



Landesrecht konsolidiert Oberösterreich: Gesamte Rechtsvorschrift für Oö. Krankenanstaltengesetz 1997, Fassung vom 04.10.2018

Langtitel

Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997)

StF: [LGBI.Nr. 132/1997](#) (WV)

Änderung

[LGBI.Nr. 11/1998](#) (GP XXV RV 18/1997 [AB 59/1997](#) LT 3)

[LGBI.Nr. 125/1998](#) (GP XXV [RV 346/1998](#) LT 11)

[LGBI.Nr. 21/2001](#) (GP XXV [RV 990/2001](#) LT 33)

[LGBI.Nr. 41/2001](#) (GP XXV RV 919/2000 [AB 1029/2001](#) LT 34)

[LGBI.Nr. 71/2001](#) (GP XXV RV 1095/2001 [AB 1116/2001](#) LT 37)

[LGBI.Nr. 87/2001](#) (GP XXV [IA 1144/2001](#) LT 38)

[LGBI.Nr. 31/2002](#) (GP XXV RV 1311/2002 [AB 1341/2002](#) LT 43)

[LGBI.Nr. 84/2002](#) (GP XXV [RV 1482/2002](#) [AA 1500/2002](#) LT 47)

[LGBI.Nr. 112/2002](#) (GP XXV [RV 1528/2002](#) LT 48)

[LGBI.Nr. 44/2003](#) (GP XXV RV 1658/2003 [AB 1692/2003](#) LT 52)

[LGBI.Nr. 23/2004](#) (GP XXVI [IA 103/2004](#) LT 6)

[LGBI.Nr. 51/2005](#) (GP XXVI RV 474/2005 [AB 479/2005](#) LT 16)

[LGBI.Nr. 79/2005](#) (GP XXVI IA 553/2005 [AB 562/2005](#) LT 19; RL 2001/20/EG vom 4. April 2001, ABl.Nr. L 121 vom 1.5.2001, S 34)

[LGBI.Nr. 99/2005](#) (GP XXVI RV 556/2005 [AB 618/2005](#) LT 20; RL 2001/20/EG vom 4. April 2001, ABl.Nr. L 121 vom 1.5.2001, S 34)

[LGBI.Nr. 122/2006](#) (GP XXVI RV 912/2006 [AB 984/2006](#) LT 32; RL 2002/98/EG vom 27. Jänner 2003, ABl.Nr. L 33 vom 8.2.2003, S 30)

[LGBI.Nr. 35/2008](#) (GP XXVI RV 1273/2007 [AB 1413/2008](#) LT 46)

[LGBI.Nr. 83/2009](#) (GP XXVI RV 1865/2009 [AB 1889/2009](#) LT 60)

[LGBI.Nr. 85/2009](#) (GP XXVI [IA 1906/2009](#) [AA 1924/2009](#) LT 60)

[LGBI.Nr. 60/2010](#) (GP XXVII RV 44/2009 [AB 191/2010](#) LT 9)

[LGBI.Nr. 70/2011](#) (GP XXVII RV 385/2011 [AB 406/2011](#) LT 17)

[LGBI.Nr. 89/2011](#) (GP XXVII RV 439/2011 [AB 486/2011](#) LT 19)

[LGBI.Nr. 54/2012](#) (GP XXVII RV 380/2011 [AB 581/2012](#) LT 24)

[LGBI.Nr. 70/2012](#) (GP XXVII RV 640/2012 [AB 665/2012](#) LT 27)

[LGBI.Nr. 90/2013](#) (GP XXVII RV 942/2013 [AB 993/2013](#) LT 38)

[LGBI.Nr. 56/2014](#) (GP XXVII RV 1111/2014 [AB 1163/2014](#) LT 45)

[LGBI.Nr. 91/2015](#) (GP XXVII RV 1502/2015 [AB 1536/2015](#) LT 55; RL 2011/24/EU vom 9. März 2011, ABl. Nr. L 88 vom 4.4.2011, S 45 [CELEX-Nr. [32011L0024](#)])

[LGBI.Nr. 140/2015](#) (GP XXVIII IA 19/2015 [AB 31/2015](#) LT 3)

[LGBI.Nr. 85/2016](#) (GP XXVIII RV 267/2016 [AB 287/2016](#) LT 12)

[LGBI.Nr. 97/2017](#) (GP XXVIII RV 562/2017 [AB 585/2017](#) LT 22)

[LGBI.Nr. 55/2018](#) (GP XXVIII RV 707/2018 [AB 720/2018](#) LT 26)

Sonstige Textteile

Anmerkung:

Bei den Wiederverlautbarungen wurden die Änderungen und Ergänzungen berücksichtigt, die sich aus folgenden Rechtsvorschriften ergeben:

StF: [LGBI. Nr. 19/1958](#) (ursprüngliche Fassung) (GP XVIII RV 168 [AB 186/1958](#) LT 23)

[LGBI. Nr. 49/1958](#) (DFB)

[LGBI. Nr. 49/1961](#) (GP XVIII RV 413 [AB 417/1961](#) LT 53)

[LGBI. Nr. 34/1965](#) (GP XIX RV 191 [AB 200/1965](#) LT 28)

[LGBI. Nr. 35/1965](#) (VfGH)

[LGBI. Nr. 11/1966](#) (GP XIX RV 231 [AB 243/1966](#) LT 37)

[LGBI. Nr. 21/1967](#) (GP XIX [RV 303/1967](#) LT 44)

[LGBI. Nr. 27/1969](#) (GP XX RV 66 [AB 90/1969](#) LT 12)

[LGBI. Nr. 4/1973](#) (VfGH)

[LGBI. Nr. 49/1975](#) (GP XXI RV 106 [AB 111/1975](#) LT 15)

StF: [LGBI. Nr. 10/1976](#) (WV)

[LGBI. Nr. 13/1985](#) (GP XXII RV 267 AB 372 Einspruch 384 [AB 389/1985](#) LT 43)

[LGBI. Nr. 59/1987](#) (GP XXIII RV 83 [AB 112/1987](#) LT 16)

[LGBI. Nr. 45/1988](#) (GP XXIII [RV 197/1988](#) LT 25)

[LGBI. Nr. 37/1990](#) (GP XXIII RV 290/1989 [AB 346/1990](#) LT 38)

[LGBI. Nr. 44/1991](#) (GP XXIII RV 422 [AB 425/1990](#) LT 46)

[LGBI. Nr. 65/1992](#) (GP XXIV RV 109 [AB 124/1992](#) LT 9)

[LGBI. Nr. 61/1994](#) (GP XXIV [RV 432/1994](#) LT 26)

[LGBI. Nr. 57/1995](#) (VfGH)

[LGBI. Nr. 14/1997](#) (GP XXIV RV 620/1995 [AB 902/1996](#) [IA 926/1996](#) LT 50)

[LGBI. Nr. 67/1997](#) (GP XXIV RV 937/1997 [AB 1005/1997](#))

Befristete Änderungen durch Landesgesetze betreffend die Krankenanstaltenfinanzierung:

[LGBI. Nr. 57/1978](#) (GP XXI RV 284 [AB 288/1978](#) LT 39)

[LGBI. Nr. 30/1983](#) (GP XXII [RV 232/1982](#) LT 26)

[LGBI. Nr. 77/1985](#) (GP XXII [RV 432/1985](#) LT 47)

[LGBI. Nr. 57/1988](#) (GP XXIII RV 196 Einspruch 202 [AB 204/1988](#) LT 26)

[LGBI. Nr. 98/1991](#) (GP XXIII [RV 497/1991](#) LT 52)

[LGBI. Nr. 64/1992](#) (GP XXIV RV 108 [AB 123/1992](#) LT 9)

[LGBI. Nr. 84/1995](#) (GP XXIV [AB 640/1995](#) LT 37)

[LGBI. Nr. 14/1996](#) (GP XXIV [RV 720/1995](#) LT 40)

Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs betreffend § 16 Oö. KAG 1976: [LGBI. Nr. 117/1998](#) (VfGH 7.10.1998, G 11/97, G 12/97)

Präambel/Promulgationsklausel

INHALTSÜBERSICHT

1. HAUPTSTÜCK Begriffsbestimmungen

§ 1 Begriff

- § 2 Einteilung
- § 3 Allgemeine Krankenanstalten
- § 3a Fachrichtungsbezogene Organisationsformen
- § 3b Referenzzentren
- § 3c Entnahmeeinheiten und Transplantationszentren

2. HAUPTSTÜCK

1. ABSCHNITT

Errichtung und Betrieb von Krankenanstalten

1. UNTERABSCHNITT

Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

- § 4 Errichtungsbewilligung
- § 5 Bewilligungsvoraussetzungen
- § 6 Betriebsbewilligung

2. UNTERABSCHNITT

Errichtungs- und Betriebsbewilligung für selbständige Ambulatorien

- § 6a Errichtungsbewilligung
- § 6b Betriebsbewilligung

3. UNTERABSCHNITT

Gemeinsame Bestimmungen

- § 6c Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten
- § 7 Verlegung und Veränderung
- § 8 Vorschreibung weiterer Auflagen
- § 9 Verpachtung, Übertragung, Änderung der Bezeichnung
- § 9a Qualität und Standortsicherung der öffentlichen Krankenanstalten
- § 9b Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre

2. ABSCHNITT

Regelung des inneren Betriebes von Krankenanstalten

- § 10 Anstaltsordnung
- § 11 Informations- und Beschwerdestelle
- § 12 Patientenvertretung
- § 13 Organisation der Patientenvertretung
- § 13a Kollegiale Führung
- § 14 Ärztlicher Dienst; Leitung
- § 14a Zahnambulatorium; Leitung
- § 14b Universitätskliniken und Universitätsinstitute
- § 15 Ärztlicher Dienst; Einrichtung
- § 16 Krankenhaushygiene
- § 17 Technischer Sicherheitsbeauftragter
- § 17a Spitalskatastrophenpläne
- § 18 Ethikkommission
- § 18a Kinder- und Opferschutzgruppen
- § 18b Blutdepot
- § 18c Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch
- § 19 Personalplanung
- § 20 Verschwiegenheitspflicht
- § 21 Krankengeschichten und sonstige Vormerke
- § 22 Pflegedienst
- § 23 Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung
- § 24 Soziale Beratung
- § 25 Supervision
- § 25a Konfliktberatung
- § 26 Fortbildung des nichtärztlichen Personals
- § 27 Qualitätssicherung
- § 27a Haftpflichtversicherung
- § 28 Patientenrechte

- § 28a Transparentes Wartelistenregime
- § 29 Wirtschaftsführung

3. ABSCHNITT Wirtschaftsaufsicht

- § 30 Allgemeines; Voranschlag
- § 31 Rechnungsabschluß
- § 32 Bewilligung von Auslagerungen
- § 33 Werbebeschränkung

4. ABSCHNITT Ärzteausbildung

- § 34 Anzahl der zu beschäftigenden Ärzte

3. HAUPTSTÜCK

1. ABSCHNITT Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten

- § 35 Allgemeines
- § 36 Öffentlichkeitsrecht
- § 37 Gemeinnützigkeit
- § 38 Öffentlichkeitsrecht bei Veränderung einer Krankenanstalt
- § 39 Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege
- § 40 Angliederungsverträge
- § 41 Notkrankenanstalten
- § 41a Arzneimittelkommission
- § 42 Arzneimittelvorrat
- § 43 Öffentliche Stellenausschreibung
- § 44 Allgemeine Gebührenklasse
- § 45 Sonderklasse
- § 46 Aufnahme von Patienten
- § 47 Erste ärztliche Hilfe
- § 48 Entlassung von Patienten
- § 49 Leichenöffnung (Obduktion)
- § 50 Ambulante Untersuchungen und Behandlungen
- § 51 Pflegegebühren
- § 52 Kostenbeitrag
- § 53 Sondergebühren
- § 54 Arzthonorare
- § 55 Pflegegebühren, Sondergebühren; Verpflichtete
- § 56 Pflegegebühren, Sondergebühren; Einbringung
- § 57 Pflegegebühren, Sondergebühren; Ermittlung
- § 58 Pflegegebühren, Sondergebühren; Festsetzung
- § 59 Oö. Gesundheitsfonds
- § 60 LKF-Gebührenersätze
- § 61 Ambulanz-Gebührenersätze
- § 62 Pflegegebühren, Sondergebühren; Einheitlichkeit
- § 63 Besondere Bestimmungen für ausländische Staatsangehörige

2. ABSCHNITT Beziehungen der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten zu den Trägern der Sozialversicherung

- § 64 Kostenverteilung
- § 65 Volle Kostenübernahme
- § 66 Leistungen
- § 67 Einsichts- und Informationsrecht
- § 68 Ersatz von Leistungen
- § 69 Verträge mit Versicherungsträgern
- § 70 Schiedskommission
- § 71 Aufgaben der Schiedskommission
- § 72 Versicherungsträger

3. ABSCHNITT**Beziehungen der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten zu Körperschaften öffentlichen Rechts als Träger einer Krankenfürsorgeeinrichtung**

- § 73 Verträge mit Trägern von Krankenfürsorgeeinrichtungen

4. ABSCHNITT**Beziehungen der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten zu den Sozialhilfeträgern**

- § 74 Verträge mit Sozialhilfeträgern

5. ABSCHNITT**Deckung des Betriebsabganges**

- § 75 Beiträge zum Betriebsabgang
 § 76 Aufbringung der Mittel
 § 77 Verfahren

6. ABSCHNITT**Betriebspflicht**

- § 78 Betriebspflicht; Verzicht auf Öffentlichkeitsrecht

7. ABSCHNITT**Besondere Bestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in öffentlichen Krankenanstalten und für öffentliche Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie**

- § 79 Sonderbestimmungen
 § 80 Offene Führung
 § 81 Geschlossener Bereich
 § 82 Sonstige Beschränkungen der Bewegungsfreiheit
 § 83 Anstaltsordnung
 § 84 Führung von Aufzeichnungen
 § 85 Ärztliche Leitung
 § 86 Aufnahme und Entlassung

8. ABSCHNITT**Patientenentschädigung**

- § 86a Oö. Patientenentschädigungsfonds
 § 86b Organisation des Oö. Patientenentschädigungsfonds
 § 86c Entschädigungskommission
 § 86d Aufgaben der Entschädigungskommission
 § 86e Leistungen des Oö. Patientenentschädigungsfonds
 § 86f Aufsicht über den Oö. Patientenentschädigungsfonds

4. HAUPTSTÜCK**Bestimmungen für private und militärische Krankenanstalten**

- § 87 Begriffsbestimmungen
 § 88 Anwendung anderer Bestimmungen
 § 89 Fortbetriebsrechte
 § 90 Beziehungen der Rechtsträger von nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten zu den Krankenversicherungsträgern
 § 90a Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und private Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie
 § 91 Militärische Krankenanstalten

5. HAUPTSTÜCK**Landessanitätsrat**

- § 91a Einrichtung und Aufgaben des Landessanitätsrats
 § 91b Zusammensetzung des Landessanitätsrats
 § 91c Mitgliedschaft im Landessanitätsrat
 § 91d Geschäftsführung des Landessanitätsrats
 § 91e Geschäftsordnung des Landessanitätsrats

6. HAUPTSTÜCK**Allgemeine Bestimmungen**

- § 92 Blutabnahme in Vollziehung der Straßenverkehrsordnung 1960

§ 93	Anstaltspflege nach dem Heeresversorgungsgesetz
§ 94	Verarbeitung personenbezogener Daten
§ 95	Mitwirkung bei der sanitären Aufsicht des Bundes
§ 96	Strafbestimmungen
§ 97	Zwangsmittel
§ 98	Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung
§ 99	Entziehung des Öffentlichkeitsrechts
§ 100	Sperre
§ 101	Freiheit von Verwaltungsabgaben
§ 102	Eigener Wirkungsbereich der Gemeinde
§ 102a	Verweisungen
§ 103	Übergangsbestimmungen
§ 104	Schlußbestimmung

Text

1. HAUPTSTÜCK Begriffsbestimmungen

§ 1 Begriff

- (1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die
1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
 2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
 3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
 4. zur Entbindung,
 5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder
 6. zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation
- bestimmt sind. (Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))
- (2) Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.
- (3) Als Krankenanstalten im Sinn der Abs. 1 und 2 gelten nicht:
1. Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
 2. Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, sowie arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes;
 3. Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen 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;
 4. die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH;
 5. Gruppenpraxen;
 6. medizinische Versorgungseinrichtungen in Betreuungseinrichtungen gemäß § 1 Z 5 des Grundversorgungsgesetzes-Bund 2005 für Asylwerber.
- (Anm: [LGBI. Nr. 44/2003](#), [70/2011](#), [85/2016](#))
- (4) Einrichtungen, die eine gleichzeitige 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, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten anzusehen. Sie unterliegen den Bestimmungen dieses Landesgesetzes. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(5) Im Sinn dieses Landesgesetzes bedeutet:

1. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, [LGBI. Nr. 58/2008](#), in der Fassung der Vereinbarung [LGBI. Nr. 79/2013](#);
2. Fondskrankenanstalten: Krankenanstalten, die über den Oö. Gesundheitsfonds auf Grund der in Z 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG finanziert werden;
3. LKF: Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung im Sinn der in Z 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG.

