkeit der Forderungen und auf die Verzugszinsen sowie
- e) eine Belehrung über das Recht zur Erhebung von Einwendungen und allenfalls
- f) die geleisteten Teilzahlungen und die Höhe des Zahlungsrückstandes.

(2) Gegen die Zahlungsaufforderung können binnen zwei Wochen nach Zustellung schriftlich oder mündlich bei der Stelle Einwendungen erhoben werden, welche die Zahlungsaufforderung ausgestellt hat. Werden innerhalb dieser Frist keine Einwendungen erhoben, gelten die in der Zahlungsaufforderung festgehaltenen Gebühren als endgültig festgesetzt. Über Einwendungen, denen nicht von der Krankenanstalt selbst Rechnung getragen wird, entscheidet die nach dem Sitz der Krankenanstalt zuständige Bezirkshauptmannschaft mittels Bescheid. In diesem Verfahren kommt dem Rechtsträger der Krankenanstalt Parteistellung zu.

(3) Im Bescheid ist die gesamte Höhe der Gebührenschuld festzusetzen. Ergibt sich bei der bescheidmäßigen Festsetzung eine Differenz gegenüber der Zahlungsaufforderung und wurde eine Zahlung bereits geleistet, so ist außerdem die ausständige Zahlung bzw. das Guthaben festzusetzen.

(4) Die aushaftenden Gebühren sind vollstreckbar:

a) nach Ablauf der zweiwöchigen Einwendungsfrist, wenn gegen die Zahlungsaufforderung keine Einwendungen erhoben wurden;

b) ansonsten mit Rechtskraft der Entscheidung über die Festsetzung der aushaftenden Gebühren.

(5) Im Falle des Abs. 4 lit. a gilt die Zahlungsaufforderung als Rückstandsausweis. Aufgrund des Rückstandsausweises einer öffentlichen Krankenanstalt ist gegen den Zahlungspflichtigen die Vollstreckung zulässig, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirkshauptmannschaft bestätigt wird.

4. Abschnitt

Sonderbestimmungen für private Krankenanstalten

§ 91

Anwendung von Bestimmungen des 3. Abschnittes

(1) Für private Krankenanstalten sind folgende Bestimmungen des 3. Abschnittes sinngemäß anzuwenden:

§ 71 Abs. 4 Aufnahme in Anstaltsbehandlung –
zweiter Satz –

§ 72 Abs. 2 Aufnahme von Begleitpersonen –.

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

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

§ 69 – Vorübergehende Zuweisung von Krankenzimmern und Betten –

§ 73 Abs. 1 und 2 – Pflegeklassen –

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

§ 78 – Abgeltung von Leistungen in der allgemeinen Pflegeklasse –

§ 79 – Abgeltung von Leistungen in der Sonderklasse –

§ 80 – Abgeltung von Leistungen in Anstaltsambulatorien –

§ 81 – LKF-Gebühren und Pflegegebühren –

§ 82 – Gebühren für Begleitpersonen –

§ 83 – Ermittlung der LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren –

§ 84 Abs. 1 bis 3 – Festsetzung der LKF-Gebühren, Pflegegebühren und Sondergebühren –

§ 85 – Kostenbeitrag und andere Beiträge –

§ 86 – Ärzthonorare –

§ 89 Abs. 2 – Vorschreibung der Gebühren –.

(3) Die Gebühren sind bei privaten Krankenanstalten als Entgelte zu bezeichnen.

§ 92

Besondere Vorschriften

(1) Die Rechte und Pflichten, die sich aus der Aufnahme in eine private Krankenanstalt ergeben, sind nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechtes zu beurteilen.

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

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

(4) Wird eine entschädigungsberechtigte Person im Sinne des Heeresentschädigungsgesetzes, deren Gesundheitsschädigung nach dem Heeresversorgungsgesetz anerkannt wurde, in einer privaten Krankenanstalt behandelt, deren Rechtsträger nicht der Bund ist, so ist die Höhe des Anspruches auf

Ersatz der Verpflegskosten durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Wenn solche Verträge vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen abgeschlossen werden, bedürfen sie zu ihrer Gültigkeit der Genehmigung durch den zuständigen Bundesminister oder die zuständige Bundesministerin.

(5) Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht nach dem Spitalbeitragsgesetz nicht unterliegen, haben eine freiwillige Betriebsunterbrechung, die Wiederaufnahme des Betriebes nach einer freiwilligen Betriebsunterbrechung oder die Auflassung der Krankenanstalt jeweils drei Monate vorher der Landesregierung anzuzeigen.

§ 92a

Besondere Bestimmungen für Primärversorgungseinheiten

(1) Abweichend von § 18 Abs. 2 lit. a ist die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit im Sinne des § 2 des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG) in Form eines selbständigen Ambulatoriums nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 PrimVG – eine vorvertragliche Zusage der Österreichischen Gesundheitskasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags (§ 8 PrimVG) vorliegt.

(2) Abweichend von § 20 Abs. 2 lit. a ist die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums auch dann zu erteilen, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 Primärversorgungsgesetz zu keinem positiven Abschluss geführt hat.

(3) Einer Beschwerde der Ärztekammer für Vorarlberg an das Landesverwaltungsgericht in Verfahren zur Erteilung einer Errichtungsbewilligung für eine eigene Einrichtung für Zwecke der Primärversorgung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers gemäß § 339 ASVG kommt keine aufschiebende Wirkung zu.

(4) Die Bewilligung zum Betrieb einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 23 Abs. 3 oder 5 erfüllt sind. Die Bestimmungen zur Anstaltsordnung (§ 29) sind nicht anzuwenden.

(5) In einer Primärversorgungseinheit ist die ärztliche Leitung nach § 32 Abs. 2 hauptberuflich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Gesellschafter und Gesellschafterinnen von Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.

§ 93

Fortbetriebsrecht privater Krankenanstalten

(1) Eine von einer physischen Person betriebene private Krankenanstalt, die nach dem Tod des Rechtsträgers auf den Witwer oder die Witwe oder auf den hinterbliebenen eingetragenen Partner oder die hinterbliebene eingetragene Partnerin oder auf minderjährige Nachkommen übergeht, kann aufgrund der ursprünglichen Betriebsbewilligung von diesen Personen auf ihre Rechnung weiter betrieben werden. Treten mehrere dieser Personen die Rechtsnachfolge hinsichtlich des Betriebes der Krankenanstalt an, so steht ihnen das Fortbetriebsrecht gemeinschaftlich zu. Jede dieser Personen kann auf das Fortbetriebsrecht verzichten.

(2) Der Fortbetrieb ist der Landesregierung binnen einem Monat nach der Einantwortung anzuzeigen.

(3) Das Fortbetriebsrecht endet beim Witwer oder der Witwe oder beim hinterbliebenen eingetragenen Partner oder bei der hinterbliebenen eingetragenen Partnerin mit Heirat oder Eingehen einer eingetragenen Partnerschaft und bei den minderjährigen Nachkommen mit Erreichen der Volljährigkeit des Jüngsten von ihnen. Steht einer der Nachkommen in ärztlicher Berufsausbildung, so kann die Landesregierung das Fortbetriebsrecht auf Antrag bis zum Abschluss jener Ausbildung verlängern, die diesen Nachkommen zur Leitung der Krankenanstalt berechtigt, längstens jedoch bis zur Vollendung seines 32. Lebensjahres.

(4) Während der Dauer der Verlassenschaftsabhandlung kann die Krankenanstalt von der mit der Verwaltung des Nachlasses betrauten Person aufgrund der ursprünglichen Betriebsbewilligung auf Rechnung des ruhenden Nachlasses fortbetrieben werden. Der Fortbetrieb ist der Landesregierung binnen einem Monat nach dem Tod des Rechtsträgers anzuzeigen.

5. Abschnitt
Landesgesundheitsfonds, Beziehungen zwischen den
Krankenanstalten und den Sozialversicherungsträgern

§ 94

Landesgesundheitsfonds

(1) Die Leistungen der Fondskrankenanstalten an im Inland sozialversicherte Personen sind mit Ausnahme allfälliger besonderer Gebühren, insbesondere Sondergebühren, Kostenbeiträge und sonstiger Beiträge sowie Ärztehonorare, vom Landesgesundheitsfonds abzugelten.

(2) Die Leistungen der Fondskrankenanstalten an im Ausland sozialversicherte Personen, die gegenüber einem österreichischen Sozialversicherungsträger aufgrund von zwischenstaatlichen Übereinkommen oder dem Recht der Europäischen Union anspruchsberechtigt sind, sind vom Landesgesundheitsfonds abzugelten. Diese Kosten sind von den Rechtsträgern der Krankenanstalten mit dem Landesgesundheitsfonds wie für im Inland Versicherte und ihre Angehörigen abzurechnen. Dieser hat die Kosten im Wege der Österreichischen Gesundheitskasse beim ausländischen Sozialversicherungsträger geltend zu machen.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht für Leistungen, für die keine Leistungspflicht der Sozialversicherungsträger besteht und die auf ausdrückliches Verlangen des Patienten oder der Patientin erbracht werden (Wunschleistungen).

(4) Der Dachverband der Sozialversicherungsträger ist gemäß § 4 Abs. 3 des Sozialversicherungsergänzungsgesetzes (SV-EG) Verbindungsstelle für den Landesgesundheitsfonds.

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

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

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

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

§ 94a

LKF-Gebührenersätze für stationäre Patienten und Patientinnen

(1) Der Landesgesundheitsfonds hat die Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen Personen gemäß § 94 Abs. 1 und 2 erbracht werden, durch LKF-Gebührenersätze abzugelten. Die LKF-Gebührenersätze ergeben sich aus dem Produkt der für die Leistungen am einzelnen Patienten oder an der einzelnen Patientin ermittelten LKF-Punkte (Abs. 2) und dem Eurowert je LKF-Punkt (Abs. 3).

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

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

fachliche und spezielle regionale Versorgung von Krankenanstalten. Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.

(3) Berechnungsgrundlage für den Eurowert je LKF-Punkt sind die für den LKF-Kernbereich und den LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel aus den Einnahmen des Landesgesundheitsfonds (§§ 43 und 44 des Landesgesundheitsfondsgesetzes) abzüglich der Ambulanz-Gebührenersätze (§ 94b), der Nebenkostenstellenbeiträge (§ 94b), der Investitionszuschüsse (§ 46 des Landesgesundheitsfondsgesetzes), der Mittel für Planung und Strukturreformen (§ 47 des Landesgesundheitsfondsgesetzes), der Mittel für Zielsteuerungsprojekte (§ 48 des Landesgesundheitsfondsgesetzes) sowie sonstiger Ausgaben, nach Maßgabe eines Beschlusses des Landesgesundheitsfonds. Die Berechnungsgrundlage dividiert durch die von den Fondskrankenanstalten erbrachten LKF-Punkte ergibt den Eurowert je LKF-Punkt.

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

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

§ 94b

Ambulanz-Gebührenersätze und Ersätze im Nebenkostenstellenbereich

(1) Ambulante Leistungen der Fondskrankenanstalten hat der Landesgesundheitsfonds für jene Personen gemäß § 94 Abs. 1 und 2 abzugelten, die gemäß § 51 Abs. 1 ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind oder die Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 51 Abs. 2 in Anspruch nehmen. Die Abgeltung hat durch LKF-Gebührenersätze in Verbindung mit einer Strukturpauschale zu erfolgen.

(2) Im Nebenkostenstellenbereich sind Leistungen in der Form einer Pauschale abzugelten.

(3) Der Landesgesundheitsfonds hat in den Richtlinien über das in Vorarlberg anzuwendende leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem sowie zur Abgeltung ambulanter Leistungen in Fondskrankenanstalten (§ 4 lit. a des Landesgesundheitsfondsgesetzes) das Nähere zur Ermittlung und zur Auszahlung der LKF-Gebührenersätze, der Strukturpauschale und der Nebenkostenstellenpauschale zur Abgeltung der Leistungen der jeweiligen Fondskrankenanstalten gemäß § 94 festzulegen. Die Höhe der Abgeltung richtet sich nach den Einnahmen des Landesgesundheitsfonds und nach der Höhe der für diese Bereiche vorgesehenen Mittel.

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

§ 95

Aufnahme in Fondskrankenanstalten

Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, die aufgrund sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften eingewiesenen bzw. die gemäß § 66 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes anspruchsberechtigten Erkrankten in die allgemeine Pflegeklasse aufzunehmen.

§ 96

Abgeltung von Leistungen in Fondskrankenanstalten

(1) Alle Leistungen der Fondskrankenanstalten nach § 94 Abs. 1 und 2, insbesondere im stationären, tagesklinischen und spitalsambulanten (§ 51 Abs. 1 und 2) Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:

- a) LKF-Gebührenersätze des Landesgesundheitsfonds gemäß § 94a;
- b) Zahlungen des Landesgesundheitsfonds gemäß § 94b;
- c) Kosten- und Finanzierungsbeiträge gemäß § 85 dieses Gesetzes und gemäß § 447f Abs. 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes;
- d) sonstige Zahlungen nach dem Landesgesundheitsfondsgesetz.

(2) Abs. 1 gilt nicht für Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie im Einvernehmen zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und dem Land Vorarlberg ausgenommene Leistungen.

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

- a) Sondergebühren gemäß § 78 Abs. 1 lit. b und c sowie § 79 Abs. 1 lit. b und c;
- b) Gebühren für ambulatorische Behandlungen gemäß § 80, soweit diese Leistungen nicht gemäß § 94b vom Landesgesundheitsfonds abgegolten werden;
- c) Gebühren für Begleitpersonen gemäß § 82;
- d) Ärztehonorare gemäß § 86.

(4) Die Fondskrankenanstalten haben den Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auf Rechnung des Landesgesundheitsfonds einzuheben.

§ 97

Überwachungsrecht der Sozialversicherungsträger und des Landesgesundheitsfonds gegenüber Fondskrankenanstalten sowie deren Beziehungen zueinander

(1) Die Sozialversicherungsträger haben ohne Einschaltung des Landesgesundheitsfonds folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Fondskrankenanstalt:

- a) das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (z.B. Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);
- b) das Recht, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten (§ 48 Abs. 8 erster Satz);
- c) das Recht, den Patienten oder die Patientin durch einen beauftragten Facharzt oder eine Fachärztin untersuchen zu lassen;
das Einvernehmen mit der Krankenanstalt ist herzustellen (§ 58 Abs. 2);
- d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen auf elektronischem Weg zu erhalten, aufgrund deren Zahlungen des Landesgesundheitsfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versicherungszuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfasst auch die entsprechenden Statistiken; ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten oder die Patientin auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Landesgesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden.

(2) Die Fondskrankenanstalten haben unter Mitwirkung des Landesgesundheitsfonds die entsprechenden Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der gesamte Datenaustausch zwischen ihnen und den Sozialversicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich auf Grundlage von bundesweit einheitlichen Datensatzaufbauten und Codeverzeichnissen elektronisch vorgenommen werden kann. Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card Infrastruktur zu verwenden und die Identität des Patienten oder der Patientin sowie die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen. Die Überprüfung der Identität ist für Patienten oder Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen.

(3) Die Sozialversicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte durch den Landesgesundheitsfonds.