(Anm: [LGBI.Nr. 71/2001](#), [122/2006](#), [56/2014](#))

(6) Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Landesgesetz gelten jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

(7) Soweit in diesem Landesgesetz die Begriffe „Medizinische Universität“ oder „Universität, an der eine medizinische Fakultät eingerichtet ist“ verwendet werden, sind darunter die gemäß § 6 des Universitätsgesetzes 2002 errichteten Universitäten zu verstehen. (Anm: [LGBI. Nr. 85/2016](#))

§ 2 Einteilung

Krankenanstalten im Sinn des § 1 Abs. 1 und 2 sind:

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechtes, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1 Abs. 1 und 2);
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten
 - a) für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten (z. B. Anstalten für Lungenkrankheiten, für Geisteskrankheiten und für Nervenkrankheiten; Anstalten für Alkoholranke),
 - b) für die Untersuchung und Behandlung von Personen bestimmter Altersstufen (z. B. Kinderspitäler) oder
 - c) für bestimmte Zwecke (z. B. Unfallkrankenhäuser, Inquisitenspitäler);
3. *Entfallen*
4. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
5. *Entfallen*
6. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
7. selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig;
8. militärische Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres gemäß § 2 des Wehrgesetzes stehen.

(Anm: [LGBI. Nr. 41/2001](#), [70/2011](#), [85/2016](#))

§ 3 Allgemeine Krankenanstalten

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

1. Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 7 mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zumindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische bzw. unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden. Ferner müssen

Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfachs betreut werden. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein.

2. Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 7 mit Abteilungen zumindest für:

- 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;

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 und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfachs betreut werden; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung auf dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärzte als Konsiliarärzte zu erfolgen. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein; schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden.

3. Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen.

(Anm: [LGBl.Nr. 70/2011](#), [70/2012](#), [97/2017](#))

(2) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität oder einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dienen, sind Zentralkrankenanstalten im Sinn des Abs. 1 Z 3. (Anm: [LGBl. Nr. 85/2016](#))

(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den im § 6c geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig. (Anm: [LGBl. Nr. 35/2008](#), [70/2012](#))

(3a) In Standardkrankenanstalten kann die ambulante Basisversorgung für chirurgische bzw. unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG auch durch eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit oder eine Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden. (Anm: [LGBl.Nr. 97/2017](#))

(4) Von der Errichtung einzelner im Abs. 1 Z 2 vorgesehenen Abteilungen und sonstigen Einrichtungen kann mit Bewilligung der Landesregierung abgesehen werden, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte oder sonstigen Einrichtungen mit einem Leistungsangebot der jeweils erforderlichen Versorgungsstufe und Erfüllung der zugehörigen Anforderungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist. (Anm: [LGBl. Nr. 97/2017](#))

(5) Unbeschadet der für die Errichtung und den Betrieb einer Krankenanstalt geltenden Bewilligungen hat die Landesregierung durch Bescheid festzustellen, welcher der im Abs. 1

angeführten Arten eine allgemeine Krankenanstalt zuzuordnen ist. In einen solchen Bescheid kann auch eine Entscheidung nach Abs. 3 oder 4 aufgenommen werden.

(6) Entfallen (Anm: [LGBI.Nr. 97/2017](#))

(7) In Krankenanstalten gemäß Abs. 1 Z 1 und 2 können nach Maßgabe des § 3a folgende reduzierte Organisationsformen eingerichtet werden:

1. Departments

- a) für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments (§ 3a Abs. 2 Z 1),
 - b) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,
 - c) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
 - d) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin,
 - e) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
 - f) für Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Unfallchirurgie, Neurologie und Neurochirurgie und
 - g) im Rahmen von Abteilungen für Teilgebiete desselben Sonderfachs;
2. Fachschwerpunkte für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie;
3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach;
4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

(Anm. [LGBI.Nr. 70/2012](#), [85/2016](#), [97/2017](#))

(8) Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik (Abs. 7 Z 1 lit. d und e) nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2012](#))

(9) Mit Bewilligung der Landesregierung können Teile einer Abteilung einer öffentlichen Krankenanstalt am Standort einer anderen öffentlichen Krankenanstalt, die sich in unmittelbarer räumlicher Nähe befindet, betrieben werden, wenn eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenversorgung gewährleistet ist. Zur Beurteilung dieser Frage haben die Rechtsträger der Krankenanstalten ein Gutachten des Landessanitätsrats einzuholen. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2012](#))

§ 3a

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 7 und 8 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

- 1. Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie oder Remobilisation und Nachsorge mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei

- Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 7 Z 1 eingerichtet werden. Satellitendepartments für Unfallchirurgie sind organisatorisch Teil jener Krankenanstalt, in der sie betrieben werden. Die ärztliche Versorgung der Satellitendepartments ist von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder – im Fall einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten – von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen;
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit 8 bis 14 Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 7 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und § 3 Abs. 6 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen;
 3. dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 6 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinn des § 10 Abs. 2 Z 5 enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;
 4. dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfachs mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG. Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden werden oder auch als bettenführende Einrichtungen eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 6 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden.

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2012](#), [85/2016](#))

§ 3b **Referenzzentren**

Als Referenzzentren werden spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisationsstrukturen bezeichnet, die grundsätzlich in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen für folgende Bereiche eingerichtet werden können:

1. Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzellentransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene einschließlich Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben;
2. Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung und Stammzellentransplantation für Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2012](#))

§ 3c

Entnahmeeinheiten und Transplantationszentren

(1) Entnahmeeinheiten sind rechtskräftig bewilligte Krankenanstalten, die die Bereitstellung von Organen im Sinn des Organtransplantationsgesetzes durchführen oder koordinieren.

(2) Die Entnahmeeinheit kann sich auch mobiler Teams bedienen, die die Entnahme von Organen in den Räumlichkeiten anderer Krankenanstalten durchführen oder koordinieren.

(3) Transplantationszentren sind Krankenanstalten, die Transplantationen im Sinn des Organtransplantationsgesetzes vornehmen und deren von der Landesregierung erteilte Bewilligung dieses Leistungsangebot umfasst.

(4) Der Rechtsträger des Transplantationszentrums hat sich vor der Durchführung einer Transplantation zu vergewissern, dass hinsichtlich Organ- und Spendercharakterisierung sowie Konservierung und Transport der entnommenen Organe die Bestimmungen des Organtransplantationsgesetzes eingehalten wurden.

(5) Der Rechtsträger der Entnahmeeinheit bzw. des Transplantationszentrums hat sicherzustellen, dass im Rahmen des Qualitätssystems zumindest Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures-SOPs), Leitlinien, Ausbildungs- oder Referenzhandbücher sowie Aufzeichnungen zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Organen geführt werden. Die Dokumentation hat eine nach dem Stand der Wissenschaft lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transplantationskette von der Spende bis zur Transplantation oder Entsorgung, soweit dies in den Aufgabenbereich der Entnahmeeinheit bzw. des Transplantationszentrums fällt, sicherzustellen und ist für einen Zeitraum von mindestens 30 Jahren aufzubewahren.

(Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

2. HAUPTSTÜCK

1. ABSCHNITT

Errichtung und Betrieb von Krankenanstalten

1. UNTERABSCHNITT

Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

§ 4

Errichtungsbewilligung

(1) Die Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bedarf, sofern § 91 nicht anderes bestimmt, einer Bewilligung der Landesregierung. (Anm: [LGBI.Nr. 85/2016](#))

(2) Der Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung hat den Anstaltszweck, die Bezeichnung der Anstalt und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau anzugeben. Dem Antrag sind folgende Unterlagen je in dreifacher Ausfertigung anzuschließen:

1. die zur Beurteilung des Vorhabens erforderlichen Planunterlagen, wie Lagepläne, Baupläne, Baubeschreibungen und dgl.; für Inhalt und Planunterlagen gilt die Öö. Bautechnikverordnung sinngemäß;
2. ein Verzeichnis, aus dem die Anzahl der Anstaltsräume, getrennt nach ihrem Verwendungszweck, sowie die Größe der Bodenfläche und des Luftraums dieser Räume ersichtlich ist;

3. Pläne und Beschreibungen für die medizinisch-technischen Apparate und technischen Einrichtungen;
4. ein Verzeichnis über den Bettenstand für die Schlafräume der Patienten und des Anstaltspersonals.

(3) Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig. In diesem Verfahren ist die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Z 2, 3, 4 und 6 nicht erforderlich.

(4) Im Bewilligungsverfahren und im Vorabfeststellungsverfahren kann eine Stellungnahme des Landessanitätsrats eingeholt werden.

(5) Die Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt durch einen Krankenversicherungsträger bedarf keiner Bewilligung. Beabsichtigt ein Sozialversicherungsträger die Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt, so hat er dies der Landesregierung vor Baubeginn anzuzeigen.

(6) In Verfahren zur Erteilung einer Errichtungsbewilligung für eine Krankenanstalt und zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben die Wirtschaftskammer Oberösterreich als gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten sowie die betroffenen Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 5 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit Abs. 5 zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinn des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichts das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG. (Anm: [LGBI.Nr. 85/2016](#))

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#), [90/2013](#))

§ 5

Bewilligungsvoraussetzungen

(1) Die Errichtungsbewilligung ist zu erteilen, wenn

1. ein Bedarf im Sinn des Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 4 oder 5 gegeben ist,
2. das Eigentum an der für die bettenführende Krankenanstalt vorgesehenen Betriebsanlage oder das sonstige Recht zu deren Benützung nachgewiesen wird,
3. das Gebäude, das als Betriebsanlage dienen soll, den für solche Gebäude geltenden bau-, feuer-, sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht,
4. die vorgesehene Ausstattung mit medizinisch-technischen Apparaten den nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft an eine bettenführende Krankenanstalt der vorgesehenen Art zu stellenden Anforderungen entspricht,
5. eine den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Behandlung gewährleistet ist, und
6. gegen den Bewilligungswerber keine Bedenken bestehen; Bedenken sind dann gegeben, wenn er vorbestraft ist und nach der Art der Vorstrafe ein einwandfreier Betrieb nicht zu erwarten ist oder wenn sonstige Umstände, zB im Hinblick auf seine körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie sein Vorleben, vorliegen, die seine Eignung ausschließen.

(1a) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Bis zum Feststehen des Ergebnisses eines allfälligen Vertragsvergabeverfahrens der Sozialversicherung über das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum ist das Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung zu unterbrechen. (Anm: [LGBI.Nr. 97/2017](#))

(2) Der Bedarf nach einer bettenführenden Krankenanstalt mit dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot ist im Hinblick auf das in angemessener Entfernung bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der

sozialen Sicherheit zu beurteilen. Ein Bedarf nach Sanatorien ist nicht gegeben, wenn das Verhältnis der Zahl der Sanatoriumsbetten einer Fachrichtung im Land zur Bettenzahl der Sonderklasse der entsprechenden Fachrichtung der öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 Z 1 und 2 bezeichneten Art im Land einen von der Landesregierung durch Verordnung festzusetzenden Wert (Verhältniszahl) überschreitet. Bei der Festsetzung der Verhältniszahl ist unter Bedachtnahme auf die Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes sicherzustellen, dass die eine wirtschaftliche Führung zulassende Belagstärke der Betten der Sonderklasse in den öffentlichen Krankenanstalten der erwähnten Art im Land gewährleistet bleibt. (Anm: [LGBl.Nr. 97/2017](#))

(3) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standorts innerhalb desselben Einzugsgebiets erfolgt. (Anm: [LGBl.Nr. 56/2014](#))

(4) Für Fondskrankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn die geplante Errichtung nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot einer gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes erlassenen Verordnung entspricht. (Anm: [LGBl.Nr. 97/2017](#))

(4a) Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist, wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes geregelt ist, hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 5 anzuwenden. (Anm: [LGBl.Nr. 97/2017](#))

(5) Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) hinsichtlich

1. der örtlichen Verhältnisse (Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),
2. der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. der Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie
4. der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann.

(5a) 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 § 3 Abs. 1 festzulegen. Am jeweiligen Standort sind die für die festgelegte Versorgungsstufe je Leistungsbereich geltenden Vorgaben einzuhalten. (Anm: [LGBl.Nr. 97/2017](#))

(6) Die Errichtungsbewilligung ist mit Auflagen oder unter Bedingungen zu erteilen, soweit dies zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 und zur Gewährleistung einer den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Behandlung oder aus anderen öffentlichen Interessen, insbesondere im Interesse der bestmöglichen gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung, erforderlich ist.

(7) Wenn nicht binnen drei Jahren ab Erteilung der Errichtungsbewilligung mit der Errichtung der bettenführenden Krankenanstalt begonnen wird, kann die Landesregierung die Errichtungsbewilligung zurücknehmen, sofern die Zurücknahme im Interesse der Sicherstellung einer dem Bedarf entsprechenden Krankenanstaltspflege geboten ist.

(Anm: [LGBl.Nr. 70/2011](#))

§ 6 Betriebsbewilligung

(1) Der Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt bedarf einer Bewilligung der Landesregierung. (Anm: [LGBl.Nr. 70/2011](#))

(2) Die Betriebsbewilligung ist zu erteilen, wenn

1. die Errichtungsbewilligung für die Krankenanstalt vorliegt,
2. die für den Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen technischen Einrichtungen und medizinisch-technischen Apparate vorhanden sind und diese Einrichtungen und Apparate sowie die Betriebsanlage den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen,
- 2a. die in der Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind,
3. eine Anstaltsordnung (§ 10) vorliegt und gegen diese keine Bedenken bestehen,
4. ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes und für die Leitung von Abteilungen, Instituten, Departments und Fachschwerpunkten der Krankenanstalt geeignete Ärzte namhaft gemacht wurden und ihre Bestellung nicht gemäß § 14 Abs. 5 untersagt wurde,
5. glaubhaft gemacht wird, daß die nach dem Anstaltszweck, dem vorgesehenen Leistungsangebot und den allenfalls vorgesehenen Leistungsschwerpunkten erforderlichen Angehörigen des ärztlichen Dienstes, des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste sowie Hebammen in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen und
6. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 27a erforderlich ist.

(Anm: [LGBI. Nr. 71/2001](#), [99/2005](#), [122/2006](#), [83/2009](#), [70/2011](#), [97/2017](#))

(3) Die Betriebsbewilligung für eine von einem Sozialversicherungsträger gemäß § 4 Abs. 5 letzter Satz errichtete Krankenanstalt ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 Z 2 bis 5 vorliegen.

2. UNTERABSCHNITT

Errichtungs- und Betriebsbewilligung für selbständige Ambulatorien

§ 6a

Errichtungsbewilligung

(1) Die Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums bedarf, sofern § 91 nicht anderes bestimmt, einer Bewilligung der Landesregierung. (Anm: [LGBI.Nr. 85/2016](#))

(2) Der Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung hat den Anstaltszweck, die Bezeichnung der Anstalt und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten) genau anzugeben. Dem Antrag sind folgende Unterlagen je in dreifacher Ausfertigung anzuschließen:

1. die zur Beurteilung des Vorhabens erforderlichen Planunterlagen, wie Lagepläne, Baupläne, Baubeschreibungen und dgl.; für Inhalt und Planunterlagen gilt die Öö. Bautechnikverordnung sinngemäß;
2. ein Verzeichnis, aus dem die Anzahl der Anstaltsräume, getrennt nach ihrem Verwendungszweck, sowie die Größe der Bodenfläche und des Luftraums dieser Räume ersichtlich ist;
3. Pläne und Beschreibungen für die medizinisch-technischen Apparate und technischen Einrichtungen.

(3) Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 5 Z 1 ist zulässig. In diesem Verfahren ist die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 5 Z 2, 3, 4 und 6 nicht erforderlich.

(4) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums und zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben hinsichtlich des nach Abs. 5 in Verbindung mit Abs. 6 zu prüfenden Bedarfs - ausgenommen im Fall des Abs. 7 - Parteistellung im Sinn des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichts das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG:

1. die Wirtschaftskammer Oberösterreich als gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten;
2. die betroffenen Sozialversicherungsträger;
3. die Ärztekammer für Oberösterreich und
4. bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer.

(Anm: [LGBI.Nr. 85/2016](#))

(5) Die Errichtungsbewilligung darf nur erteilt werden, wenn

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das in angemessener Entfernung bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
 - a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
 - b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,
2. das Eigentum an der für das selbständige Ambulatorium vorgesehenen Betriebsanlage oder das sonstige Recht zu deren Benützung nachgewiesen wird,
3. das Gebäude, das als Betriebsanlage dienen soll, den für solche Gebäude geltenden bau-, feuer-, sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht,
4. die vorgesehene Ausstattung mit medizinisch-technischen Apparaten den nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft an ein selbständiges Ambulatorium der vorgesehenen Art zu stellenden Anforderungen entspricht,
5. eine den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung gewährleistet ist, und
6. gegen den Bewilligungswerber keine Bedenken bestehen; Bedenken sind dann gegeben, wenn er vorbestraft ist und nach der Art der Vorstrafe ein einwandfreier Betrieb nicht zu erwarten ist oder wenn sonstige Umstände, zB im Hinblick auf seine körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie sein Vorleben, vorliegen, die seine Eignung ausschließen.

(5a) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Bis zum Feststehen des Ergebnisses eines allfälligen Vertragsvergabeverfahrens der Sozialversicherung über das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum ist das Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung zu unterbrechen.

(Anm: [LGBI.Nr. 97/2017](#))

(6) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte);
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen;
3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patienten;
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3 und
5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(6a) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die

Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 6 anzuwenden. (Anm: [LGBI.Nr. 97/2017](#))

(7) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 5 Z 1 in Verbindung mit Abs. 6 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von einer Prüfung nach Abs. 5 Z 1 in Verbindung mit Abs. 6 abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standorts innerhalb desselben Einzugsgebiets erfolgt. (Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

(8) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung kann eine Stellungnahme des Landessanitätsrats eingeholt werden. Weiters ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Oö. Gesundheitsfonds zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 6 einzuholen. (Anm: [LGBI.Nr. 85/2016](#))

(9) Die Errichtungsbewilligung ist mit Auflagen oder unter Bedingungen zu erteilen, soweit dies zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 5 und zur Gewährleistung einer den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen bzw. zahnärztlichen Behandlung oder aus anderen öffentlichen Interessen, insbesondere im Interesse der bestmöglichen gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung, erforderlich ist.

(10) Die Errichtungsbewilligung hat - ausgenommen im Fall des Abs. 7 - im Rahmen des Antrags jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen) sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und - soweit sinnvoll - die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen.

(11) Die Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums durch einen Krankenversicherungsträger ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für Oberösterreich bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer im Sinn des § 339 ASVG vorliegt. Liegt ein Einvernehmen nicht vor, so ist die Errichtungsbewilligung zu erteilen, wenn die Landesregierung festgestellt hat, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums betraut.

(12) Wenn nicht binnen drei Jahren ab Erteilung der Errichtungsbewilligung mit der Errichtung des selbständigen Ambulatoriums begonnen wird, kann die Landesregierung die Errichtungsbewilligung zurücknehmen, sofern die Zurücknahme im Interesse der Sicherstellung einer dem Bedarf entsprechenden Krankenanstaltspflege geboten ist.

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

§ 6b **Betriebsbewilligung**

(1) Der Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums bedarf einer Bewilligung der Landesregierung.

(2) Die Betriebsbewilligung ist zu erteilen, wenn

1. die Errichtungsbewilligung vorliegt,
2. die für den Betrieb erforderlichen technischen Einrichtungen und medizinisch-technischen Apparate vorhanden sind und diese Einrichtungen und Apparate sowie die Betriebsanlage den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen,
3. eine Anstaltsordnung (§ 10) vorliegt und gegen diese keine Bedenken bestehen,
4. ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes (§ 14 Abs. 3 und § 14a Abs. 1)

namhaft gemacht wurde und ihre Bestellung nicht untersagt wurde (§ 14 Abs. 5 und § 14a Abs. 3),

5. glaubhaft gemacht wird, dass die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird, und

6. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 27a erforderlich ist.

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2012](#))

(3) Die Betriebsbewilligung für ein von einem Krankenversicherungsträger errichtetes selbständiges Ambulatorium ist zu erteilen, wenn eine Einigung gemäß § 339 ASVG oder eine Errichtungsbewilligung gemäß § 6a Abs. 11 zweiter Satz vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 2 Z 2 bis 5 gegeben sind. (Anm: [LGBI.Nr. 85/2016](#))

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

3. UNTERABSCHNITT Gemeinsame Bestimmungen

§ 6c

Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten

(1) Eine örtlich getrennte Unterbringung gemäß § 3 Abs. 3 im grenznahen Gebiet eines Nachbarstaates ist nur für einzelne vorgesehene Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten in ihrer Gesamtheit zulässig und bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn nachgewiesen ist, dass

1. es sich um beidseits im grenznahen Gebiet gelegene Krankenanstalten handelt, die sich zueinander in räumlicher Nähe befinden,
2. 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 auf Grund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
3. das Vorhaben in einer Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes vorgesehen ist,
4. den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird,
5. die Behandlung und Pflege von Patienten ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung erfolgt.

(Anm: [LGBI.Nr. 97/2017](#))

(2) Die Beurteilung der Voraussetzung gemäß Abs. 1 Z 1 hat auf Grund der spezifischen Gegebenheiten der Kooperation zu erfolgen; der Rechtsträger der österreichischen Krankenanstalt hat jedenfalls eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Patientenbetreuung zu gewährleisten.

(3) Eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn eine der Voraussetzungen des Abs. 1 nicht oder nicht mehr vorliegt.

(4) Werden in einer österreichischen Krankenanstalt Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten einer im Ausland gelegenen Krankenanstalt geführt, sind in diesen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten ausschließlich Patienten der im Ausland gelegenen Krankenanstalt zu behandeln und pflegen. Weiters hat diese Behandlung und Pflege ausschließlich durch Personal der im Ausland gelegenen Krankenanstalt sowie unter der Leitung dieser Krankenanstalt zu erfolgen.

(Anm: [LGBI. Nr. 35/2008](#), [70/2011](#))

§ 7

Verlegung und Veränderung

(1) Einer Bewilligung der Landesregierung bedarf

1. eine Verlegung der Betriebsstätte der Krankenanstalt,
2. eine Veränderung der Art der Krankenanstalt (§ 2 Z 1 bis 7),
3. eine Veränderung der Type einer allgemeinen Krankenanstalt (§ 3 Abs. 1 Z 1 bis 3),
4. eine Veränderung der Bestimmung einer Sonderkrankenanstalt (§ 2 Z 2) hinsichtlich Krankheit, Altersstufe oder Zweck,
5. eine Veränderung des Aufgabenbereiches bzw. Zweckes eines Sanatoriums (§ 2 Z 6) oder selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Z 7),
6. eine Erweiterung einer Krankenanstalt durch Zu- und Umbauten, die den räumlichen Umfang der Krankenanstalt erheblich verändern würde,
7. die Schaffung fachrichtungsbezogener Organisationsformen gemäß § 3a und von Instituten, auch wenn sie mit einer räumlichen Erweiterung der Krankenanstalt nicht verbunden ist,
8. eine wesentliche Änderung oder Erweiterung des Leistungsangebotes oder der apparativen Ausstattung.

Im Verfahren über die Bewilligung sind die Vorschriften der §§ 4 bis 6b sinngemäß anzuwenden. (Anm: [LGBl. Nr. 71/2001](#), [70/2011](#), [70/2012](#))

(2) Jede andere geplante räumliche Veränderung einer Krankenanstalt sowie die Aufstellung medizinischer Apparate und technischer Einrichtungen, soweit dadurch nicht lediglich bereits bestehende Apparate und Einrichtungen von im wesentlichen gleicher medizinischer und technischer Ausstattung und Wirkungsweise ersetzt werden, ist der Landesregierung rechtzeitig anzuzeigen; dasselbe gilt sinngemäß für die wesentliche Veränderung medizinischer Apparate und technischer Einrichtungen. Die Landesregierung hat innerhalb von drei Monaten nach vollständiger Vorlage der zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen die Veränderung bzw. Aufstellung zu untersagen, wenn die Veränderung bzw. Aufstellung den in den §§ 4 bis 6b festgelegten Grundsätzen widerspricht. (Anm: [LGBl. Nr. 35/2008](#), [70/2011](#))

(3) Soweit die Landesregierung Untersagungsgründe gemäß Abs. 2 feststellt, kann sie anstelle der Untersagung innerhalb der im Abs. 2 genannten Frist mit Bescheid Auflagen, Bedingungen oder Befristungen vorschreiben, wenn dadurch die festgestellten Abweisungsgründe entfallen. (Anm: [LGBl. Nr. 35/2008](#))

§ 8

Vorschreibung weiterer Auflagen

Ergibt sich nach Erteilung einer Bewilligung (gemäß §§ 4, 6, 6a, 6b oder 7 dieses Landesgesetzes oder gemäß früher geltender krankenanstaltenrechtlicher Vorschriften), daß medizinische Apparate oder technische Einrichtungen der Krankenanstalt den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften nicht entsprechen, so ist die Vorschreibung weiterer zur Erfüllung dieser Vorschriften erforderlichen Auflagen für den Betrieb unter möglicher Schonung erworbener Rechte zulässig. (Anm: [LGBl.Nr. 70/2011](#))

§ 9

Verpachtung, Übertragung, Änderung der Bezeichnung

Die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung - auch eines Teils - auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung bedarf gleichfalls der Bewilligung der Landesregierung (§ 5 Abs. 1 Z 6 und § 6a Abs. 5 Z 6). Die Bewilligung darf nur erteilt werden, wenn gegen den Bewerber bzw. gegen die neue Bezeichnung im öffentlichen Interesse keine Bedenken bestehen. Bei der Beurteilung sind in den ersten beiden Fällen § 5 Abs. 1 Z 2 und 6 sowie § 6a Abs. 5 Z 2 und 6 sinngemäß anzuwenden.

(Anm: [LGBl.Nr. 70/2011](#))

§ 9a

Qualität und Standortsicherung der öffentlichen Krankenanstalten

Das Land Oberösterreich gewährleistet im Rahmen der Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltenpflege (§ 39 Abs. 1) eine qualitativ hochwertige, nachhaltige und dezentrale Standort- und Versorgungssicherheit.

(Anm: [LGBI. Nr. 85/2009](#))

§ 9b

Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre

Bei Errichtung und beim Betrieb einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität oder einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dient, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt ist in einer Vereinbarung zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und der Universität näher zu regeln.

(Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

2. ABSCHNITT

Regelung des inneren Betriebes von Krankenanstalten

§ 10

Anstaltsordnung

(1) Der innere Betrieb einer Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln.

(2) Die Anstaltsordnung hat jedenfalls zu enthalten:

1. die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt einschließlich der Einrichtungen für ambulante Untersuchung und Behandlung, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen bzw. in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und, neben diesen, auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
2. Angaben über die Organisation der Anstalt, die Person ihres Rechtsträgers und die wesentlichen, dem Betrieb der Anstalt zu Grunde liegenden Rechtsverhältnisse sowie über ihre Vertretung nach außen;
3. die Grundzüge der Verwaltung und der Betriebsform, insbesondere ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmal über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, oder in sonstigen Betriebsformen gemäß Abs. 9 aufgenommen werden;
4. die Regelung der Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, insbesondere des verantwortlichen ärztlichen Leiters, der Leiter der Abteilungen, der Institute, der Laboratorien, der Departments, der Fachschwerpunkte und der Anstaltsapotheke, des Leiters des Pflegedienstes, des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten und des Hygieneteams, des Konsiliarapothekers, des Technischen Sicherheitsbeauftragten sowie des Verwalters und gruppenweise aller anderen beschäftigten Personen in dem durch die besonderen Verhältnisse der einzelnen Krankenanstalt gegebenen Umfang; insbesondere ist auch die Verschwiegenheitspflicht und die disziplinierte Ahndung ihrer Verletzung in die Anstaltsordnung aufzunehmen; es ist auch festzulegen, daß Personen, die mit medizinischen Apparaten und technischen Einrichtungen arbeiten, an solchen Apparaten und Einrichtungen festgestellte Mängel sofort dem Technischen Sicherheitsbeauftragten zu melden haben; durch diese Regelung der Dienstobliegenheiten wird die Anwendung von Vorschriften dienstrechtlicher oder arbeitsvertragsrechtlicher Art auf die Tätigkeit der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen nicht berührt;
5. bei einer Gliederung in Organisationseinheiten und Pflegegruppen die jeweilige Bettenanzahl, wobei die unter Berücksichtigung des Fachs und des Fortschritts der Medizin jeweils überschaubare Größe nicht überschritten werden darf; bei standortübergreifenden Organisationsformen die Beschreibung der Kooperation, insbesondere des

Leistungsspektrums und organisatorische Regelungen; Regelungen über die Verantwortlichkeiten, insbesondere die Leitung der standortübergreifenden und fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der im Abs. 9 genannten Betriebsformen und über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen; Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationsformen (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (Abs. 9). Sofern Betten für Patienten von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit zugeordnet werden können;

6. Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
7. Bestimmungen über Organisation und Durchführung der Supervision (§ 25);
8. Regelungen über die Fortbildung der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen.

(Anm: [LGBI.Nr. 41/2001](#), [71/2001](#), [83/2009](#), [89/2011](#), [70/2012](#))

(3) Ferner hat die Anstaltsordnung zu enthalten:

1. Angaben über den für die Aufnahme als Patienten der Anstalt in Betracht kommenden Personenkreis, über die Bedingungen der Aufnahme und der Entlassung der Patienten, besonders auch die Regelung ihrer Entlassung aus disziplinären Gründen, und über den Vorgang bei der Aufnahme und Entlassung sowie über die Führung eines Vormerkes über die Ablehnung der Aufnahme von Patienten und deren Gründe; ferner die Maßnahmen beim Ableben eines Patienten;
2. Bestimmungen über das von Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten und disziplinäre Vorschriften zur Einhaltung dieser Bestimmungen;
3. die Möglichkeit für eine seelsorgerische Betreuung aller Patienten, die eine solche wünschen;
4. Regelungen über den Vorgang bei der Geltendmachung des dem Patienten gemäß § 20 Abs. 5 zustehenden Untersagungsrechtes;
5. die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;
6. die Verpflichtung des Prüfungsleiters bzw. des Leiters der Organisationseinheit nach § 18 Abs. 9, der kollegialen Führung der Krankenanstalt jenes Ausmaß bekanntzugeben, in dem die Teilnahme an Prüfungen oder Anwendungen, die der Beurteilung durch die Ethikkommission unterliegen, entgolten wird;
7. die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindenführhunde, Servicehunde und Signalhunde) und Therapiehunden (§ 39a des Bundesbehindertengesetzes) aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist.

(Anm: [LGBI. Nr. 35/2008](#), [85/2016](#))

(4) In der Anstaltsordnung sind ferner die mit der Aufnahme von Patienten befaßten Organe anzuweisen, unverzüglich die Verbindung mit einer anderen Krankenanstalt aufzunehmen und die Weiterverlegung einzuleiten, wenn die Aufnahme eines anstaltsbedürftigen Patienten (§ 46 Abs. 3) in der eigenen Krankenanstalt wegen Vollbelags ausgeschlossen ist.

(5) Die Anstaltsordnung darf keine Bestimmungen enthalten, die die Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruches oder die Mitwirkung daran verbieten oder die Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, mit nachteiligen Folgen verbinden.

(6) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität oder einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor ihrer Genehmigung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt das Rektorat der Universität zu hören.
(Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

(7) Die Anstaltsordnung und ihre Änderung bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die Anstaltsordnung über einen der in den Abs. 1 bis 4 aufgezählten Punkte keinen Aufschluß gibt, diesen oder dem Abs. 5 widerspricht oder gesetzwidrige bzw. solche Bestimmungen enthält, die eine ärztliche Behandlung der Patienten in der Anstalt nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft nicht gewährleisten.

(8) Im Bescheid über die Genehmigung der Anstaltsordnung ist dem Rechtsträger der Krankenanstalt vorzuschreiben,

1. dass die Anstaltsordnung an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen ist,
2. dass er den in der Krankenanstalt beschäftigten Personen die Bestimmungen des Abs. 2 Z 4 und 8 nachweisbar zur Kenntnis zu bringen und sie auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht aufmerksam zu machen hat,
3. dass die Teile der Anstaltsordnung mit dem Inhalt gemäß Abs. 2 Z 1 bis 3 und Abs. 3 Z 1 bis 5 den Patienten in geeigneter Weise zur Kenntnis zu bringen sind.

(Anm: [LGBI. Nr. 41/2001](#))

(9) Folgende Arten der Betriebsformen sind in Krankenanstalten neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsspezifischen bzw. zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich:

1. Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 3a vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können;
2. als Wochenklinik geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinn der Z 1 betrieben werden;
3. als Tagesklinik geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tageskliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinn der Z 1 betrieben werden;
4. zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Patienten für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfs und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich, die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden sowie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routinebetriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst). Eine dislozierte Führung dieser Einrichtungen ist nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig;
5. ambulante Erstversorgungseinheit als interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfs und erforderlichenfalls Weiterleitung der Patienten in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Die ambulante Erstversorgungseinheit kann über eine angemessene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal 8 Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind Z 4 und § 50 sinngemäß anzuwenden.

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2012](#))

§ 11 **Informations- und Beschwerdestelle**

(1) In jeder Krankenanstalt gemäß § 2 Z 1 bis 7 ist eine Informations- und Beschwerdestelle einzurichten, bei der Patienten der Anstalt oder diesen nahestehende Personen sich über Mißstände bzw. Mängel, die mit dem Aufenthalt des Patienten in der Krankenanstalt zusammenhängen, mündlich oder schriftlich beschweren oder Auskünfte begehren können.