(4) Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Fondskrankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß den §§ 94, 94a und 94b gegenüber den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten betreffen, gilt der Landesgesundheitsfonds als Sozialversicherungsträger. Der Landesgesundheitsfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Sozialversicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

(5) Wenn Leistungen gemäß § 96 Abs. 1 gewährt werden, hat der Rechtsträger der Fondskrankenanstalt oder der Landesgesundheitsfonds gegenüber der sozialversicherten Person, dem Patienten oder der Patientin oder den unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistung; ausgenommen hiervon sind nur der Kostenbeitrag und der Finanzierungsbeitrag gemäß § 85, der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sowie die im § 96 Abs. 3 genannten Gebühren.

(6) Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Fondskrankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach § 96 Abs. 2 handelt. Die Verträge, ausgenommen Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, sind zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem Landesgesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

(7) Der Abschluss von Verträgen gemäß Abs. 6 bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht das Land ist. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn Vertragsbestimmungen gesetzwidrig oder mit den Grundsätzen einer geordneten Wirtschaftsführung und Gebarung der Krankenanstalt unvereinbar sind.

(8) Die Verträge sind innerhalb von drei Wochen nach Abschluss der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 7 gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage des Vertrages die Genehmigung schriftlich versagt.

§ 98

Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu nicht fondsfinanzierten Krankenanstalten

(1) Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den nicht fondsfinanzierten Krankenanstalten sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen.

(2) Diese Verträge haben insbesondere nähere Bestimmungen zu enthalten über: die Einweisung, die vorzunehmende Überprüfung der Identität des Patienten oder der Patientin, die rechtmäßige Verwendung der e-card, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles (wie z.B. in die Krankengeschichte einschließlich der Röntgenaufnahmen und die Laboratoriumsbefunde), ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Sozialversicherungsträger beauftragten Facharzt oder eine Fachärztin in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser. Die Überprüfung der Identität ist für Patienten oder Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen. Die in Abs. 1 genannten Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden.

(3) Die Verträge sind der Landesregierung binnen vier Wochen nach ihrem Abschluss zur Kenntnis zu bringen.

§ 99

Volle Kostenübernahme

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

6. Abschnitt Gesundheitsstrukturplanung

§ 100

Regionaler Strukturplan Gesundheit für Krankenanstalten

(1) Sofern ein RSG nach § 41 Abs. 1 des Landesgesundheitsfondsgesetzes beschlossen und durch Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH nach § 42 des Landesgesundheitsfondsgesetzes für verbindlich erklärt wurde, gilt dieser als RSG im Sinne dieses Gesetzes, soweit er Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betrifft.

(2) Sofern kein Einvernehmen in der Landes-Zielsteuerungskommission über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG nach § 41 Abs. 1 des Landesgesundheitsfondsgesetzes und daher keine diesbezügliche Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH nach § 42 des Landesgesundheitsfondsgesetzes zustande kommt, hat die Landesregierung in sinngemäßer Anwendung des § 41 Abs. 1 bis 4 durch Verordnung einen RSG für Krankenanstalten zu erlassen, der sich im Anwendungsbereich auf Fondskrankenanstalten beschränkt.

(3) Die Landesregierung kann in der Verordnung nach Abs. 2 öffentliche Krankenanstalten, private gemeinnützige Krankenanstalten oder sonstige Krankenanstalten mit einem Kassenvertrag, die keine Fondskrankenanstalten sind, in den RSG miteinbeziehen, wenn und soweit dies zur Verbesserung der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichtes des Systems der sozialen Sicherheit beiträgt. Soweit die Verordnung auch Planungen für andere Krankenanstalten enthält, binden sie lediglich das Land als Träger von Privatrechten.

(4) Die Landesregierung kann auf Antrag des Rechtsträgers einer Fondskrankenanstalt im Einzelfall mit Bescheid Abweichungen vom RSG bewilligen, wenn die Maßnahme

- a) notwendig ist, um den Einsatz des ärztlichen Personals und das von ihm erbrachte Leistungsangebot organisatorisch oder örtlich zu konzentrieren,
- b) mit dem ÖSG und den darin ausgewiesenen Planungswerten und Strukturqualitätskriterien im Einklang steht und
- c) die Einhaltung der landesweit höchstzulässigen Gesamtbettenzahl je medizinischem Sonderfach gewährleistet ist.

(5) Die Bewilligung nach Abs. 4 liegt im behördlichen Ermessen und kann erforderlichenfalls unter Auflagen, Befristungen und Bedingungen erteilt werden. Sofern eine Verordnung nach Abs. 1 erlassen wurde, darf die Bewilligung nur nach Einholung und unter Berücksichtigung einer Stellungnahme der Landes-Zielsteuerungskommission zur beabsichtigten Bewilligung erteilt werden. Der Bescheid ist zu widerrufen, wenn nicht binnen eines Jahres nach Ausstellung eine entsprechende Anpassung des RSG erfolgt.

§ 101

Planungsziele

Bei der Spitalplanung sind im Einzelnen insbesondere folgende Ziele zu beachten:

- a) Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden. Zu diesem Zweck können auch Schwerpunktbildungen an einzelnen Standorten vorgenommen werden.
- b) Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige, bestmöglich erreichbare sowie wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der Bevölkerung gewährleisten.
- c) Durch eine Verlagerung von Leistungen in den ambulanten (spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich sowie selbständige Ambulatorien) und rehabilitativen Bereich sollen die Krankenanstalten, die in den Anwendungsbereich des RSG fallen, nachhaltig entlastet sowie die Häufigkeit der Aufenthalte und die Krankenhaus-Verweildauer auf das medizinisch notwendige Maß verringert werden.
- d) Bei der Errichtung und Aufrechterhaltung von Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten sind die definierten Mindestbettenzahlen zu berücksichtigen; von diesen kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden. Die abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten soll nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztstätigkeit unterlaufen werden.
- e) Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll eine Beschränkung der Konsiliararztstätigkeit auf die Intentionen des § 11 und § 11a (Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorgter Patienten) erfolgen, soweit dies unter Schonung wohlervorbener Rechte möglich ist.
- f) Einrichtungen für Psychiatrie, Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativmedizin und für Psychosomatik sollen dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden.
- g) Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten der betreffenden Fachrichtung und unter Beschränkung des medizinischen Leistungsangebotes eingerichtet werden. Dislozierte Tageskliniken dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im RSG vorgesehen sind.

- h) Die Kooperation von Krankenanstalten zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte soll gefördert werden. Kooperationen umfassen Zusammenschlüsse von einzelnen Abteilungen oder ganzen Krankenanstalten.
- i) Insbesondere in ambulanten Leistungsbereichen, die durch hohe Investitions- und Vorhaltekosten gekennzeichnet sind (z.B. radiologische Institute), soll die Kooperation zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor zur besseren gemeinsamen Ressourcennutzung bei gleichzeitiger Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote gefördert werden. Entsprechende Konzepte sind im Rahmen von Pilotprojekten zu erproben bzw. zu evaluieren.
- j) Für unwirtschaftliche Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit sind in der Planung Konzepte zur Umwidmung in alternative Versorgungsformen zu entwickeln; dabei sollen auch neue Modelle (z.B. dislozierte Tageskliniken und Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Schnittstellenfunktion) in die Überlegungen einbezogen werden.
- k) Für das Land Vorarlberg sind die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung festzulegen.
- l) Für jede Krankenanstalt sind die Fächerstrukturen (differenziert nach der abgestuften Leistungserbringung) und die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) festzulegen.
- m) Für das Land Vorarlberg und für jede Krankenanstalt sind ausgewählte (spitzenmedizinische) Leistungsbereiche und die Vorhaltung von ausgewählten medizinisch-technischen Großgeräten festzulegen.