(2) Die Informations- und Beschwerdestelle ist so einzurichten, daß sie für Patienten oder diesen nahestehende Personen leicht erkennbar und leicht erreichbar ist. Sie ist an mindestens zwei Tagen pro Woche in der Gesamtdauer von mindestens zehn Stunden offen zu halten und während dieser Zeit mit einem zur Auskunftserteilung bzw. zur Entgegennahme von Beschwerden geeigneten Personal zu besetzen. Die näheren Bestimmungen dazu, insbesondere über Ort, Personal und Öffnungszeiten, sind in der Anstaltsordnung (§ 10) festzulegen.

(3) Eingelangte Beschwerden oder Anfragen sind unverzüglich, längstens jedoch binnen zwei Wochen, zu erledigen. Wenn ein Begehren nicht oder nicht innerhalb dieses Zeitraums erledigt werden kann, ist es bei gleichzeitiger Verständigung des Einschreiters und des Rechtsträgers der betroffenen Krankenanstalt der Patientenvertretung zur weiteren Behandlung vorzulegen. Dabei ist zu begründen, warum eine Erledigung nicht erfolgen konnte.

(4) Der Leiter der Informations- und Beschwerdestelle hat auf Verlangen, mindestens jedoch vierteljährlich, der Patientenvertretung, dem Rechtsträger der betroffenen Krankenanstalt und der Landesregierung einen vollständigen Tätigkeitsbericht, der auch die Art der erfolgten Erledigung der Begehren zu umfassen hat, vorzulegen.

§ 12 Patientenvertretung

(1) Zur Aufklärung von Mißständen, zur Behandlung von Beschwerden und zur Erteilung von Auskünften, die jeweils mit dem Aufenthalt eines Patienten in einer oberösterreichischen Krankenanstalt zusammenhängen, ist nach Maßgabe des Abs. 2 am Sitz der Landesregierung eine Patientenvertretung einzurichten. Geschäftsstelle der Patientenvertretung ist das Amt der Landesregierung.

(1a) Die Patientenvertretung hat in regelmäßigen Abständen mindestens zweimal pro Jahr Sprechtage in jenen Bezirken, in denen sich öffentliche Krankenanstalten befinden, abzuhalten. (Anm: [LGBl. Nr. 41/2001](#))

(2) Die Patientenvertretung wird tätig:

1. Auf Grund einer Eingabe einer Informations- und Beschwerdestelle gemäß § 11 Abs. 3,
2. auf Grund einer Beschwerde von Patienten einer oberösterreichischen Krankenanstalt oder von diesen nahestehenden Personen, in der
 - a) Mißstände oder Mängel in der Betreuung während eines Aufenthalts in einer Krankenanstalt gemäß § 2 Z 1 bis 7 aus besonderem Grund direkt geltend gemacht werden oder
 - b) eine mangelhafte Erledigung eines Begehrens oder einer Auskunft durch eine Informations- und Beschwerdestelle einer oberösterreichischen Krankenanstalt behauptet wird.

(3) Die Patientenvertretung hat eine Beschwerde gemäß Abs. 2 Z 2 lit. a vor ihrer Bearbeitung daraufhin zu überprüfen, ob sie nicht von der Informations- und Beschwerdestelle der betroffenen Krankenanstalt erledigt werden kann. Ist dies der Fall, so hat sie unter gleichzeitiger Verständigung des Beschwerdeführers und des Rechtsträgers der betroffenen Krankenanstalt die jeweilige Informations- und Beschwerdestelle mit der Erledigung der Beschwerde zu betrauen. § 11 Abs. 3 gilt sinngemäß.

(4) Die Patientenvertretung hat die zur Beurteilung der Geschäftsfälle gemäß Abs. 2 erforderlichen Erhebungen durchzuführen und den Einschreiter und den betroffenen Rechtsträger vom Ergebnis zu verständigen. Stellt sich im Zuge der Bearbeitung heraus, dass eine Beschwerde nur im ordentlichen Rechtsweg erledigt werden kann, hat die Patientenvertretung den Beschwerdeführer darüber aufzuklären. (Anm: [LGBl. Nr. 35/2008](#))

(5) Vor Beginn der Erhebungen gemäß Abs. 4 ist dem Vertreter des Rechtsträgers der betroffenen Krankenanstalt Gelegenheit zur Stellungnahme zum Beschwerdevorbringen zu geben. Der Beschwerdeführer und der Vertreter des Rechtsträgers der betroffenen Krankenanstalt sind jedenfalls überdies zum festgestellten Sachverhalt gemäß Abs. 4 Z 1 zu hören, wenn dieser vom

Beschwerdevorbringen abweicht. Auf Verlangen ist die beabsichtigte Erledigung dem Rechtsträger der betroffenen Krankenanstalt zur Stellungnahme binnen zwei Wochen zu übermitteln.

(6) Den Mitgliedern der Patientenvertretung sind die zur Behandlung der Geschäftsfälle gemäß Abs. 2 nötigen Informationen vom Rechtsträger und vom Personal der betroffenen Krankenanstalt zu geben.

(7) Die Patientenvertretung hat jährlich einen Tätigkeitsbericht, der auch die Art der erfolgten Erledigungen der Geschäftsfälle gemäß Abs. 2 zu umfassen hat, den Rechtsträgern der Krankenanstalten gemäß § 2 Z 1 bis 7 und der Landesregierung vorzulegen.

§ 13

Organisation der Patientenvertretung

(1) Die Patientenvertretung besteht aus drei Mitgliedern, die von der Landesregierung für die Dauer der Funktionsperiode der Landesregierung bestellt werden. Sie setzt sich im Einzelnen zusammen aus:

1. einer Patientenvertreterin als Vorsitzende oder einem Patientenvertreter als Vorsitzenden, deren oder dessen Funktion von der Landesregierung durch Verlautbarung in der Amtlichen Linzer Zeitung ausgeschrieben werden muss; die Landesregierung hat das Verfahren zur Bestellung der Patientenvertreterin oder des Patientenvertreeters durch Verordnung zu regeln und darin festzulegen, welche fachlichen und persönlichen Voraussetzungen Bewerberinnen oder Bewerber für diese Funktion erfüllen müssen;
2. einer Ärztin oder einem Arzt auf Grund eines Besetzungsvorschlages der Ärztekammer für Oberösterreich;
3. einer rechtskundigen Person.

Für jedes einzelne Mitglied ist in gleicher Weise mindestens ein Ersatzmitglied zu bestellen. Während der Ausübung ihrer Tätigkeit dürfen die Patientenvertreterin oder der Patientenvertreter und deren oder dessen Ersatzmitglieder nicht in einer oberösterreichischen Krankenanstalt beschäftigt sein. Wiederbestellungen sind zulässig. (Anm: [LGBl. Nr. 11/1998](#), [23/2004](#), [60/2010](#), [85/2016](#))

(2) Voraussetzung für die Mitgliedschaft (Abs. 1 Z 1 bis 3) in der Patientenvertretung ist das aktive Wahlrecht zum Oö. Landtag. Wird innerhalb einer von der Landesregierung zu bestimmenden angemessenen Frist von mindestens sechs Wochen kein Vorschlag gemäß Abs. 1 Z 2 erstattet, der den geforderten Voraussetzungen entspricht, so ist die Landesregierung bei der Bestellung des Mitgliedes (Ersatzmitgliedes) nicht an das Vorliegen eines Vorschlages gebunden.

(3) (**Verfassungsbestimmung**) Die Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder sind in Ausübung ihrer Tätigkeit in der Patientenvertretung weisungsfrei.

(3a) Das Amt als Mitglied bzw. Ersatzmitglied endet durch Ablauf der Amtsdauer, Abberufung, rechtskräftige Verhängung einer Disziplinarstrafe nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht oder rechtskräftige Verurteilung durch ein Gericht, die den Verlust der öffentlichen Ämter zur Folge hat. Scheidet ein Mitglied bzw. Ersatzmitglied vor dem Ablauf seiner Amtsdauer aus, ist für den Rest dieser Amtsdauer ein anderes Mitglied bzw. Ersatzmitglied zu bestellen. (Anm: [LGBl. Nr. 60/2010](#))

(3b) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über alle Gegenstände der Geschäftsführung der Patientenvertretung zu unterrichten. Die Patientenvertretung ist verpflichtet, die verlangten Auskünfte unter Wahrung des Grundrechts auf Datenschutz und sonstiger bundesverfassungsrechtlicher Verschwiegenheitspflichten zu erteilen. Die Landesregierung kann ein Mitglied bzw. Ersatzmitglied abberufen, wenn

1. seine geistige oder körperliche Eignung nicht mehr gegeben ist oder
2. die Voraussetzungen für seine Bestellung nicht mehr bestehen oder
3. es seine Amtspflichten grob verletzt oder dauernd vernachlässigt.

(Anm: [LGBl. Nr. 60/2010](#))

(4) Sofern im folgenden nichts anderes bestimmt ist, entscheidet die Patientenvertretung durch Beschluß, für dessen Zustandekommen die Anwesenheit aller Mitglieder (Ersatzmitglieder) und eine einfache Stimmenmehrheit erforderlich ist; eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Das Nähere über Abstimmungen oder Zusammentreten bzw. über die Bearbeitung der Geschäftsfälle und die Abwicklung des Geschäftsganges ist in einer Geschäftsordnung festzulegen, die zu ihrer

Gültigkeit der Zustimmung der Landesregierung bedarf. In der Geschäftsordnung ist dabei insbesondere zu bestimmen, welche Geschäftsfälle (§ 12 Abs. 2) der Patientenvertreter allein zu erledigen hat und welche Geschäftsfälle einer kollegialen Beschlußfassung vorbehalten sind; einer kollegialen Beschlußfassung unterliegt aber jedenfalls:

1. die Erstellung oder Änderung der Geschäftsordnung;
2. die Bearbeitung einzelner Geschäftsfälle, wenn dies der Beschwerdeführer ausdrücklich verlangt und
3. die Abfassung des Tätigkeitsberichts.

(Anm: [LGBL Nr. 35/2008](#))

(5) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Patientenvertretung, die nicht Landesbedienstete sind, haben gegenüber dem Land Anspruch auf Fahrtkostenvergütung jeweils in Höhe des Kilometergelds gemäß § 8 Abs. 3 der Oö. Landes-Reisegebührenvorschrift bei Benützung des eigenen Kraftfahrzeugs bzw. in Höhe der tatsächlichen Fahrtkosten bei Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels, wobei § 7 der Oö. Landes-Reisegebührenvorschrift sinngemäß anzuwenden ist. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Patientenvertretung, die Landesbedienstete sind, haben in Ausübung ihrer Funktion Anspruch auf Fahrtkostenvergütung gemäß der Oö. Landes-Reisegebührenvorschrift. (Anm: [LGBL Nr. 41/2001](#), [23/2004](#))

(6) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Patientenvertretung haben gegenüber dem Land Anspruch auf eine angemessene Sitzungs- bzw. Aufwandsentschädigung, deren Höhe durch Verordnung der Landesregierung in einem Pauschalbetrag festzulegen ist. (Anm: [LGBL Nr. 23/2004](#))

(7) Die Patientenvertretung hat nach dem Ablauf der Amtsdauer die Geschäfte bis zur Neubestellung der Mitglieder weiterzuführen. (Anm: [LGBL Nr. 23/2004](#))

§ 13a Kollegiale Führung

(1) Die Anstaltsordnung einer bettenführenden Krankenanstalt hat nähere Bestimmungen über die kollegiale Führung der Anstalt durch den ärztlichen Leiter, den Verwalter und den Leiter des Pflegedienstes vorzusehen. Die diesen Führungskräften nach diesem Landesgesetz zukommenden Aufgaben dürfen dadurch nicht beeinträchtigt werden. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die kollegiale Führung ihre Aufgaben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 27 Abs. 2 erfüllen kann.

(2) Die Mitglieder der kollegialen Führung haben bei der Besorgung ihrer jeweiligen Aufgaben den Aufgabenbereich der übrigen Mitglieder zu berücksichtigen. Sie sind zur wechselseitigen Information und Beratung gemeinsamer Angelegenheiten verpflichtet.

(3) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient und in der eine kollegiale Führung eingerichtet ist, ist der Rektor oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen. Ist an einer Universität eine Medizinische Fakultät eingerichtet, so ist der Vizerektor für den medizinischen Bereich oder ein vom Vizerektor für den medizinischen Bereich vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Fakultät den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen.

(Anm: [LGBL.Nr. 56/2014](#))

§ 14 Ärztlicher Dienst; Leitung

(1) Der ärztliche Dienst darf in Krankenanstalten nur von Ärzten versehen werden, die nach den Vorschriften des Ärztegesetzes 1998 zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind. (Anm: [LGBL Nr. 41/2001](#))

(2) Zur Führung von Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien und Instituten müssen Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn ein solches nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte bestellt werden. Diese sind dafür verantwortlich, dass die medizinischen Aufgaben entsprechend der

medizinischen Wissenschaft, den Anordnungen des ärztlichen Leiters und den Erfordernissen der Qualitätssicherung und Hygiene durchgeführt werden; hiezu haben sie die notwendigen Anordnungen zu treffen. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen. In Abteilungen, in deren Rahmen Departments geführt werden, kommt die Verantwortung für das Department in medizinischer Hinsicht dem Departmentleiter und in organisatorischer Hinsicht dem Abteilungsleiter zu. (Anm: [LGBl. Nr. 41/2001](#), [71/2001](#), [89/2011](#))

(2a) Sofern bestehende Abteilungen der medizinischen Sonderfächer Orthopädie und Unfallchirurgie zu einer Abteilung des medizinischen Sonderfachs Orthopädie und Traumatologie zusammengeführt werden, kann diese Abteilung von einem Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie oder von einem Facharzt für Unfallchirurgie geleitet werden, sofern in dieser Abteilung mindestens zwei Fachärzte des jeweils anderen medizinischen Sonderfachs tätig sind. (Anm: [LGBl. Nr. 85/2016](#))

(3) Als Leiter des ärztlichen Dienstes in der Krankenanstalt und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben ist ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zu bestellen, der zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist. Der ärztliche Leiter ist dafür verantwortlich, dass die medizinischen Aufgaben entsprechend den einschlägigen Rechtsvorschriften und der Anstaltsordnung durchgeführt werden; hiezu hat er die notwendigen Anordnungen zu treffen. Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muß dieser durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten und geeigneten Arzt vertreten werden. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben. (Anm: [LGBl. Nr. 41/2001](#), [89/2011](#))

(4) Für Pflegeanstalten für chronisch Kranke kann mit Zustimmung der Landesregierung von der Bestellung eines ärztlichen Leiters abgesehen werden, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist. (Anm: [LGBl. Nr. 70/2011](#))

(5) Die Bestellung des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt sowie der Leiter von Abteilungen, Instituten, Departments und Fachschwerpunkten ist der Landesregierung vom Rechtsträger unter Anschluss des Bewerbungsgesuchs samt Beilagen binnen zwei Wochen nach Bestellung anzuzeigen. Die Landesregierung hat innerhalb von sechs Wochen nach Einbringung der Anzeige die Bestellung zu untersagen, wenn der Bestellte den Anforderungen gemäß Abs. 1 bis 3 nicht entspricht; andernfalls gilt die Bestellung als genehmigt. (Anm: [LGBl. Nr. 71/2001](#))

(6) Die Genehmigung ist von der Landesregierung zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für die Bestellung entfallen sind, wenn das Nichtvorhandensein der Voraussetzungen nachträglich hervorgekommen ist oder wenn der bestellte Arzt sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen seine Pflichten schuldig gemacht hat.

(7) Von Abs. 5 und 6 sind jene Stellen ausgenommen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden. (Anm: [LGBl. Nr. 56/2014](#))

§ 14a Zahnambulatorium; Leitung

(1) Mit der Führung von Zahnambulatorien dürfen entsprechend dem vorgesehenen Leistungsspektrum nur Zahnärzte oder Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie betraut werden. Umfasst das Leistungsspektrum sowohl Tätigkeiten, die der Zahnmedizin zuzuordnen sind, als auch Tätigkeiten, die dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zuzuordnen sind, so ist mit der Leitung entweder ein geeigneter Zahnarzt oder ein geeigneter Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu betrauen. Dabei ist sicherzustellen, dass dem zahnärztlichen bzw. ärztlichen Dienst ausreichend Zahnärzte und Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie angehören. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung der Leitung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sicherzustellen.

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

(3) Die Bestellung des verantwortlichen Leiters eines Zahnambulatoriums ist der Landesregierung vom Rechtsträger unter Anschluss des Bewerbungsgesuchs samt Beilagen

binnen zwei Wochen nach Bestellung anzuzeigen. Die Landesregierung hat innerhalb von sechs Wochen nach Einbringung der Anzeige die Bestellung zu untersagen, wenn der Bestellte den Anforderungen gemäß Abs. 1 und 2 nicht entspricht; andernfalls gilt die Bestellung als genehmigt.