§ 102

Strukturqualitätskriterien

(1) Die Landesregierung kann im Interesse einer einheitlichen Qualitätssicherung für verschiedene Organisationseinheiten privater oder öffentlicher Krankenanstalten durch Verordnung Strukturqualitätskriterien anordnen.

(2) In den Strukturqualitätskriterien können für bestimmte Leistungsspektren einer Organisationseinheit insbesondere die Personalausstattung, die Personalqualifikation, die technischen, apparativen und allenfalls räumlichen infrastrukturellen Anforderungen sowie die Leistungsangebote geregelt werden. Dabei ist auf die Strukturqualitätskriterien des ÖSG sowie auf die Qualitätsvorgaben des Landesgesundheitsfonds Bedacht zu nehmen.

(3) In einer Verordnung über Strukturqualitätskriterien sind unter Bedachtnahme auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit angemessene Fristen festzulegen, innerhalb deren die bestehenden Organisationseinheiten die Strukturqualitätskriterien erfüllen müssen.

§ 103

Nachtstellenmanagement

(1) Zur Gewährleistung eines patientenorientierten, raschen und effizienten Betreuungsverlaufs zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich kann die Landesregierung durch Verordnung für die privaten gemeinnützigen und öffentlichen Krankenanstalten Vorgaben zur Verbesserung des Nachtstellenmanagements festlegen.

(2) In einer Verordnung zum Nachtstellenmanagement können insbesondere die Verantwortung, die Kostentragung, die Ressourcenplanung und Ressourcensicherstellung sowie die Art und Weise des Informationsaustausches über medizinische Behandlungsdaten der Krankenanstalten mit dem niedergelassenen Bereich geregelt werden. Dabei ist auf die Beschlüsse des Landesgesundheitsfonds zum Nachtstellenmanagement Bedacht zu nehmen.

(3) In einer Verordnung über Vorgaben zur Verbesserung des Nachtstellenmanagements sind unter Bedachtnahme auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit angemessene Fristen festzulegen, innerhalb deren die Krankenanstalten diese Maßnahmen erfüllen müssen.

§ 103a

Verarbeitung personenbezogener Daten

(1) Die Landesregierung ist zur Wahrnehmung der Aufgaben der Gesundheitsstrukturplanung (§§ 100 bis 103) ermächtigt, Daten nach Abs. 2 betreffend Ärzte, Ärztinnen sowie Angehörige des zahnärztlichen Berufs oder des Dentistenberufs über standardisierte elektronische Schnittstellen zu verarbeiten, sofern die betroffene Person einen Berufssitz oder Dienstort im Landesgebiet hat.

(2) Daten nach Abs. 1 sind:

- a) Daten aus der Ärzteliste (§ 27 Abs. 1 ÄrzteG 1998) gemäß § 27a Abs. 2 ÄrzteG 1998,
- b) Daten aus der Ausbildungsstellenverwaltung (§ 13a Abs. 1 und 2 ÄrzteG 1998) gemäß § 27a Abs. 3 ÄrzteG 1998 und
- c) Daten aus der Zahnärzteliste (§ 11 Abs. 1 ZÄG) gemäß § 11a Abs. 2 ZÄG.

(3) Die Landesregierung ist Verantwortliche gemäß Art. 4 Z. 7 Datenschutz-Grundverordnung.

(4) Die Landesregierung hat die von ihr verarbeiteten Daten zu löschen, sobald sie für die verfolgten Zwecke nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch nach der Streichung der betroffenen Person aus der Ärzteliste gemäß § 59 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bzw. aus der Zahnärzteliste gemäß §§ 43 Abs. 2 und 45 Abs. 2 ZÄG.

7. Abschnitt

Stationäre Hospize, die in Form eines Pflegeheims betrieben werden

§ 103b

Anwendung von Bestimmungen für Krankenanstalten

Für stationäre Hospize, die in Form eines Pflegeheims betrieben werden, sind folgende für Krankenanstalten geltende Bestimmungen sinngemäß anzuwenden:

- | | |
|--------------------------|--|
| <u>§ 4 –</u> | <u>Öffentliche, private und private gemeinnützige Krankenanstalten –</u> |
| <u>§ 5 –</u> | <u>Gemeinnützigkeit –</u> |
| <u>§§ 12 bis 14 –</u> | <u>Ethikkommission und Patientenanwaltschaft –</u> |
| <u>§§ 15 und 16 –</u> | <u>Not- und Zivilspitäler –</u> |
| <u>§§ 17 bis 27 –</u> | <u>Erteilung und Entzug von Bewilligungen –</u> |
| <u>§§ 28 bis 58a –</u> | <u>Betrieb von Krankenanstalten – ; mit Ausnahme der §§ 30a, 32a, 33, 35, 36 Abs. 1 und 2, 39, 39a, 49 und 51; § 32 mit der Maßgabe, dass von einer ständigen ärztlichen Anwesenheit abgesehen werden kann, wenn ärztliche Hilfe durch eine Rufbereitschaft (30 Minuten) erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das nichtärztliche Personal gewährleistet sind;</u> |
| <u>§§ 65 bis 75 –</u> | <u>Sonderbestimmungen für den Betrieb von öffentlichen Krankenanstalten –; mit Ausnahme des § 71 Abs. 1 bis 3, Abs. 4 zweiter Satz, Abs. 5 und 7;</u> |
| <u>§§ 78 bis 90 –</u> | <u>Besondere Kosten- und Finanzierungsregelungen für öffentliche Krankenanstalten –; mit Ausnahme des § 80;</u> |
| <u>§§ 91 bis 93 –</u> | <u>Sonderbestimmungen für private Krankenanstalten –; mit Ausnahme des § 92a;</u> |
| <u>§§ 100 bis 103a –</u> | <u>Gesundheitsstrukturplanung –.</u> |

§ 103c

Aufsicht

(1) Stationäre Hospize, die in Form eines Pflegeheims betrieben werden, unterliegen der Aufsicht der Landesregierung.

(2) Die Landesregierung ist berechtigt, die Einhaltung der Bestimmungen nach § 103b und der dazu erlassenen Verordnungen jederzeit zu überprüfen.

(3) Rechtsträger von stationären Hospizen, die in Form eines Pflegeheims betrieben werden, haben die Ausübung der Aufsicht durch die Landesregierung zu ermöglichen. Zu diesem Zweck haben sie der Landesregierung auf Verlangen:

- a) alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen,
- b) Einsicht in die erforderlichen Dokumente (Pflegedokumentation, Heimverträge) zu gewähren,
- c) unbeschränkt Zutritt zu den Liegenschaften, Gebäuden und Räumlichkeiten zu gewähren.

78. Abschnitt

Straf-, Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 104

Mitteilungen an die sanitäre Aufsichtsbehörde und die Bundesgesundheitsagentur

Alle aufgrund dieses Gesetzes erteilten Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme bzw. Widerruf sind der sanitären Aufsichtsbehörde und der Bundesgesundheitsagentur

unverzüglich bekannt zu geben. Dies gilt nicht für stationäre Hospize, die in Form eines Pflegeheims betrieben werden.

§ 105

Landessanitätsrat

(1) Beim Amt der Landesregierung ist ein Landessanitätsrat eingerichtet, der die Landesregierung und den Landeshauptmann oder die Landeshauptfrau in den gesetzlich festgelegten Fällen zu beraten hat; diese können den Landessanitätsrat auch in anderen ihnen obliegenden Angelegenheiten des Gesundheitswesens zur Beratung heranziehen. Die Geschäfte des Landessanitätsrates führt das Amt der Landesregierung.

(2) Dem Landessanitätsrat gehören bis zu neun Mitglieder an. Die Mitglieder des Landessanitätsrates werden von der Landesregierung für eine Funktionsperiode von vier Jahren bestellt. Den Vorsitz des Landessanitätsrates führt der jeweilige Vorstand oder die Vorständin der für Sanitätsangelegenheiten zuständigen Abteilung des Amtes der Landesregierung.

(3) Die Landesregierung hat durch Verordnung eine Geschäftsordnung für den Landessanitätsrat zu erlassen, die insbesondere nähere Bestimmungen über die Bestellung der Mitglieder, die Einberufung der Sitzungen, das Antragsrecht, die Abstimmung, die Geschäftsbehandlung, die Beiziehung weiterer Personen mit beratender Stimme sowie die Entschädigung der Mitglieder für Zeitversäumnis und Fahrtkosten zu enthalten hat. In der Geschäftsordnung kann vorgesehen werden, dass Sitzungen des Landessanitätsrates auch in Form einer Videokonferenz stattfinden und Beschlüsse auch im Umlaufweg gefasst werden können.

§ 106

Strafen

(1) Mit einer Geldstrafe bis zu 14.000 Euro wird bestraft, wer

- a) eine Krankenanstalt oder einzelne Betriebsbereiche derselben bzw. ein stationäres Hospiz, das in Form eines Pflegeheims betrieben wird. ohne die nach diesem Gesetz erforderliche Bewilligung errichtet oder betreibt;
- b) eine Krankenanstalt bzw. ein stationäres Hospiz, das in Form eines Pflegeheims betrieben wird. ohne behördliche Bewilligung verpachtet oder an einen anderen Rechtsträger überträgt;
- c) eine der im Abs. 2 angeführten Verfehlungen wiederholt oder in einer Art und Weise begeht, dass damit eine erhebliche Gefährdung oder Schädigung von Patienten oder Patientinnen oder von Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege verbunden ist.

(2) Mit einer Geldstrafe bis zu 3.500 Euro wird bestraft, wer

- a) die Anzeigepflicht gemäß § 24 Abs. 2 erster Satz oder gemäß § 51 Abs. 6 zweiter Satz verletzt;
- b) die Bezeichnung einer Krankenanstalt oder von Organisationseinheiten einer Krankenanstalt bzw. eines stationären Hospizes, das in Form eines Pflegeheims betrieben wird. ohne behördliche Bewilligung ändert;
- c) entgegen den Bestimmungen dieses Gesetzes den Betrieb einer Krankenanstalt bzw. eines stationären Hospizes, das in Form eines Pflegeheims betrieben wird. unterbricht oder die Krankenanstalt bzw. das stationäre Hospiz, das in Form eines Pflegeheims betrieben wird. auflässt;
- d) es unterlässt, die für Änderungen der Anstaltsordnung erforderliche Genehmigung zu erwirken, oder wer der Verpflichtung, die Anstaltsordnung zu veröffentlichen bzw. Einsicht in diese zu gewähren, nicht nachkommt;
- e) gegen die behördlich genehmigte Anstaltsordnung in gröblicher Weise verstößt;
~~f) den ärztlichen Dienst in Krankenanstalten ohne Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ausübt;~~
- ~~f)g)~~ in der Krankenanstalt eine über die Dienstobliegenheiten der Anstaltsordnung hinausgehende ärztliche Tätigkeit (Privatpraxis) ausübt;
- ~~g)h)~~ unbefugt eine Berufsbezeichnung oder eine andere Bezeichnung im Sinne des § 32 Abs. 9 führt;
- ~~h)j)~~ eine ihm in diesem Gesetz auferlegte Verschwiegenheitspflicht verletzt;
- ~~i)j)~~ einer ihm nach diesem Gesetz obliegenden Auskunftspflicht nicht nachkommt;
- ~~j)k)~~ der Werbebeschränkung zuwiderhandelt;
- ~~k)l)~~ entgegen der Verordnung über Strukturqualitätskriterien nicht fristgerecht die Strukturqualitätskriterien erfüllt;

- ~~l) m)~~ entgegen der Verordnung zum Nahtstellenmanagement nicht fristgerecht die Vorgaben erfüllt;
~~m) n)~~ entgegen § 28a Abs. 1 keine Haftpflichtversicherung abschließt oder aufrechterhält;
~~n) o)~~ einen Versicherungsvertrag abschließt oder aufrechterhält, der nicht dem § 28a Abs. 3 entspricht.

(3) Übertretungen nach Abs. 1 und 2 lit. ~~a bis g~~ ~~a bis h~~ und ~~i bis n~~ ~~i bis o~~ sind, solange der dadurch geschaffene rechtswidrige Zustand anhält, Dauerdelikte.

(4) Die Abs. 1 und 2 finden keine Anwendung, wenn die Handlung oder Unterlassung nach anderen Gesetzesvorschriften mit einer strengeren Strafe bedroht ist.

(5) Bei Zuwiderhandlung gegen die Werbebeschränkung sind die verbotenen Werbemittel für verfallen zu erklären.

(6) Die Bezirkshauptmannschaft hat jede Bestrafung, die die Eignung des Anstaltsträgers zum Betrieb der Krankenanstalt in Frage stellt, der Landesregierung unverzüglich mitzuteilen.

§ 107

Mitwirkung der Bundespolizei

(1) Die Bundespolizei hat der Behörde über ihr Ersuchen bei Maßnahmen, die für die Einleitung oder Durchführung von Verwaltungsstrafverfahren erforderlich sind (§ 106), und bei der Ausübung von Zwangsbefugnissen (§ 15, § 27) im Rahmen ihres gesetzlichen Wirkungsbereiches Hilfe zu leisten.

(2) Insoweit der Behörde andere geeignete Organe des Landes zur Verfügung stehen, hat sich die Behörde anstelle der Bundespolizei dieser Organe zu bedienen.

§ 108

Übergangsbestimmungen

(1) Berechtigungen zur Errichtung und zum Betrieb von Krankenanstalten, Berechtigungen zur Führung von Krankenanstalten als öffentliche oder private gemeinnützige sowie sonstige Bewilligungen, die aufgrund bisher geltender Vorschriften erteilt worden sind, bleiben bestehen.

(2) Verfahren in Angelegenheiten dieses Gesetzes, einschließlich Verfahren bei den Ethikkommissionen der Krankenanstalten, die vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits eingeleitet wurden, sind nach den bisher geltenden Vorschriften zu beenden.

(3) Bis zur Einrichtung des Landesgesundheitsfonds nimmt der Spitalfonds die Aufgaben und Funktionen des Landesgesundheitsfonds nach diesem Gesetz wahr.

(4) Der § 35 Abs. 1 des Spitalgesetzes, LGBl.Nr. 1/1990, in der Fassung LGBl.Nr. 59/1997, Nr. 16/2001 und Nr. 58/2001, gilt bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nach § 109 Abs. 1.

(5) Der § 38 Abs. 2 lit. b des Spitalgesetzes, LGBl.Nr. 1/1990, in der Fassung LGBl.Nr. 59/1997, gilt bis zum Ablauf des 31. Dezember 2005.

(6) Verordnungen aufgrund dieses Gesetzes können von dem der Kundmachung dieses Gesetzes folgenden Tag an erlassen werden. Sie treten jedoch frühestens mit diesem Gesetz in Kraft.

§ 108a

Übergangsbestimmungen zur Novelle LGBl.Nr. 27/2011

Der § 28a (Haftpflichtversicherung, Haftung) in der Fassung LGBl.Nr. 27/2011 gilt auch für Krankenanstalten, deren Betrieb bereits zuvor bewilligt wurde; diese Krankenanstalten müssen bis zum 19. August 2011 der Landesregierung nachweisen, dass sie eine allenfalls erforderliche Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben.