(4) Die Genehmigung ist von der Landesregierung zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für die Bestellung entfallen sind, wenn das Nichtvorhandensein der Voraussetzungen nachträglich hervorgekommen ist oder die in Betracht kommenden Zahnärzte bzw. Ärzte sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen ihre Pflichten schuldig gemacht haben.

(5) Von Abs. 3 und 4 sind jene Stellen ausgenommen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden. (Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

§ 14b

Universitätskliniken und Universitätsinstitute

(1) Vereinbarungen bzw. Zustimmungen, welche nach den universitätsrechtlichen Bestimmungen vom Rechtsträger einer Krankenanstalt mit einer Universität abgeschlossen bzw. einer Universität erteilt werden und die Bewilligungs- oder Anzeigepflichten des Rechtsträgers der Krankenanstalt auslösen, dürfen erst nach Durchführung dieser Verfahren seitens des Rechtsträgers abgeschlossen bzw. erteilt werden.

(2) In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten, die als Universitätskliniken oder als klinische Institute in klinische Abteilungen gegliedert sind, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben dem Leiter der klinischen Abteilung zu.

(3) In Gemeinsamen Einrichtungen von Kliniken und Instituten an Medizinischen Universitäten oder an Universitäten, an denen eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, zu deren Aufgaben auch die Erbringung ärztlicher Aufgaben gehört, kommt die Verantwortung für diese ärztlichen Aufgaben dem Leiter der Gemeinsamen Einrichtung zu.

(Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

§ 15

Ärztlicher Dienst; Einrichtung

(1) Die Einrichtung des ärztlichen bzw. zahnärztlichen Dienstes in Krankenanstalten muß folgenden Anforderungen entsprechen:

1. Ärztliche Hilfe muß in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar sein.
2. In Zentralkrankenanstalten muss uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein. In Betracht kommende Sonderfächer sind über die in Z 3 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 Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.
3. In Schwerpunktkrankenanstalten muss jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Neurologie (bei Vorhandensein einer neurologischen Intensivbehandlungseinheit), Psychiatrie (bei Führung eines geschlossenen Bereichs) und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfachs in der Anstalt dauernd anwesend sein. In den Abteilungen und Organisationseinheiten der genannten Sonderfächer kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer dauernden Facharztanwesenheit abgesehen werden, wenn zumindest ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in einer Abteilung oder Organisationseinheit anwesend ist, eine Rufbereitschaft eines Facharztes an den anderen Abteilungen und Organisationseinheiten

des selben Sonderfaches eingerichtet ist und eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenbetreuung in der jeweiligen Abteilung und Organisationseinheit des betreffenden Sonderfaches gewährleistet ist. Zur Beurteilung dieser Frage hat der Träger der Krankenanstalt ein Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen. In dem Gutachten ist auf die spezifischen Gegebenheiten, insbesondere die Größe, die Überschaubarkeit und die räumliche Situation der Abteilung und Organisationseinheit einzugehen. In den jeweils nicht mit einem Facharzt besetzten Abteilungen und Organisationseinheiten der genannten Sonderfächer hat während dieser Zeiten zumindest ein in Ausbildung zum Facharzt des betreffenden Sonderfaches stehender Arzt, der bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, in der Abteilung oder Organisationseinheit anwesend zu sein. Die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten sind von dem für die Ausbildung verantwortlichen Facharzt zu bestätigen. In den übrigen Abteilungen und Organisationseinheiten kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eines Facharztes eingerichtet ist; in der übrigen Zeit müssen Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer dauernd anwesend sein.

- 3a. Betreibt eine Schwerpunktkrankenanstalt Abteilungen oder Teile von Abteilungen am Standort einer Standardkrankenanstalt oder an einem eigenen Standort, an dem das Leistungsangebot einer Standardkrankenanstalt erbracht wird, kann bei der Einrichtung des ärztlichen Dienstes an diesen Standorten im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer dauernden Facharztanwesenheit in den in Z 3 erster Satz genannten Sonderfächern abgesehen werden, wenn die für Standardkrankenanstalten geltenden Anwesenheitserfordernisse eingehalten werden, eine Rufbereitschaft eingerichtet und eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenversorgung gewährleistet ist. Zur Beurteilung der Frage, ob eine entsprechende Patientenversorgung gewährleistet ist, hat der Träger der Krankenanstalt ein Gutachten des Landessanitätsrats einzuholen. In dem Gutachten ist auf die spezifischen Gegebenheiten, insbesondere die Größe, die Überschaubarkeit und die räumliche Entfernung der Abteilungen bzw. Teile der Abteilungen einzugehen.
4. In Standardkrankenanstalten muss im Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch mindestens einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus dem Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin oder aus dem Sonderfach Innere Medizin oder aus dem Sonderfach Chirurgie oder aus dem Sonderfach Unfallchirurgie gewährleistet sein. Überdies muss eine Rufbereitschaft von Fachärzten der genannten Sonderfächer sowie der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer eingerichtet sein. In der übrigen Zeit müssen Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer dauernd anwesend sein.

4a. Entfallen

- 4b. Befindet sich eine Schwerpunkt- oder Standardkrankenanstalt in unmittelbarer räumlicher Nähe einer anderen Krankenanstalt, kann bei der Einrichtung des ärztlichen Dienstes in den Abteilungen und Organisationseinheiten dieser Krankenanstalten im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer dauernden Facharztanwesenheit in den in Z 3 oder 4 genannten Sonderfächern abgesehen werden, wenn zumindest ein Facharzt des jeweiligen Sonderfaches in einer Abteilung oder Organisationseinheit einer der beiden Anstalten anwesend ist, eine Rufbereitschaft eines Facharztes in den anderen Abteilungen und Organisationseinheiten desselben Sonderfaches eingerichtet ist, die Tätigkeit der in Betracht kommenden Fachärzte in der jeweils anderen Krankenanstalt durch Kooperationsverträge sichergestellt ist und eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenversorgung in den jeweils nicht mit einem Facharzt besetzten Abteilungen und Organisationseinheiten gewährleistet ist. Zur Beurteilung dieser Frage haben die Träger der Krankenanstalten ein Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen. In dem Gutachten ist auf die spezifischen Gegebenheiten, insbesondere die räumliche Nähe der Krankenanstalten und die Größe und Überschaubarkeit der betreffenden Abteilungen und Organisationseinheiten einzugehen. In den jeweils nicht mit einem Facharzt besetzten Abteilungen und Organisationseinheiten der in Z 3 oder 4 genannten Sonderfächer hat während dieser Zeiten zumindest ein in Ausbildung zum Facharzt des betreffenden Sonderfaches stehender Arzt, der bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, in der Abteilung oder

Organisationseinheit anwesend zu sein. Die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten sind von dem für die Ausbildung verantwortlichen Facharzt zu bestätigen.

- 4c. In Fachschwerpunkten kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.
- 4d. In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 3, 3a, 4 und 4b sinngemäß und kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patienten durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist.
- 4e. In dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sichergestellt ist.
5. In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, Logopädie und Ergotherapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann anstelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheiten die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) und für Heilmasseur nach dem Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG) sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseur nach dem MMHmG und über das Personal nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) und nach dem Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G) sowie nach dem MABG gewährleistet ist.
6. Die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Zahnärzte müssen die Möglichkeit haben, sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden zu können.
7. In Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, muß die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet sein.

(Anm: [LGBI. Nr. 41/2001](#), [71/2001](#), [99/2005](#), [70/2011](#), [89/2011](#), [70/2012](#), [85/2016](#))

(1a) Die Landesregierung kann nach Anhörung der Ärztekammer für Oberösterreich durch Verordnung nähere Regelungen über die Rufbereitschaft festlegen. Dabei ist insbesondere Bedacht zu nehmen auf

1. die Sicherstellung der für die Patienten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen ärztlichen Hilfe,
2. den Versorgungsauftrag der Krankenanstalten,
3. die in den Krankenanstalten eingerichteten Abteilungen und Organisationseinheiten.

(Anm: [LGBI. Nr. 41/2001](#))

(2) Die Landesregierung hat auf Vorschlag der Ärztekammer für Oberösterreich durch Bescheid dem Rechtsträger einer Krankenanstalt eine über die Erfordernisse des Abs. 1 hinausgehende Anwesenheit von Fachärzten oder Ärzten in Ausbildung zum Facharzt aufzutragen, soweit dies auf Grund der speziellen Gegebenheiten und Erfordernisse, insbesondere aus medizinischer Sicht, notwendig ist.

(3) Patienten von Krankenanstalten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Wissenschaft ärztlich bzw. zahnärztlich behandelt werden. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(4) Besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriffe dürfen an einem Patienten nur mit dessen Einwilligung durchgeführt werden. Fehlt dem Patienten in diesen Angelegenheiten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so ist - sofern die Vornahme der medizinischen Behandlung nicht durch eine Patientenverfügung ausgeschlossen ist - die Zustimmung seines Vertreters erforderlich. Die Einwilligung oder Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung des Patienten oder der Zustimmung seines Vertreters oder mit der Bestellung eines Vertreters verbundene Aufschub das Leben des Patienten gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung seiner Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung

entscheidet der für die Leitung der betreffenden Abteilung verantwortliche Arzt oder der ärztliche Leiter der Krankenanstalt. (Anm: [LGBl. Nr. 35/2008](#))

(5) Den Mitgliedern der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Oberösterreich ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten und in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die zur Überprüfung der Ausbildung der Turnusärzte und der organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen für diese Ausbildung erforderlich sind (wie Rasterzeugnisse, Personalaufzeichnungen, Dienstpläne und dgl.). Ein Recht auf Einsicht in Krankengeschichten in personenbezogener Form besteht nur aus Anlass der Überprüfung bestimmter Einzelfälle zum Zweck der Beurteilung der Ausbildung konkreter Turnusärzte und nur insoweit, als das öffentliche Interesse der Gewährleistung der Qualität der Ausbildung und der fachlichen Befähigung von Turnusärzten das schutzwürdige Geheimhaltungsinteresse des Betroffenen überwiegt. Weiters sind den Mitgliedern alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Tätigkeit der Ausbildungskommission darf den ordnungsgemäßen Anstaltsbetrieb nicht beeinträchtigen und hat im Einvernehmen mit dem ärztlichen Leiter zu erfolgen. (Anm: [LGBl. Nr. 41/2001](#))

§ 16

Krankenhaushygiene

(1) Der Rechtsträger hat für jede Krankenanstalt einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder einen sonst fachlich geeigneten, zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt (Hygienebeauftragten), der in bettenführenden Krankenanstalten nicht der ärztliche Leiter der Krankenanstalt sein darf, zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Für jedes Zahnambulatorium ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Bestellung des Krankenhaushygienikers (Hygienebeauftragten) der Landesregierung anzuzeigen. (Anm: [LGBl.Nr. 70/2011](#))

(2) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit zusätzlicher Qualifikation als Hygienefachkraft zu bestellen. In Krankenanstalten mit über 300 Betten ist die Tätigkeit der Hygienefachkraft hauptberuflich auszuüben. Die Zahl der weiteren Hygienefachkräfte sowie das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Zahl der Betten und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. (Anm: [LGBl. Nr. 41/2001](#))

(3) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft (Hygienefachkräfte) und weitere für Belange der Hygiene erforderliche Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören. Die Leitung des Hygieneteams obliegt dem Krankenhaushygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten.

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in der Krankenanstalt und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung/Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten. (Anm: [LGBl. Nr. 35/2008](#))

(4a) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patienten indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten. (Anm: [LGBl. Nr. 35/2008](#))

(5) Für die Erfüllung seiner Aufgaben sind dem Hygieneteam die erforderlichen räumlichen, technischen und personellen Voraussetzungen zur Verfügung zu stellen.

(6) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch der ärztliche Leiter ausüben. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

§ 17

Technischer Sicherheitsbeauftragter

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

(2) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat die medizinischen Apparate und die technischen Einrichtungen der Krankenanstalt zum Schutz der in Behandlung stehenden Personen regelmäßig zu überprüfen bzw. für solche Überprüfungen zu sorgen. Er hat ferner für die Beseitigung von Gefahren, die sich aus festgestellten Mängeln ergeben, sowie für die Behebung der Mängel zu sorgen. Vom Ergebnis der Überprüfungen bzw. von festgestellten Mängeln und deren Behebung sind unverzüglich der ärztliche Leiter, der Verwalter und der Leiter des Pflegedienstes in Kenntnis zu setzen.

(3) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat bei seiner Tätigkeit mit den zur Wahrnehmung des Schutzes des Lebens oder der Gesundheit von Menschen nach den Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes bestellten Personen und den Präventivdiensten nach dem 7. Abschnitt des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes zusammenzuarbeiten. (Anm: [LGBI. Nr. 41/2001](#))

(4) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat ferner den ärztlichen Leiter, den Verwalter und den Leiter des Pflegedienstes in allen Fragen der Betriebssicherheit und des einwandfreien Funktionierens der medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen zu beraten. Er ist auch allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten der Krankenanstalt sowie bei der Anschaffung von medizinischen Apparaten und technischen Einrichtungen zuzuziehen.

(5) Für den Fall der Bestellung mehrerer Technischer Sicherheitsbeauftragter ist anlässlich der Bestellung festzulegen, für welche Gruppen von medizinischen Apparaten und technischen Einrichtungen jeweils ein bestimmter Technischer Sicherheitsbeauftragter verantwortlich ist.

§ 17a

Spitalskatastrophenpläne

(1) Die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten haben unter Berücksichtigung insbesondere der Größe, der fachlichen Ausrichtung und der infrastrukturellen Situation, Spitalskatastrophenpläne zu erstellen, in denen Maßnahmen für die Bewältigung von besonderen, im Hinblick auf Art und Ausmaß nicht alltäglichen Gefahrenlagen in der Krankenanstalt (z. B. Brand, Seuchengefahr durch hochinfektiöse Erkrankungen) vorzusehen sind.

(2) Die Pläne gemäß Abs. 1 haben insbesondere festzulegen:

1. die Rettungsmaßnahmen für Patienten aus dem unmittelbaren Gefahrenbereich,
2. die Sicherstellung wichtiger Daten, insbesondere Krankengeschichten,
3. die Orte von Sammelplätzen,
4. die im Einsatzfall verantwortlichen Personen und
5. die Reihenfolge der im Einsatzfall zu alarmierenden Personen und Stellen.

(3) Die Rechtsträger der allgemeinen Krankenanstalten und der Sonderkrankenanstalten mit Akutaufnahme haben unter Berücksichtigung insbesondere der Größe, der fachlichen Ausrichtung und der infrastrukturellen Situation, in den Spitalskatastrophenplänen auch strukturelle und organisatorische Maßnahmen vorzusehen, die bei einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten infolge eines Großschadensereignisses (z. B. Unglücksfälle oder Elementarereignisse außergewöhnlichen Umfangs, Seuchen, Massenvergiftungen, radioaktive Verstrahlungen) die medizinische Versorgung einer Vielzahl von Patienten in kurzer Zeit ermöglichen.

(4) Die Pläne gemäß Abs. 3 haben insbesondere festzulegen

1. wie viele Betten zusätzlich zu den genehmigten Betten bei Bedarf aufgestellt werden können,

2. welche Liegenschaften im Fall eines Notstands als Notkrankenanstalt im Sinn des § 41 geeignet erscheinen,
3. welche Maßnahmen für die Registrierung von Patienten zu treffen sind und
4. die im Einsatzfall verantwortlichen Personen.

(Anm: [LGBI. Nr. 83/2009](#))

(5) Der Rechtsträger hat für eine entsprechende Unterweisung von Personen, die sich ständig im Gebäude aufhalten, Sorge zu tragen. Die Spitalskatastrophenpläne sind spätestens alle fünf Jahre auf ihre Aktualität zu überprüfen, bei Bedarf anzupassen oder neu zu erlassen. Bei der Erstellung oder außenwirksamen Änderung eines Spitalskatastrophenplans sind die Standortgemeinde und die Bezirkshauptmannschaft zu hören. Die Spitalskatastrophenpläne und jede wesentliche Änderung sind der Standortgemeinde, der Bezirkshauptmannschaft und der Landesregierung zu übermitteln.

(6) Die Landesregierung kann durch Verordnung weitere Grundsätze über Inhalt und Form der Spitalskatastrophenpläne festlegen.