§ 108b

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 44/2013

Am 31. Dezember 2013 beim ordentlichen Gericht anhängige Entschädigungsverfahren nach den §§ 7 und 15 sind nach den Vorschriften vor LGBl.Nr. 44/2013 zu beenden.

§ 108c

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 10/2018

Vor dem 1. Jänner 2017 bestehende Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 11a in der Fassung LGBl.Nr. 8/2013 sind spätestens bis 1. Jänner 2020 in Standardkrankenanstalten gemäß § 11 umzuwandeln.

§ 108d

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 24/2020

Vor dem 1. Jänner 2018 bestehende Satellitendepartments für Unfallchirurgie gemäß § 8b Abs. 1 lit. a in der Fassung LGBl.Nr. 8/2013 sowie Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Sinne des § 8b Abs. 1 lit. d in der Fassung LGBl.Nr. 10/2018 sind spätestens bis 1. Jänner 2021 in eine zulässige Organisationsform umzuwandeln.

§ 108e

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 19/2020

Bis zum Ablauf des 31. Dezember 2020 im Rahmen der Sonderbestimmungen aufgrund von Maßnahmen zur Bekämpfung von COVID-19 nach § 110 in der Fassung LGBl.Nr. 19/2020 aufgrund von Abweichungen von den §§ 18 Abs. 4, 18a, 21, 24, 28 sowie von auf Grundlage dieser Bestimmungen erlassenen Verordnungen und dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (§ 100 in Verbindung mit § 41 Abs. 1 Landesgesundheitsfondsgesetz) erlangte Berechtigungen erlöschen mit Ablauf des 31. Dezember 2021.

§ 108f

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 91/2020

In der Zeit zwischen dem 1. Jänner 2021 bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 im Rahmen der Sonderbestimmungen aufgrund von Maßnahmen zur Bekämpfung von COVID-19 nach § 110 in der Fassung LGBl.Nr. 19/2020 aufgrund von Abweichungen von den §§ 18 Abs. 4, 18a, 21, 24, 28 sowie von auf Grundlage dieser Bestimmungen erlassenen Verordnungen und dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (§ 100 in Verbindung mit § 41 Abs. 1 Landesgesundheitsfondsgesetz) erlangte Berechtigungen erlöschen mit Ablauf des 31. Juli 2022.

§ 108g

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 50/2021

In der Zeit zwischen dem 1. August 2021 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2021 im Rahmen der Sonderbestimmungen aufgrund von Maßnahmen zur Bekämpfung von COVID-19 nach § 110 in der Fassung LGBl.Nr. 19/2020 aufgrund von Abweichungen von den §§ 18 Abs. 4, 18a, 21, 24, 28 sowie von auf Grundlage dieser Bestimmungen erlassenen Verordnungen und dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (§ 100 in Verbindung mit § 41 Abs. 1 Landesgesundheitsfondsgesetz) erlangte Berechtigungen erlöschen mit Ablauf des 31. Dezember 2022.

§ 108h

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 83/2021

In der Zeit zwischen dem 1. Jänner 2022 bis zum Ablauf des 31. Juli 2022 im Rahmen der Sonderbestimmungen aufgrund von Maßnahmen zur Bekämpfung von COVID-19 nach § 110 in der Fassung LGBl.Nr. 19/2020 aufgrund von Abweichungen von den §§ 18 Abs. 4, 18a, 21, 24, 28 sowie von auf Grundlage dieser Bestimmungen erlassenen Verordnungen und dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (§ 100 in Verbindung mit § 41 Abs. 1 Landesgesundheitsfondsgesetz) erlangte Berechtigungen erlöschen mit Ablauf des 31. Juli 2023.

§ 108i

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 42/2022

In der Zeit zwischen dem 1. August 2022 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2022 im Rahmen der Sonderbestimmungen aufgrund von Maßnahmen zur Bekämpfung von COVID-19 nach § 110 in der Fassung LGBl.Nr. 19/2020 aufgrund von Abweichungen von den §§ 18 Abs. 4, 18a, 21, 24, 28 sowie von auf Grundlage dieser Bestimmungen erlassenen Verordnungen und dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (§ 100 in Verbindung mit § 41 Abs. 1 Landesgesundheitsfondsgesetz) erlangte Berechtigungen erlöschen mit Ablauf des 31. Dezember 2023.

§ 108j

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. xx/2024

(1) Der Rechtsträger eines stationären Hospizes, das vor Inkrafttreten der Novelle LGBl.Nr. xx/2024 aufgrund einer Errichtungs- und Betriebsbewilligung als Krankenanstalt in der Art einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke im Sinne des § 2 Abs. 1 Z. 3 betrieben worden ist, kann beantragen, dass seine Errichtungs- und Betriebsbewilligung künftig als solche für den Betrieb des stationären Hospizes in Form eines Pflegeheims im Sinne des 7. Abschnitts gilt.

(2) Die Landesregierung hat aufgrund eines Antrags nach Abs. 1 die Geltung der Errichtungs- und Betriebsbewilligung als solche für den Betrieb des stationären Hospizes in Form eines Pflegeheims mit

Bescheid festzustellen. Erforderlichenfalls ist die Errichtungs- und Betriebsbewilligung abzuändern, soweit dies erforderlich ist, weil für stationäre Hospize, die als Pflegeheim betrieben werden, bestimmte krankenanstaltenrechtliche Anforderungen nach Maßgabe des 7. Abschnittes nicht oder nur modifiziert zur Anwendung gelangen.

§ 109

Inkrafttreten und Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt, soweit in den Abs. 2 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, an dem auf die Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft.

(2) Die folgenden Bestimmungen treten am 1. Jänner 2001 in Kraft:

- § 5 Abs. 3 und 4 – Standardkrankenanstalten –
- § 6 Abs. 4, 5, 6 und 7 – Schwerpunktkrankenanstalten –
- § 7 Abs. 3 – Zentralkrankenanstalten –
- § 9 Abs. 1 lit. d – Gemeinnützigkeit –
- § 23 Abs. 3 lit. e – Betriebsbewilligung –
- § 24 Abs. 3 – Veränderungen –
- § 31 Abs. 4 – Qualitätssicherung –
- § 32 Abs. 3, 4, 6, 7 – Ärztlicher Dienst –
- § 36 Abs. 2 lit. e – Ärztliche Behandlung –
- § 47 Abs. 1 letzter Satz – Aufnahmevermerke –
- § 65 Abs. 4 – Öffentlichkeitsrecht –
- § 68 Abs. 1 – Öffentliche Stellenausschreibung –
- § 70 Abs. 1 und 2 – Angliederungsverträge –
- § 71 Abs. 4 zweiter Satz – Aufnahme in Anstaltsbehandlung –
- § 87 – Gebühren für ausländische Staatsangehörige –
- § 101 – Planungsziele –.

(3) Die folgenden Bestimmungen treten am 1. März 2001 in Kraft:

- § 96 – Abgeltung von Leistungen in Fondskrankenanstalten –
- § 97 Abs. 1 lit. d sowie Abs. 2 und 5 – Überwachungsrecht der Sozialversicherungsträger und des Landesgesundheitsfonds gegenüber Fondskrankenanstalten sowie deren Beziehungen zueinander –.