(Anm: [LGBI. Nr. 99/2005](#))

§ 18 Ethikkommission

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben zur Beurteilung

1. klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten,
2. der Anwendung neuer medizinischer Methoden und nicht-interventioneller Studien,
3. angewandter medizinischer Forschung, und
4. der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden

in den Krankenanstalten Ethikkommissionen einzurichten. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#), [70/2012](#))

(1a) Eine Ethikkommission kann für mehrere Krankenanstalten tätig werden. Der Rechtsträger der Krankenanstalt ist verpflichtet, durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung der Ethikkommission zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen. Der Rechtsträger der Krankenanstalt ist berechtigt, vom Sponsor bzw. sonst zur Befassung Berechtigten oder Verpflichteten einen Kostenbeitrag entsprechend der erfahrungsgemäß im Durchschnitt erwachsenden Kosten einer Beurteilung zu verlangen. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#), [70/2012](#))

(2) Die Beurteilung neuer medizinischer Methoden, angewandter medizinischer Forschung, von Pflegeforschungsprojekten und neuen Pflege- und Behandlungskonzepten und neuen Pflege- und Behandlungsmethoden hat sich insbesondere zu beziehen auf

1. mitwirkende Personen und vorhandene Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),
2. den Prüfplan im Hinblick auf die Zielsetzung und die wissenschaftliche Aussagekraft sowie die Beurteilung des Kosten-Nutzen/Risiko-Verhältnisses,
3. die Art und Weise, in der die Auswahl der Prüfungsteilnehmer durchgeführt wird und in der die Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen,
4. die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadenfalls im Zusammenhang mit der Anwendung einer neuen medizinischen Methode getroffen werden.

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(3) Neue medizinische Methoden im Sinn des Abs. 1 sind Methoden, die auf Grund 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 angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen. Vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat die Befassung der Ethikkommission durch den Leiter der Organisationseinheit, in deren Bereich die neue medizinische Methode angewendet werden soll, zu erfolgen. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(3a) Vor der Durchführung angewandter medizinischer Forschung und von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden kann die Ethikkommission befasst werden. Dies hat hinsichtlich der Pflegeforschungsprojekte und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden durch den Leiter des Pflegedienstes, hinsichtlich angewandter medizinischer Forschung und neuer Behandlungskonzepte und -methoden durch den Leiter der Organisationseinheit, in deren Bereich das Forschungsprojekt, das Konzept oder die Methode angewandt werden soll, zu erfolgen. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(4) Die Ethikkommission hat sich in einem ausgewogenen Verhältnis aus Frauen und Männern zusammenzusetzen und zu bestehen aus:

1. einem Arzt, der im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigt ist und weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfer bzw. Klinischer Prüfer ist;
2. einem Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt, oder gegebenenfalls einem Zahnarzt, und der nicht Prüfer ist, oder gegebenenfalls einem sonstigen entsprechenden Angehörigen eines Gesundheitsberufs;
3. einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege;
4. einem rechtskundigen Vertreter des Rechtsträgers der Krankenanstalt;
5. einem Pharmazeuten;
6. einem Psychologen oder Psychotherapeuten;
7. einem Mitglied der Patientenvertretung (§ 13);
8. einer Person, die über biometrische Expertise verfügt;
9. je einem Mitglied einer repräsentativen Behindertenorganisation sowie einem Mitglied einer Seniorenorganisation, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz entspricht;
10. einer weiteren, nicht unter die Z 1 bis 9 fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt.

(Anm: [LGBI.Nr. 41/2001](#), [44/2003](#), [99/2005](#), [70/2011](#), [70/2012](#))

(5) Die Mitglieder der Ethikkommission sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt zu bestellen. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(5a) Bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden hat der Ethikkommission überdies eine Person anzugehören, die über Expertise hinsichtlich Methoden der qualitativen Forschung verfügt. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(6) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist der Technische Sicherheitsbeauftragte, bei infektionsrelevanten Belangen der Krankenhaushygieniker bzw. Hygienebeauftragte beizuziehen. Wird die Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen klinischen Prüfung eines Arzneimittels befasst, so haben ihr weiters ein Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie anzugehören. Erforderlichenfalls sind weitere Experten beizuziehen. (Anm: [LGBI. Nr. 99/2005](#))

(6a) Die Mitglieder der Ethikkommission haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie gegenüber dem Rechtsträger vollständig offenzulegen. Sie haben sich ihrer Tätigkeit in der Ethikkommission - unbeschadet weiterer allfälliger Befangenheitsgründe - in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(7) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Geschäftsordnung ist innerhalb von drei Monaten ab Einlangen der Anzeige zu untersagen, wenn sie den Aufgaben und Zielsetzungen der Ethikkommission nicht entspricht; andernfalls gilt die Geschäftsordnung als genehmigt.

(7a) Der Leiter jener Organisationseinheit, an der ein Pflegeforschungsprojekt oder die Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden durchgeführt werden soll, hat das Recht, im Rahmen der Sitzung der Ethikkommission zu dem geplanten Pflegeforschungsprojekt oder der Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden Stellung zu nehmen. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(8) (**Verfassungsbestimmung**) Die Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder der Ethikkommission sind in Ausübung ihrer Tätigkeit in der Ethikkommission weisungsfrei.

(9) Über jede Sitzung der Ethikkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind der kollegialen Führung der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfer, bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode, einem angewandten medizinischen Forschungsprojekt oder neuem Behandlungskonzept und neuer Behandlungsmethode auch dem Leiter der Organisationseinheit, bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden dem Leiter des Pflegedienstes und den ärztlichen Leitern der betroffenen Organisationseinheiten zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen im Sinn des § 21 Abs. 5 30 Jahre lang aufzubewahren. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(10) Für Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität oder einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dienen, sind Ethikkommissionen nach Abs. 1 nicht zu errichten, wenn an der Universität nach universitätsrechtlichen Vorschriften gleichwertige Kommissionen eingerichtet sind, die die Aufgaben der Ethikkommission wahrnehmen. (Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

§ 18a

Kinder- und Opferschutzgruppen

(1) Die Rechtsträger der Sonderkrankenanstalten für Kinder- und Jugendheilkunde und der allgemeinen Krankenanstalten, die über eine Abteilung oder sonstige Organisationseinheit für Kinder- und Jugendheilkunde verfügen, sind verpflichtet, Kinderschutzgruppen einzurichten. Für Krankenanstalten mit Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten für Kinder- und Jugendheilkunde mit nicht mehr als 25 Betten können Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Kinderschutzgruppe obliegen insbesondere die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern sowie die Früherkennung von häuslicher Gewalt an Opfern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

1. als Vertreter des ärztlichen Dienstes ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie;
2. als Vertreter des Pflegedienstes eine diplomierte Kinderkrankenschwester oder ein diplomierter Kinderkrankenpfleger;
3. Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind.

(4) Die Kinderschutzgruppe kann, gegebenenfalls auch im Einzelfall, beschließen, einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen. Die Tätigkeit der Kinderschutzgruppe ist schriftlich zu dokumentieren.

(5) Die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Opferschutzgruppe erfordert, können Opferschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(6) Der Opferschutzgruppe obliegen insbesondere die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt.

(7) Der Opferschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

1. zwei Vertreter des ärztlichen Dienstes, die bei einem entsprechenden Leistungsangebot Vertreter der Sonderfächer Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu sein haben;
2. als Vertreter des Pflegedienstes eine diplomierte Krankenschwester oder ein diplomierter Krankenpfleger;
3. Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind.

(8) Von der Einrichtung einer Opferschutzgruppe kann abgesehen werden, wenn die Kinderschutzgruppe unter Beachtung der personellen Vorgaben des Abs. 7 auch die Aufgaben der

Opferschutzgruppe nach Abs. 6 erfüllen kann. Anstelle einer Opferschutzgruppe und einer Kinderschutzgruppe kann auch eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden, die unter Beachtung der personellen Vorgaben der Abs. 3 und 7 sowohl die Aufgaben nach Abs. 2 als auch nach Abs. 6 wahrnimmt.

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2012](#))

§ 18b Blutdepot

(1) Jede nach Art und Leistungsangebot in Betracht kommende bettenführende Krankenanstalt hat über ein Blutdepot zu verfügen. Dieses dient der Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen sowie der Durchführung der Kompatibilitätstests für krankenhausinterne Zwecke. Es ist von einem fachlich geeigneten Facharzt zu leiten und mit dem zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen und fachlich qualifizierten Personal auszustatten. Der Leiter und das Personal müssen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig und regelmäßig auf den neuesten Stand der Wissenschaften gebracht werden.

(2) Von der Errichtung eines Blutdepots in einer Krankenanstalt kann abgesehen werden, wenn ein solches Blutdepot außerhalb der Krankenanstalt eingerichtet ist, das die Anforderungen des Abs. 1 erfüllt und aus medizinischer Sicht eine ausreichende Versorgung der betreffenden Krankenanstalt gewährleistet.

(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 (Standard Operating Procedures-SOPs) und Ausbildungshandbücher sind mindestens einmal jährlich oder bei Bedarf auf den neuesten Stand der Wissenschaften zu bringen.

(4) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat sicherzustellen, dass jeder Eingang und jede Abgabe bzw. Anwendung von Blut oder Blutbestandteilen im Rahmen des Blutdepots dokumentiert wird. Die Dokumentation hat eine nach dem Stand der Wissenschaften lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transfusionskette, soweit dies in den Aufgabenbereich des Blutdepots fällt, sicherzustellen. Die Dokumentation ist mindestens 30 Jahre aufzubewahren.

(5) Die Landesregierung hat durch Verordnung die Anforderungen an die Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen durch Blutdepots in Krankenanstalten, die in den Durchführungsmaßnahmen gemäß Art. 29 lit. e der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Jänner 2003, zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen festgelegt werden, umzusetzen.

(Anm: [LGBI. Nr. 122/2006](#))

§ 18c Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch

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.

(Anm: [LGBI.Nr. 85/2016](#))

§ 19 Personalplanung

(1) Die Rechtsträger der bettenführenden Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist dafür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist jährlich der Landesregierung zu berichten. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(2) Die Landesregierung hat Methoden, nach denen die Personalbedarfsermittlung in Krankenanstalten durchzuführen sind, mit Verordnung festzulegen, wenn dies zur Sicherstellung einer vergleichbaren Grundlage für die Personalbesetzung erforderlich ist.

§ 20 Verschwiegenheitspflicht

(1) Alle beim Träger einer Krankenanstalt und in einer Krankenanstalt beschäftigten Personen, die Mitglieder der Patientenvertretung, die Mitglieder der Ethikkommission, die Mitglieder der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Oberösterreich sowie jene Personen, die ihrer Ausbildung wegen in der Anstalt tätig sind, sind zur Verschwiegenheit über alle Umstände, die ihnen in Ausübung ihrer Tätigkeit oder mit Beziehung auf ihre Tätigkeit über den Gesundheitszustand von Patienten und über deren persönliche, wirtschaftliche und sonstige Verhältnisse bekanntgeworden sind, verpflichtet. Die Verschwiegenheitspflicht erstreckt sich bei Eingriffen nach § 5 des Organtransplantationsgesetzes auch auf die Person des Spenders und des Empfängers. Die Verschwiegenheitspflicht ist zeitlich unbegrenzt, sie endet also insbesondere nicht mit dem Ende der Beschäftigung oder der Tätigkeit in der Krankenanstalt. (Anm: [LGBL Nr. 41/2001](#), [122/2006](#), [56/2014](#))

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, soweit die Offenbarung des Geheimnisses durch Gesetz geboten ist oder soweit die öffentlichen Interessen an der Offenbarung des Geheimnisses, insbesondere die Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege die privaten Interessen an der Geheimhaltung überwiegen.

(3) Für solche der im Abs. 1 bezeichneten Personen, für die nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine weitergehende Verschwiegenheitspflicht besteht, bleiben die diesbezüglichen Vorschriften unberührt.

(4) Über das Nichtbestehen der Verschwiegenheitspflicht nach Abs. 2 entscheidet vorbehaltlich anderweitiger gesetzlicher oder dienstrechtlicher Regelung zunächst der ärztliche Leiter der Krankenanstalt, der im Zweifelsfall und sofern nicht Gefahr im Verzug ist, die Entscheidung der Bezirksverwaltungsbehörde einholen kann.

(5) Sofern es der Patient nicht ausdrücklich untersagt, kann von den in der Krankenanstalt tätigen Personen auf Anfragen im Einzelfall Auskunft erteilt werden, ob ein Patient in die Krankenanstalt aufgenommen ist und wo er angetroffen werden kann. Für den Fall, daß der Patient diese Auskunftserteilung untersagt, darf auch der Name des Patienten außerhalb des Krankenzimmers nicht angebracht werden. Die Verpflichtung zur Auskunftserteilung nach anderen Bestimmungen wird durch diese Bestimmung nicht berührt.

§ 21 Krankengeschichten und sonstige Vormerke

(1) In Krankenanstalten sind

1. Vormerke über die Aufnahme und Entlassung der Patienten (Aufnahmebuch oder -kartei) zu führen, in denen die Patienten jedenfalls unter fortlaufenden Nummern mit vollständigem Namen (unter Angabe eines allfälligen Geburtsnamens), den Geburtsdaten und bei nicht eigenberechtigten Patienten auch unter Angabe des vollständigen Namens, Berufes und Wohnortes ihres gesetzlichen Vertreters, ferner unter Bezeichnung der Krankheit, durch die die Aufnahme verursacht wurde, sowie des Aufnahme- und des Entlassungstages bzw. des Todestages und der Todesursache einzutragen sind; ferner Vormerke über die maßgebenden Gründe für die Ablehnung der Aufnahme oder die tagesklinische Aufnahme nach § 46 Abs. 1 letzter Satz; die Eintragung des Vor- und Familiennamens, der Geburtsdaten und der Daten des gesetzlichen Vertreters kann unterbleiben, wenn Frauen, die zur Entbindung aufgenommen werden, dies verlangen;
2. Krankengeschichten anzulegen, in denen
 - a) unter Übernahme der in Z 1 bezeichneten Angaben die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens), der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis, Darreichungsform und Chargen im Sinn des § 26 Abs. 7 des Arzneimittelgesetzes) und Aufklärung des Patienten und

- b) sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste und
 - c) der Zustand des Patienten zur Zeit seiner Entlassung aus der Krankenanstalt, gegebenenfalls mit einer Abschrift der Obduktionsniederschrift (§ 49 Abs. 3), und
 - d) Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 PatVG) und
 - e) allfällige Widersprüche des Patienten gemäß § 44 KAKuG und § 5 Abs. 1 Organtransplantationsgesetz darzustellen sind;
3. über Operationen eigene Operationsniederschriften zu führen und der Krankengeschichte beizulegen;
4. über Entnahmen nach § 5 Organtransplantationsgesetz und § 4 Abs. 5 Gewebesicherheitsgesetz eigene Niederschriften zu führen und der Krankengeschichte beizulegen; die Niederschriften über Entnahmen nach § 5 Organtransplantationsgesetz haben insbesondere Angaben darüber zu enthalten, wie der Tod des Spenders festgestellt wurde und wann dieser eingetreten ist, weiters Angaben über die Entnahme selbst, insbesondere über die entnommenen Organe oder Organteile und den Zeitpunkt der Durchführung.

(Anm: [LGBI. Nr. 41/2001](#), [71/2001](#), [87/2001](#), [122/2006](#), [35/2008](#), [83/2009](#), [70/2011](#), [56/2014](#))

(2) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

1. gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a, c, d und e dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt gegebenenfalls dem für die zahnärztliche Behandlung Verantwortlichen, und
2. gemäß Abs. 1 Z 2 lit. b der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(3) Die Operationsniederschriften sind vom behandelnden Arzt zu führen, Niederschriften gemäß Abs. 1 Z 4 sind hinsichtlich der Feststellungen über den Eintritt des Todes von dem den Tod feststellenden Arzt, hinsichtlich der Angaben über die Entnahme von dem die Entnahme durchführenden Arzt zu unterfertigen.

(4) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die den in einer Krankenanstalt beschäftigten Personen anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke nicht geführt werden. Ausgenommen davon sind jene Geheimnisse, für die eine Verschwiegenheitspflicht gemäß § 20 Abs. 2 nicht besteht.

(5) Die Verwahrung der Krankengeschichten und sonstigen Vormerke hat derart zu erfolgen, daß eine mißbräuchliche Kenntnisnahme ihres Inhaltes verläßlich ausgeschlossen ist. Nach ihrem Abschluß sind Vormerke gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 mindestens 30 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen oder auf einem zur Speicherung geeigneten Medium der elektronischen Datenverarbeitung (Magnetband, Diskette, Bildplatte usw.) in doppelter Ausfertigung, getrennt aufzubewahren; Hilfsmittel zur Erstellung von Befunden (wie Röntgenbilder, Videoaufnahmen, Präparate, EEG- und EKG-Aufzeichnungen und dgl.) sowie Vormerke gemäß Abs. 1 Z 2 und 3 bei ambulanter Untersuchung oder Behandlung sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren, falls nicht der jeweilige Abteilungsleiter (Leiter der Krankenanstalt) eine längere Aufbewahrung anordnet. Wird eine Krankenanstalt aufgelassen, so sind Vormerke gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4, deren Verwahrungsdauer noch nicht abgelaufen ist, der Landesregierung zu übermitteln. Nach Ablauf der Verwahrungsdauer können solche Vormerke vernichtet werden. Verwahrung und Vernichtung haben so zu erfolgen, daß eine mißbräuchliche Kenntnisnahme des Inhalts verläßlich ausgeschlossen ist. (Anm: [LGBI.Nr. 85/2016](#))

(6) Kopien von Krankengeschichten und von ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten sind von den Krankenanstalten

1. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, auf Grund eines Ersuchens, in dem das öffentliche Interesse begründet wird,
2. den Sozialversicherungsträgern, den Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtungen öffentlichen Rechts, den Organen des Oö. Gesundheitsfonds sowie von diesen beauftragten Sachverständigen, der Patientenvertretung (§ 12) und dem Oö.