(4) Die folgenden Bestimmungen treten am 1. Jänner 2005 in Kraft:

- § 17 Abs. 2 zweiter Satz – Errichtungsbewilligung –
- § 18 Abs. 4 und 5 – Sachliche Voraussetzungen –
- § 20 Abs. 3 – Errichtung einer Krankenanstalt durch einen Krankenversicherungsträger –
- § 23 Abs. 3 lit. b und c – Betriebsbewilligung –
- § 26 – Abänderung und Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung –
- § 48 Abs. 8 – Krankengeschichten, Operationsprotokolle und sonstige Aufzeichnungen –
- § 51 Abs. 5 – Anstaltsambulatorien –
- § 57 Abs. 4 – Entlassung –
- § 66 Abs. 1 zweiter Satz – Öffentlichkeitsrecht, Verzicht und Entziehung –
- § 67 Abs. 2 letzter Satz – Betriebspflicht, Betriebsunterbrechung, Auflassung –
- § 71 Abs. 5 – Aufnahme in Anstaltsbehandlung –
- § 77 – Geltungsbereich –
- § 78 – Abgeltung von Leistungen in der allgemeinen Pflegeklasse –
- § 79 – Abgeltung von Leistungen in der Sonderklasse –
- § 80 – Abgeltung von Leistungen in Anstaltsambulatorien –
- § 81 – LKF-Gebühren und Pflegegebühren –

- § 82 – Gebühren für Begleitpersonen –
- § 83 – Ermittlung der LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren –
- § 84 – Festsetzung der LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren –
- § 88 – Tragung der Gebühren –
- § 89 – Verschreibung der Gebühren –
- § 90 – Einbringung der Gebühren –
- § 94 – Landesgesundheitsfonds –; ausgenommen § 94 Abs. 4 lit. b
- § 95 – Aufnahme in Fondskrankenanstalten –
- § 97 Abs. 1 lit. a bis c sowie Abs. 3, 4, 6 bis 8 – Überwachungsrecht der Sozialversicherungsträger und des Landesgesundheitsfonds gegenüber Fondskrankenanstalten sowie deren Beziehungen zueinander –
- § 98 – Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu nicht fondsfinanzierten Krankenanstalten –
- § 99 – Volle Kostenübernahme –
- § 104 – Mitteilungen an die sanitäre Aufsichtsbehörde und die Bundesgesundheitsagentur –.
- (5) Der § 94 Abs. 4 lit. b tritt am 1. Jänner 2006 in Kraft.
- (6) Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes, LGBl.Nr. 54/2005, nach Abs. 1 tritt, ausgenommen der Fall des Abs. 7, das Spitalgesetz, LGBl.Nr. 1/1990, in der Fassung LGBl.Nr. 17/1992, Nr. 3/1994, Nr. 50/1994, Nr. 40/1996, Nr. 59/1997, Nr. 27/1999, Nr. 16/2001, Nr. 58/2001 und Nr. 19/2003, außer Kraft.
- (7) (Verfassungsbestimmung) Mit dem Inkrafttreten des Art. 51 Abs. 2 in der Fassung LGBl.Nr. 14/2013 tritt der § 109 Abs. 7 des Spitalgesetzes, LGBl.Nr. 54/2005, in der Fassung LGBl.Nr. 67/2008, außer Kraft.
- (8) Für den Fall, dass der § 107 oder einzelne seiner Teile nicht kundgemacht werden können, ist dieses Gesetz ohne diese Bestimmung oder ohne diese Teile kundzumachen.
- (9) Das Gesetz über eine Änderung des Spitalgesetzes, LGBl.Nr. 67/2008, tritt, mit Ausnahme der Z. 4 und 28, am 1. Jänner 2008 in Kraft.
- (10) Art. XLIV des Landesverwaltungsgerichts-Anpassungsgesetzes – Sammelnovelle, LGBl.Nr. 44/2013, tritt am 1. Jänner 2014 in Kraft.
- (11) Die Z. 54 des Gesetzes über eine Änderung des Spitalgesetzes, LGBl.Nr. 8/2013, tritt rückwirkend am 1. Jänner 2011 in Kraft.
- (12) Der § 105 in der Fassung LGBl.Nr. 8/2013 tritt am 1. Jänner 2014 in Kraft.
- (13) Für den Fall, dass der § 94 Abs. 4 bis 6 in der Fassung LGBl.Nr. 10/2015 oder einzelne seiner Teile nicht kundgemacht werden können, ist das Gesetz über eine Änderung des Spitalgesetzes, LGBl.Nr. 10/2015, ohne den § 94 Abs. 4 bis 6 oder ohne diese Teile kundzumachen.
- (14) Der § 36 Abs. 4 in der Fassung LGBl.Nr. 10/2018 tritt mit 1. Juli 2018 in Kraft.
- (15) Der § 85 Abs. 5 in der Fassung LGBl.Nr. 10/2018 tritt rückwirkend am 1. Jänner 2017 in Kraft.
- (16) Art. X des Gesetzes über Anpassungen aufgrund von Neuerungen im Krankenanstalten-, Sozialversicherungs- und Erwachsenenschutzrecht – Sammelnovelle, LGBl.Nr. 24/2020, tritt rückwirkend am 1. Jänner 2020 in Kraft. Der § 94b Abs. 4 in der Fassung LGBl.Nr. 24/2020 tritt rückwirkend am 1. Jänner 2019 in Kraft.
- (17) Art. IV des Gesetzes über Sozialleistungen für hilfsbedürftige Personen – Sammelgesetz, LGBl.Nr. 81/2020, tritt am 1. April 2021 in Kraft.

8. Abschnitt

Sonderbestimmungen aufgrund von Maßnahmen zur Bekämpfung von COVID-19

§ 111

Sonderbestimmungen betreffend leistungsorientiertes Krankenanstaltenfinanzierungssystem

(1) Der Landesgesundheitsfonds kann die Richtlinien über das in Vorarlberg anzuwendende leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem sowie zur Abgeltung ambulanter Leistungen in Fondskrankenanstalten (§ 94a Abs. 4 und § 94b) dahingehend ändern, dass

- a) die zur Bekämpfung von COVID-19 notwendige spezielle fachliche und spezielle regionale Versorgung von Krankenanstalten, Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten

berücksichtigt wird und Mittel für Ausgleichszahlungen zur Abdeckung der in der Krisensituation entstandenen Mehrausgaben oder Mindereinnahmen gewährt werden;

b) der Aufwand für die Errichtung und den Betrieb der medizinischen Versorgungseinrichtungen für an COVID-19 Erkrankte und Krankheitsverdächtige (§ 2 Abs. 3 lit. i) sowie der Notspitäler (§ 15) aus den Mitteln des Landesgesundheitsfonds für Planungen und Strukturreformen (§ 47 Landesgesundheitsfondsgesetz) dem Rechtsträger der Einrichtung bzw. demjenigen, der den Aufwand in der Krisensituation getragen hat, ganz oder teilweise abgegolten wird und die näheren Dokumentations- und Qualitätsvoraussetzungen hierfür festlegen.

(2) Richtlinien nach Abs. 1 können rückwirkend, frühestens mit 16. März 2020 in Kraft gesetzt werden.

§ 113

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Art. XIII der COVID-19-Sammelnovelle, LGBl.Nr. 19/2020, tritt rückwirkend mit 16. März 2020 in Kraft.

(2) Art. XII der 2. COVID-19-Sammelnovelle, LGBl.Nr. 91/2020, tritt am 31. Dezember 2020 in Kraft.

(3) Art. XIII der 3. COVID-19-Sammelnovelle, LGBl.Nr. 50/2021, tritt am 31. Juli 2021 in Kraft.

(4) Art. IX der 4. COVID-19-Sammelnovelle, LGBl.Nr. 83/2021, tritt am 31. Dezember 2021 in Kraft.

(5) Art. IX der 5. COVID-19-Sammelnovelle, LGBl.Nr. 42/2022, tritt am 31. Juli 2022 in Kraft.

(6) Der § 110 in der Fassung des Art. XIII der COVID-19-Sammelnovelle, LGBl.Nr. 19/2020, tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2022 außer Kraft.