Patientenentschädigungsfonds (§ 86a), soweit dies zur Wahrnehmung der ihnen obliegenden Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bildet, und

3. den einweisenden oder behandelnden Ärzten oder Zahnärzten und den Krankenanstalten, in deren Behandlung der Betroffene steht,

auf Grund eines entsprechenden Ersuchens ohne Verzug kostenlos auszufolgen. Anderen Versicherungsträgern sind Kopien der Krankengeschichten ihrer Versicherten gegen Kostenersatz auszufolgen, wenn der Versicherte dem Rechtsträger gegenüber ausdrücklich schriftlich zugestimmt hat oder soweit dies zur Wahrung überwiegender berechtigter Interessen des Versicherungsträgers notwendig ist. (Anm: [LGBl. Nr. 31/2002](#), [122/2006](#), [70/2011](#))

(7) Personen, auf die sich die Krankengeschichte bezieht sowie ihre Vertreter mit einer besonderen Vollmacht, die sich auf die Einsicht oder Ausfolgung bezieht, haben das Recht auf Einsicht sowie gegen Kostenersatz auf Ausfolgung von Kopien der Krankengeschichte. Dieses Recht besteht jedoch nicht, wenn wichtige medizinische oder therapeutische Gründe dagegen sprechen und dies auf Grund der besonderen Umstände des Einzelfalles zum Wohl des Patienten unvermeidlich ist.

(8) Den mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst betrauten Behörden haben die Krankenanstalten alle Mitteilungen zu erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften erforderlich sind.

(9) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Abs. 1 bis 8 nicht berührt.

(10) Die Rechtsträger der Krankenanstalten dürfen die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung von Krankengeschichten, auch mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung, durch Vertrag solchen Rechtsträgern übertragen, die den Kriterien des Abs. 5 entsprechen. Für die bei diesen Rechtsträgern beschäftigten Personen besteht die Verschwiegenheitspflicht gemäß § 20 sinngemäß. Diese Personen sind vom Rechtsträger, bei dem sie beschäftigt sind, auf die Einhaltung dieser Verpflichtung vor Aufnahme dieser Tätigkeit ausdrücklich hinzuweisen. Weitergaben von personenbezogenen Daten durch Rechtsträger, denen die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung übertragen wurde, sind nur an Ärzte oder Zahnärzte oder Krankenanstalten, in deren Behandlung der Betroffene steht, und nur, sofern ein Auftrag jener Krankenanstalt vorliegt, die die Krankengeschichte angelegt hat, zulässig. (Anm: [LGBl. Nr. 70/2011](#))

§ 22 Pflegedienst

(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist ein geeigneter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters muss dieser von einem geeigneten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden. In öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 Z 1 und 2 bezeichneten Art ist diese Tätigkeit hauptberuflich auszuüben. (Anm: [LGBl. Nr. 41/2001](#))

(2) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Bestellung des verantwortlichen Leiters des Pflegedienstes der Landesregierung anzuzeigen.

(3) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des AÜG, so ist das im § 35 Abs. 2 Z 1 und im § 90 Abs. 2 Z 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten. (Anm: [LGBl. Nr. 35/2008](#))

§ 23 Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung

Die Rechtsträger von Krankenanstalten der im § 2 Z 1, 2, 4 und 6 bezeichneten Art haben sicherzustellen, daß eine ausreichende klinisch psychologische und eine gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung angeboten wird.

§ 24

Soziale Beratung

In öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 Z 1, 2, 4 und 6 bezeichneten Art ist sicherzustellen, daß soziale Beratung für Patienten in der Krankenanstalt zur Betreuung nach dem stationären Aufenthalt angeboten wird.

§ 25

Supervision

Die Rechtsträger von Krankenanstalten der im § 2 Z 1, 2, 4 und 6 bezeichneten Art haben sicherzustellen, daß den in den Krankenanstalten beschäftigten und einer entsprechenden Belastung ausgesetzten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird. Die Supervision ist durch fachlich qualifizierte Personen auszuüben.

§ 25a

Konfliktberatung

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten der im § 2 Z 1, 2, 4 und 6 bezeichneten Art haben den zu ihnen in einem Dienstverhältnis stehenden Ärzten die Inanspruchnahme der bei der Ärztekammer für Oberösterreich eingerichteten Konfliktberatungsstelle zu ermöglichen.

(2) Die Konfliktberatungsstelle kann auch von den Rechtsträgern der im Abs. 1 genannten Krankenanstalten in Anspruch genommen werden.

(3) Den Organen der Ärztekammer für Oberösterreich sind zur Wahrnehmung der Konfliktberatung alle erforderlichen Auskünfte von den Rechtsträgern und vom Personal der betreffenden Krankenanstalt zu erteilen. Bei Bedarf ist der Zutritt zu Krankenanstalten zu gestatten und in jene Unterlagen Einsicht zu gewähren, die für die Konfliktberatung erforderlich sind. Ein Recht auf Einsicht in Krankengeschichten in personenbezogener Form besteht nur in bestimmten Einzelfällen zum Zweck der Konfliktberatung und nur insoweit, als das öffentliche Interesse der Konfliktberatung das schutzwürdige Geheimhaltungsinteresse des Betroffenen überwiegt.

(4) Über das Ergebnis der Konfliktberatung ist der ärztliche Leiter der Krankenanstalt zu informieren.

(Anm: [LGBI. Nr. 41/2001](#))

§ 26

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben eine regelmäßige Fortbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals sicherzustellen. (Anm: [LGBI. Nr. 41/2001](#))

§ 27

Qualitätssicherung

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben die Qualität (Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität) der Leistungen der Krankenanstalten sicherzustellen. Dazu sind interne organisatorische Einrichtungen zu schaffen, die regelmäßig vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten unter Bedachtnahme auf überregionale Belange ermöglichen. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden. (Anm: [LGBI. Nr. 71/2001](#))

(2) Die kollegiale Führung der Krankenanstalt hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, daß die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(3) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission

haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und ein Vertreter des Verwaltungsdienstes anzugehören. Erforderlichenfalls sind ein Vertreter des Hygieneteams, ein Facharzt für Pathologie, der Technische Sicherheitsbeauftragte sowie weitere Experten als stimmberechtigte Mitglieder beizuziehen.

(4) Die Mitglieder der Kommission sind von der kollegialen Führung der Krankenanstalt zu bestellen. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(4a) In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, gehört der Kommission auch das Rektorat oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor an. Ist an einer Universität eine Medizinische Fakultät eingerichtet, so gehört der Kommission der Vizerektor für den medizinischen Bereich oder ein vom Vizerektor für den medizinischen Bereich vorgeschlagener Universitätsprofessor an. (Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

(5) Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle dafür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

(5a) Nimmt die Kommission im Rahmen ihrer Tätigkeit Mängel in der Qualität der Leistungen der Krankenanstalt wahr, hat sie die kollegiale Führung nachweislich zu informieren. Können diese Mängel von der kollegialen Führung nicht behoben werden, hat die kollegiale Führung den Rechtsträger der Krankenanstalt und gleichzeitig die für die sanitäre Aufsicht zuständige Behörde zu informieren, die nach § 60 KAKuG vorzugehen hat. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung gilt diese Bestimmung sinngemäß für den jeweiligen Verantwortlichen. (Anm: [LGBI.Nr. 41/2001](#), [122/2006](#))

(5b) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin auf Grund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind. Weiters sind die Rechtsträger der Krankenanstalten verpflichtet, an regelmäßigen sektorenübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2012](#), [56/2014](#))

(6) Die Landesregierung kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Maßnahmen der Qualitätssicherung im Hinblick auf die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität und deren Kontrolle erlassen. Dabei sind überregionale Belange zu berücksichtigen und ist darauf Bedacht zu nehmen, daß eine vergleichende Prüfung mit anderen Krankenanstalten ermöglicht wird.

(7) Die Kommission für Qualitätssicherung hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Geschäftsordnung ist innerhalb von drei Monaten ab Einlangen der Anzeige zu untersagen, wenn sie den Aufgaben und Zielsetzungen der Kommission für Qualitätssicherung nicht entspricht; andernfalls gilt die Geschäftsordnung als genehmigt.

§ 27a **Haftpflichtversicherung**

(1) Krankenanstalten, die nicht durch eine Gebietskörperschaft, eine sonstige Körperschaft öffentlichen Rechts oder durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts stehen, betrieben werden, haben zur Deckung der aus ihrer Tätigkeit (§ 1) entstehenden Schadenersatzansprüche eine Haftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer abzuschließen und diese während der Dauer ihrer Betriebsbewilligung aufrecht zu erhalten. Bei Krankenanstalten, die durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts stehen, betrieben werden, besteht ein haftungsrechtlicher Durchgriff zur Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts, sofern keine Haftpflichtversicherung nach Satz 1 und Abs. 2 besteht.

(2) Der Versicherungsvertrag hat folgende Anforderungen zu erfüllen:

1. die Mindestversicherungssumme für jeden Versicherungsfall muss 2.000.000 Euro betragen,
2. eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode das Fünffache der

Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten und

3. der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig.

(3) Der geschädigte Dritte kann den ihm zustehenden Schadenersatzanspruch im Rahmen des betreffenden Versicherungsvertrags auch gegen den Versicherer geltend machen. Der Versicherer und der ersatzpflichtige Versicherte haften als Gesamtschuldner.

(4) 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.

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

§ 28

Patientenrechte

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, daß unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot die Rechte der Patienten (Abs. 2) in der Krankenanstalt beachtet werden und daß den Patienten die Wahrnehmung ihrer Rechte in der Krankenanstalt ermöglicht wird.

(2) Dabei ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß

1. Patienten Informationen über die ihnen zustehenden Rechte erhalten sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben können;
2. Patienten ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben und sich aktiv an den Entscheidungsprozessen ihren Gesundheitszustand betreffend beteiligen können; dabei ist sicherzustellen, dass die dafür erforderliche Zeit zur Verfügung steht;
3. auf Wunsch des Patienten ihm oder Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden;
4. ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt bestehen und Vertrauenspersonen des Patienten im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung seines Gesundheitszustands auch außerhalb der Besuchszeiten Kontakt mit dem Patienten aufnehmen können;
5. auf Wunsch des Patienten eine seelsorgerische Betreuung möglich ist;
6. auf Wunsch des Patienten eine psychologische Unterstützung möglich ist;
7. auch in Mehrbeträumen eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre gewährleistet ist;
8. neben der Erbringung fachärztlicher Leistungen auch für allgemeine medizinische Anliegen des Patienten ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zur Verfügung steht;
9. ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können;
10. bei der Leistungserbringung möglichst auf den im allgemeinen üblichen Lebensrhythmus abgestellt wird;
11. bei der stationären Versorgung von Kindern eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenräume gegeben ist;
12. bei der stationären Aufnahme von behinderten Patienten auf ihre besonderen Bedürfnisse zu achten ist.

(3) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben Patienten klare Preisinformationen zur Verfügung zu stellen, soweit diese im Zeitpunkt der Aufnahme vorhersehbar sind und die Leistungen nicht über den Oö. Gesundheitsfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden.

(4) Patienten sind auf Nachfrage über die Haftpflichtversicherung nach § 27a zu informieren.

(Anm: [LGBI. Nr. 41/2001](#), [56/2014](#), [91/2015](#))

§ 28a

Transparentes Wartelistenregime

(1) Die Rechtsträger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten sind verpflichtet, in den Sonderfächern Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet.

(2) In die Warteliste sind alle Personen aufzunehmen, mit denen ein Termin für einen Eingriff vereinbart wird. Die Terminvergabe hat ehestmöglich und ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten sowie nach betriebsorganisatorischen und sozialen Aspekten zu erfolgen. (Anm: [LGBI.Nr. 97/2017](#))

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

1. die Wartezeit der einzelnen Personen, das ist die Zeit, die zwischen der Aufnahme in die Warteliste und dem Eingriffstermin liegt;
2. die Anzahl der pro Abteilung für den jeweiligen Eingriff vorgemerkten Personen auf der Warteliste und davon die Anzahl der Sonderklassepatienten.

(4) Für den Eingriff vorgemerkte Personen sind auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2012](#))

§ 29

Wirtschaftsführung

(1) Für jede Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger eine geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten (Verwalter) zu bestellen. Von der Bestellung kann abgesehen werden, wenn eine physische Person als Inhaber der Betriebsbewilligung die wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten der Anstalt selbst leitet. Der Verwalter, bzw. wenn ein Verwalter nicht zu bestellen war, der Inhaber, hat alle Entscheidungen, die für den ärztlichen oder pflegerischen Betrieb der Anstalt von Belang sind, im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden ärztlichen Leitern zu treffen.

(2) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Bestellung des Verwalters der Landesregierung anzuzeigen.

(3) Außerdem hat der Rechtsträger der Krankenanstalt das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen. Für die Ausbildung und Weiterbildung des Leiters der Krankenanstaltenverwaltung und der sonst in ihr tätigen Personen ist Vorsorge zu treffen.

3. ABSCHNITT

Wirtschaftsaufsicht

§ 30

Allgemeines; Voranschlag

(1) Der Betrieb von Fondskrankenanstalten unterliegt der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.

(2) Die Rechtsträger solcher Krankenanstalten haben

1. ihre Verwaltung und Wirtschaftsführung zweckmäßig und sparsam zu halten;
2. alles zu unternehmen, um den gesetzlichen Möglichkeiten entsprechende und den wirtschaftlichen Erfordernissen des Anstaltsbetriebes angemessene Einnahmen in größtmöglicher Höhe zu erzielen und Auslagen, die nicht durch eine einwandfreie Betriebsführung und nicht durch die gebotenen Leistungen an die Patienten bedingt sind, zu vermeiden;
3. ihr dem Betrieb der Krankenanstalt gewidmetes Vermögen durch genaue Inventare in ständiger Übersicht zu halten und über die Einnahmen und Ausgaben Aufzeichnungen zu

führen, aus denen die für den Betrieb der betreffenden Krankenanstalt aufgelaufenen Kosten und deren Zuordnung zu den einzelnen Kostenstellen ersichtlich sind.

(3) Die Landesregierung hat zum Zweck der Vereinheitlichung, Vergleichbarkeit und Aussagekraft der Buchführung unter Bedachtnahme auf die Grundsätze des Abs. 2, allenfalls auch nur für bestimmte Arten von Krankenanstalten, nähere Vorschriften über die Buchführung zu erlassen.

(4) Die Rechtsträger solcher Krankenanstalten haben jährlich einen Voranschlag zu erstellen, der die Grundlage für die finanzielle Gebarung der Anstalt in dem betreffenden Rechnungsjahr darstellt und nach folgenden Grundsätzen zu erstellen ist: Der Voranschlag ist unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Rechnungsabschlusses des Vorjahres, der Voranschlagsansätze des laufenden Haushaltsjahres und unter Bedachtnahme auf die Entwicklung der Anstalt zu erstellen. Der Voranschlag hat sämtliche Ausgaben zu enthalten, die für den laufenden Betrieb und die Erhaltung der Krankenanstalt erforderlich sind. Den Ausgaben sind alle Einnahmen gegenüberzustellen, die sich aus dem laufenden Betrieb ergeben. Der Voranschlag hat ferner einen Dienstpostenplan zu enthalten. Die näheren Vorschriften über die Erstellung des Voranschlages, seine Gliederung und die bei der Vorlage einzuhaltenden Fristen hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen.

(5) Der Voranschlag bedarf der Genehmigung durch die Landesregierung.

(6) Die Landesregierung kann im Zuge der Prüfung des Voranschlages alle dazu erforderlichen Auskünfte verlangen und ein oder mehrere Erhebungsorgane zur Durchführung von Erhebungen in die Krankenanstalt entsenden. Der Rechtsträger der Krankenanstalt ist verpflichtet, den Erhebungsorganen Zutritt zu allen Räumen der Anstalt zu gewähren und alle schriftlichen Aufzeichnungen auf Verlangen vorzuweisen.

(7) Der Voranschlag ist zu genehmigen, wenn er den Grundsätzen des Abs. 2 entspricht. Weicht der Voranschlag in einzelnen Punkten davon ab, kann die Landesregierung den Genehmigungsbescheid unter jenen Bedingungen oder Auflagen erlassen, die die Einhaltung dieser Grundsätze gewährleisten.

(8) Ist der Voranschlag derart in Widerspruch zu den Vorschriften des Abs. 2, daß durch Bedingungen oder Auflagen gemäß Abs. 7 eine entsprechende Richtlinie für die Gebarung der Krankenanstalt nicht erzielt werden kann, so kann dem Rechtsträger der Anstalt aufgetragen werden, als Richtlinie für die monatliche Gebarung ein Zwölftel der Ansätze des letzten genehmigten Voranschlages zu verwenden (Voranschlagsprovisorium). Das gleiche kann geschehen, wenn der Voranschlag nicht oder nicht rechtzeitig eingebracht wurde.