(7) Der 8. Abschnitt in der Fassung des Art. XIII der COVID-19-Sammelnovelle, LGBl.Nr. 19/2020, des Art. XII der 2. COVID-19-Sammelnovelle, LGBl.Nr. 91/2020, des Art. XIII der 3. COVID-19-Sammelnovelle, LGBl.Nr. 50/2021, des Art. IX der 4. COVID-19-Sammelnovelle, LGBl.Nr. 83/2021, und des Art. IX der 5. COVID-19-Sammelnovelle, LGBl.Nr. 42/2022, tritt, soweit er nicht schon nach Abs. 6 davor außer Kraft getreten ist, mit Ablauf des 31. Dezember 2023 außer Kraft.

§ 114

Inkrafttretensbestimmungen zur Novelle LGBl.Nr. 4/2022

(1) Art. XXXVII des Gesetzes über Neuerungen im Zusammenhang mit Digitalisierung – Sammelnovelle, LGBl.Nr. 4/2022, ausgenommen die Änderungen betreffend die §§ 12 Abs. 8, 56 Abs. 4, 105 Abs. 3 und 114, tritt am 1. Juli 2022 in Kraft.

(2) Die Änderungen betreffend die §§ 12 Abs. 8, 56 Abs. 4, 105 Abs. 3 und 114 durch LGBl.Nr. 4/2022 treten am 1. Jänner 2022 in Kraft.

Artikel II*)

Ab dem Zeitpunkt der Kundmachung des Außerkrafttretens der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesgesetzblatt gelten die nachfolgenden Bestimmungen des Art. I in der folgenden Fassung:

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

1a. Der nunmehrige § 2 Abs. 4 lit. e lautet:

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

2. Der § 5 Abs. 1 lautet:

„(1) Eine Krankenanstalt gilt als gemeinnützig, wenn

a) ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;

b) anstaltsbedürftige Personen nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen werden;

c) für die Dauer und Art der Unterbringung, für die ärztliche Behandlung und Pflege sowie, ausgenommen in der Sonderklasse, für die Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten und Patientinnen maßgebend ist;

d) das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt (Pflegeentgelt) in der allgemeinen Pflegeklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige

- bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung und auf Tag- oder Nachtbetrieb, in gleicher Höhe festgesetzt ist;
- e) die in der Krankenanstalt beschäftigten Personen unbeschadet der Ärztehonorare und der bundesrechtlichen Vorschriften über die besonderen Honorare der Vorstände von Universitätskliniken von den Patienten und Patientinnen oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen;
 - f) die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.“

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

4. aufgehoben durch LGBl.Nr. 27/2011

5. aufgehoben durch LGBl.Nr. 27/2011

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

7. Der § 23 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Betriebsbewilligung ist – erforderlichenfalls unter Vorschreibung von Befristungen, Bedingungen und Auflagen – zu erteilen, wenn

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

8. Der § 24 Abs. 3 lautet:

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

9. Der § 26 lautet:

„§ 26

Abänderung und Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Der § 48 Abs. 8 lautet:

„(8) Die Krankenanstalten haben den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern, der Patientenanwaltschaft und der Schiedskommission nach dem Patienten- und Klientenschutzgesetz sowie dem Landesvolksanwalt oder der Landesvolksanwältin, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten, Ärztinnen (Zahnärzten, Zahnärztinnen) oder Krankenanstalten auf Verlangen kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten und Patientinnen zu übermitteln.“

11. Der § 49 Abs. 4 lautet:

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

11a. Der § 55 Abs. 2 lit. d entfällt.

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

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

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

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

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

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

15. aufgehoben durch LGBl.Nr. 10/2015

15a. Der § 77 Abs. 2 lautet:

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

16. Der § 78 Abs. 1 lit. a lautet:

„a) die Pflegegebühren der allgemeinen Pflegeklasse“

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

18. Der § 79 Abs. 1 lit. a lautet:

„a) die Pflegegebühren der allgemeinen Pflegeklasse“

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

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

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

21. Der § 83 lautet:

„§ 83

Ermittlung der Pflege- und Sondergebühren

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

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

22. Der § 84 lautet:

„§ 84

Festsetzung der Pflege- und Sondergebühren

(1) Die Pflege- und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen. Der Rechtsträger hat die mit der Festsetzung der Pflege- und Sondergebühren zusammenhängenden Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen.

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

(3) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft betrieben werden, dürfen nicht niedriger sein als die Pflege- und allfälligen Sondergebühren der nächstgelegenen, von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

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

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

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

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

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

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

27. Der § 91 Abs. 2 lautet:

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

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

§ 69 – Vorübergehende Zuweisung von Krankenzimmern und Betten –

§ 73 Abs. 1 und 2 – Pflegeklassen –

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

§ 78 – Abgeltung von Leistungen in der allgemeinen Pflegeklasse –

§ 79 – Abgeltung von Leistungen in der Sonderklasse –

§ 80 – Abgeltung von Leistungen in Anstaltsambulatorien –

§ 81 – Besonderheiten bei der Abrechnung nach Pflegegebühren –

§ 82 – Gebühren für Begleitpersonen –

§ 83 – Ermittlung der Pflege- und Sondergebühren –

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

§ 85 – Kostenbeitrag und andere Beiträge –

§ 86 – Ärztehonorare –

§ 89 Abs. 2 – Verschreibung der Gebühren –.“

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

29. Der § 94 lautet:

„§ 94

Kostenaufteilung bei sozialversicherten Personen und deren Angehörigen in öffentlichen Krankenanstalten

(1) Für sozialversicherte Personen, die Anspruch auf Anstaltspflege haben, sind die den öffentlichen Krankenanstalten zustehenden Pflegegebühren zur Gänze vom Sozialversicherungsträger zu entrichten. Handelt es sich jedoch um einen anspruchsberechtigten Angehörigen einer nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz versicherten Person, so hat die sozialversicherte Person in den ersten vier Wochen ununterbrochener Anstaltspflege – ausgenommen bei einer aus dem Versichertenfall der Mutterschaft gewährten Anstaltspflege oder im Falle der Organspende – 10 v.H. der Pflegegebührenersätze zu entrichten. Handelt es sich um eine nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz versicherte Person oder um einen ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen, so hat die sozialversicherte Person ebenfalls 10 v.H. der Pflegegebührenersätze zu entrichten, soweit nicht im Bauern-Sozialversicherungsgesetz Ausnahmen von der Kostenbeteiligung vorgesehen sind.

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

Vereinbarung der Sozialversicherungsträger aufzukommen hat, sind von der sozialversicherten Person selbst zu tragen.

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

29a. Die §§ 94a und 94b entfallen.

30. Der § 95 lautet:

„§ 95

Aufnahme von sozialversicherten Personen in öffentliche Krankenanstalten

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

31. Der § 96 lautet:

„§ 96

Abgeltung von Leistungen in Krankenanstalten

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

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

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

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

32. Der § 97 lautet:

„§ 97

Einsichts- und Untersuchungsrecht der Sozialversicherungsträger

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

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

33. Der § 98 lautet:

„§ 98

Beziehungen zwischen öffentlichen Krankenanstalten und Sozialversicherungsträgern

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

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

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

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

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

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

34. Der § 99 lautet:

„§ 99

Entscheidung über Streitigkeiten bei Vertragsabschluss

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

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

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

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

„§ 100

Schiedskommission

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

§ 101

Volle Kostenübernahme

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

§ 102

Beziehungen zwischen privaten Krankenanstalten und Sozialversicherungsträgern

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

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

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

40. Der nunmehrige § 103 lautet:

„§ 103

Regionaler Strukturplan Gesundheit für Krankenanstalten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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