(9) Durch die Genehmigung des Voranschlags bilden die Summen des Personalaufwands und des Sachaufwands Höchstbeträge, die aufgewendet werden dürfen, die veranschlagten Einnahmen Mindestbeträge, die erreicht werden sollen. Bei maßgeblichen Veränderungen in der wirtschaftlichen oder organisatorischen Struktur der Krankenanstalt ist ein Nachtragsvoranschlag vorzulegen. Der Nachtragsvoranschlag ist zu genehmigen, wenn er den Grundsätzen des Abs. 2 entspricht. Abs. 7 zweiter Satz gilt sinngemäß. (Anm: [LGBI.Nr. 89/2011](#))

§ 31 Rechnungsabschluß

(1) Die Rechtsträger der im § 30 Abs. 1 genannten Krankenanstalten haben nach Abschluß des Verwaltungsjahres die gesamten innerhalb dieses Jahres vorgefallenen Einnahmen und Ausgaben in Rechnungsabschlüssen nachzuweisen, die nach der Einteilung des Voranschlages zu gliedern sind. Der veranschlagten Gebarung ist im Rechnungsabschluß ein Kassenabschluß anzuschließen, in dem die Gesamtkassengebarung nachzuweisen ist. Die näheren Vorschriften über die Erstellung des Rechnungsabschlusses, seine Gliederung und die bei der Vorlage einzuhaltenden Fristen hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen.

(2) Der Rechnungsabschluß bedarf der Genehmigung der Landesregierung.

(3) Der Rechnungsabschluß ist von der Landesregierung auf seine rechnerische Richtigkeit, die darin enthaltenen Gebarungsvorgänge und auf ihre Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu überprüfen. Stellt ein Erhebungsorgan rechnerisch unrichtige Angaben fest, so hat es den Rechtsträger zur sofortigen Richtigstellung zu veranlassen.

(4) Der Rechnungsabschluß ist zu genehmigen, wenn er von den Ansätzen des genehmigten Voranschlages nicht abweicht oder nur solche Abweichungen ausweist, die im Interesse der

klaglosen Abwicklung des laufenden Betriebes unbedingt notwendig geworden sind.

(5) Alle anderen gemäß Abs. 4 nicht gerechtfertigten Abweichungen vom Voranschlag sind im Genehmigungsbescheid nach Berichtigung allfälliger Rechnungsfehler betragsmäßig anzuführen und es ist auszusprechen, daß diese Beträge außerhalb des allgemeinen Teiles der Rechnung auszuweisen sind und einer Berechnung des Betriebsabganges (§ 75) nicht zu Grunde gelegt werden dürfen.

(6) Ist der Rechnungsabschluß rechnerisch so unrichtig oder wurde von den Ansätzen des Voranschlages in einem solchen Umfang abgewichen, daß eine Entscheidung im Sinn des Abs. 5 nicht möglich ist, ist die Genehmigung zu versagen und eine neuerliche berichtigte Vorlage zu verlangen.

§ 32

Bewilligung von Auslagerungen

Auslagerungen von medizinischen und nicht-medizinischen Bereichen in Krankenanstalten gemäß § 30 Abs. 1 bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn die Auslagerung den Grundsätzen des § 30 Abs. 2 entspricht. Sie kann unter jenen Bedingungen und Auflagen erteilt werden, die die Einhaltung der Grundsätze gemäß § 30 Abs. 2 gewährleisten.

(Anm: [LGBI.Nr. 89/2011](#))

§ 33

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 einer Krankenanstalt zu geben.

4. ABSCHNITT

Ärzteausbildung

§ 34

Anzahl der zu beschäftigenden Ärzte

Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, entsprechend dem ausgewiesenen Leistungsspektrum sicherzustellen, dass dem künftigen Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin entsprechend und unter Bedachtnahme auf die Beratungsergebnisse der Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, [LGBI. Nr. 58/2008](#), in der Fassung der Vereinbarung [LGBI. Nr. 79/2013](#), eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung steht.

(Anm: [LGBI. Nr. 91/2015](#))

3. HAUPTSTÜCK

1. ABSCHNITT

Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten

§ 35

Allgemeines

(1) Unter öffentlichen Krankenanstalten sind Krankenanstalten der im § 2 Z 1 bis 5 bezeichneten Arten zu verstehen, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen worden ist.

(2) Das Öffentlichkeitsrecht verleiht die Landesregierung, nachdem sie ein Gutachten des Landessanitätsrates eingeholt hat. Die Verleihung ist in der Amtlichen Linzer Zeitung zu verlautbaren.

§ 36 Öffentlichkeitsrecht

(1) Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt verliehen werden, wenn

1. sie den Vorgaben der Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes entspricht,
2. sie gemeinnützig ist,
3. die Erfüllung der ihr in diesem Landesgesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und
4. sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechts, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird.

(Anm: [LGBL. Nr. 122/2006, 97/2017](#))

(2) Wenn der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft ist, ist ferner nachzuweisen, daß ihr Rechtsträger über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt. Ein Anspruch auf die Verleihung besteht nicht.

§ 37 Gemeinnützigkeit

Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn

1. ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
2. jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird;
3. die Patienten so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, wie es ihr Gesundheitszustand nach dem Ermessen des behandelnden Arztes erfordert;
4. für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgeblich ist;
5. das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt (Pfleugegebühr) für alle Patienten derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 10 Abs. 2 Z 1) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 10 Abs. 2 Z 3), in gleicher Höhe (§ 58) festgesetzt ist;
6. die Bediensteten der Krankenanstalt, unbeschadet der in diesem Landesgesetz getroffenen Bestimmungen über die Pfelegegebühren sowie die sonst von den Patienten zu erbringenden Leistungen, von Patienten oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen und
7. die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.

(Anm: [LGBL. Nr. 71/2001](#))

§ 38 Öffentlichkeitsrecht bei Veränderung einer Krankenanstalt

Bei Erweiterung einer öffentlichen Krankenanstalt durch Einrichtung einer neuen Abteilung und sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten, bei der Verlegung und bei sonstigen erheblichen Veränderungen im Betrieb der Anstalt sind die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht erneut zu überprüfen. Hat die Überprüfung ergeben, daß die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, ist die Zuerkennung des Öffentlichkeitsrechts von der Landesregierung zurückzunehmen. Der Fortbestand oder das Erlöschen des Öffentlichkeitsrechts ist in gleicher Weise wie die Verleihung des Öffentlichkeitsrechts zu verlautbaren. (Anm: [LGBL. Nr. 71/2001](#))

§ 39 Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege

(1) Das Land Oberösterreich hat unter Bedachtnahme auf die Verordnung gemäß Abs. 4 Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 46 Abs. 3), die oberösterreichische Landesbürger sind oder als Fremde ihren Hauptwohnsitz in Oberösterreich haben, entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Diese Verpflichtung kann hinsichtlich Personen, die im Grenzgebiet zweier oder mehrerer Länder wohnen, auch in der Weise erfüllt werden, daß sichergestellt wird, daß diese Personen im Fall der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes aufgenommen werden. (Anm: [LGBI. Nr. 122/2006](#))

(2) Für anstaltsbedürftige Personen (§ 46 Abs. 3), insbesondere für unabweisbare Kranke (§ 46 Abs. 4), ist eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse zu gewährleisten.

(3) Entfallen (Anm: [LGBI.Nr. 97/2017](#))

(4) Für öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und für private gemeinnützige Krankenanstalten der im § 2 Z 1 bezeichneten Art hat die Landesregierung in den Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (RSG) durch Verordnung die geeignetste Form der Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltenpflege festzusetzen. Diese Verordnung hat sich im Rahmen der übergeordneten Planung (Zielsteuerungsvertrag gemäß § 10 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes und Österreichischer Strukturplan Gesundheit - ÖSG) zu befinden. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstaltenplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im Rahmen der übergeordneten Planung vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen. (Anm: [LGBI.Nr. 97/2017](#))

(5) Bei Erlassung einer Verordnung nach Abs. 4 sind jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten;
2. die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort;
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort;
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort;
5. Art und Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort;
6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,
7. Referenzzentren und spezielle Versorgungsbereiche je Standort.

(Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#), [70/2012](#))

(6) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 5 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind im Zusammenhang mit § 5 Abs. 4 die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2012](#))

§ 40 Angliederungsverträge

(1) Zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen Krankenanstalten oder einer öffentlichen und einer privaten Krankenanstalt ist der Abschluss von Verträgen über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Patienten der ersten Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt zulässig (Angliederungsverträge). Diese Patienten gelten als Patienten der Hauptanstalt. (Anm: [LGBI. Nr. 35/2008](#))

(2) Angliederungsverträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist insbesondere dann nicht zu erteilen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem der Verordnung gemäß

§ 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat. (Anm: [LGBI. Nr. 122/2006](#), [97/2017](#))

(3) Liegt eine der betroffenen Krankenanstalten nicht in Oberösterreich, ist der Angliederungsvertrag nur dann rechtswirksam, wenn die Oö. Landesregierung und die für die außerhalb Oberösterreichs gelegene Krankenanstalt zuständige Landesregierung den Vertrag genehmigt haben.

(Anm: [LGBI. Nr. 71/2001](#))

§ 41 Notkrankenanstalten

(1) Die Landesregierung kann im Fall eines Notstandes geeignete Liegenschaften samt Einrichtung zur Verwendung als Krankenanstalten im unbedingt notwendigen Umfang zugunsten des Landes oder eines anderen Rechtsträgers beschlagnahmen, wenn die Anstaltsbehandlung anstaltsbedürftiger Menschen sonst nicht sichergestellt ist und nicht andere überwiegende Interessen entgegenstehen. Die Beschlagnahme hat die Wirkung, daß die von ihr erfaßten Gegenstände der Verfügung der bisher Berechtigten entzogen sind.

(2) Ein Notstand im Sinn des Abs. 1 liegt insbesondere vor

1. in Fällen des Einsatzes des Bundesheeres im Rahmen der militärischen Landesverteidigung, zum Schutz der verfassungsmäßigen Einrichtungen und ihrer Handlungsfähigkeit sowie der demokratischen Freiheiten der Bewohner und zur Aufrechterhaltung der Ordnung und Sicherheit im Inneren überhaupt,
2. in Fällen von Elementarereignissen und Unglücksfällen außergewöhnlichen Umfanges, in Fällen von Seuchen, Massenvergiftungen oder radioaktiven Verstrahlungen.

(3) Die Beschlagnahme ist aufzuheben, sobald die Voraussetzungen des Abs. 1 nicht mehr vorliegen.

(4) Der Inhaber einer beschlagnahmten Liegenschaft ist vom Land, oder wenn zugunsten eines anderen Rechtsträgers beschlagnahmt wurde, von diesem für alle dadurch verursachten vermögensrechtlichen Nachteile angemessen schadlos zu halten. Die Entschädigung ist, wenn keine gütliche Übereinkunft zustande kommt, von der Landesregierung unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen der §§ 4 bis 9 des Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetzes mit Bescheid festzusetzen. Innerhalb von sechs Monaten nach Zustellung des Bescheides kann jede der beiden Parteien die Festsetzung des Entschädigungsbetrages bei dem nach der örtlichen Lage der Liegenschaft zuständigen Landesgericht beantragen. Mit dem Einlangen des Antrages beim Landesgericht tritt der Bescheid außer Kraft. Der Antrag an das Gericht auf Festsetzung des Entschädigungsbetrages kann nur mit Zustimmung des Antragsgegners zurückgezogen werden; in diesem Fall gilt, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde, der im Bescheid festgesetzte Entschädigungsbetrag als vereinbart. (Anm: [LGBI. Nr. 99/2005](#), [122/2006](#))

(5) Für Krankenanstalten, die im Fall eines Notstandes eingerichtet werden, kann die Landesregierung von den Bestimmungen dieses Landesgesetzes und der auf Grund dieses Landesgesetzes erlassenen Verordnungen Ausnahmen zulassen, soweit die Einhaltung dieser Bestimmungen wegen der räumlichen oder sonst durch den Notstand bedingten Verhältnisse unmöglich ist.

§ 41a Arzneimittelkommission

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für bettenführende Krankenanstalten hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Eine Arzneimittelkommission kann auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erstellung einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste), unter Kennzeichnung jener Arzneimittel, die der Dokumentationspflicht nach dem Ärztegesetz 1998 unterliegen;

2. Adaptierung der Arzneimittelliste;

3. Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln.

(3) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, dass die Arzneimittelkommission bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission in Angelegenheiten der gemeinsamen Medikamentenkommission gemäß § 13 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit sowie insbesondere nachstehende Grundsätze berücksichtigt:

1. Für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten maßgeblich.
2. Die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen.
3. Die Erstellung und Adaptierung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln sichergestellt ist.
4. 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.

(Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

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

1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird,
2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, z. B. therapeutisch gleichwertige Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher sind, ergriffen werden,
3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Fall einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, der vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

(Anm: [LGBI. Nr. 122/2006](#))

(5) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben dafür Sorge zu tragen, dass die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel in der Krankenanstalt Anwendung finden und dass bei Abweichung von der Arzneimittelliste im Einzelfall die medizinische Notwendigkeit dieser Abweichung der Arzneimittelkommission nachträglich zur Kenntnis zu bringen und zu begründen ist.

(6) Der Arzneimittelkommission gehören jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen an:

1. eine Ärztin oder ein Arzt mit fachlicher Eignung und der Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung als Vorsitzende oder Vorsitzender;
2. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verwaltungsdienstes;
3. a) eine Krankenhaushygienikerin oder ein Krankenhaushygieniker oder
b) eine Hygienebeauftragte oder ein Hygienebeauftragter oder
c) eine Antibiotikabeauftragte oder ein Antibiotikabeauftragter;
4. a) eine Anstaltsapothekerin oder ein Anstaltsapotheker oder
b) eine Konsiliarapothekerin oder ein Konsiliarapotheker.

Der Arzneimittelkommission hat weiters eine Vertreterin oder ein Vertreter der Sozialversicherung anzugehören. (Anm: [LGBI. Nr. 83/2009](#))

(7) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt zu bestellen, wobei die Vertreterin oder der Vertreter der Sozialversicherung vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namhaft zu machen ist. Bei der Bestellung ist darauf

zu achten, dass Frauen und Männer möglichst ausgewogen vertreten sind. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen. (Anm: [LGBl. Nr. 83/2009](#))

(8) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Arzneimittelkommission sind in Ausübung ihrer Tätigkeit in der Arzneimittelkommission weisungsfrei.

(9) Die Arzneimittelkommission ist beschlussfähig, wenn die oder der Vorsitzende oder ein für diese Person bestelltes Ersatzmitglied und zwei weitere Mitglieder oder deren Ersatzmitglieder anwesend sind. Die Arzneimittelkommission fasst ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme der oder des Vorsitzenden. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig.

(10) Die Arzneimittelkommission hat das Nähere, insbesondere über die Einberufung und den Ablauf der Sitzungen, in einer Geschäftsordnung festzulegen. In der Geschäftsordnung ist weiters festzulegen, dass die Vorgangsweise gemäß Abs. 4 Z 3 mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Sozialversicherung abzustimmen ist und wie dabei vorzugehen ist. Die Geschäftsordnung ist der Landesregierung anzuzeigen. (Anm: [LGBl. Nr. 83/2009](#))

(11) Die Geschäftsordnung ist innerhalb von drei Monaten ab Einlangen der Anzeige zu untersagen, wenn sie den Aufgaben und Zielsetzungen der Arzneimittelkommission nicht entspricht; andernfalls gilt die Geschäftsordnung als genehmigt.

(12) Über jede Sitzung der Arzneimittelkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem Rechtsträger und der kollegialen Führung der Krankenanstalt zur Kenntnis zu bringen.

(Anm: [LGBl. Nr. 44/2003](#))

§ 42 Arzneimittelvorrat

(1) In öffentlichen 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 Bezeichnung und Verwahrung sind die für die ärztlichen Hausapotheken geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Eine Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist nicht zulässig. Arzneien dürfen an die Patienten nur unter der Verantwortung eines Arztes verabreicht werden.

(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde, allenfalls, soweit nicht die Gebietskörperschaften als Anstaltsträger über eigene Fachkräfte verfügen, unter Beiziehung eines Bediensteten des Bundesinstituts für Arzneimittel in Wien, mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen. (Anm: [LGBl. Nr. 41/2001](#))

(3) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen. (Anm: [LGBl. Nr. 41/2001](#))

(4) Der Rechtsträger einer Krankenanstalt, die keine Anstaltsapotheke betreibt, hat einen Konsiliarapotheker zu bestellen, wenn durch die beliefernde Apotheke die Erfüllung der im Abs. 5 genannten Aufgaben nicht gewährleistet ist. Die Bestellung bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Zum Konsiliarapotheker darf nur ein Magister der Pharmazie bestellt werden, der die Berechtigung zur Ausübung der fachlichen Tätigkeit im Apothekenbetrieb nach erfolgter praktischer Ausbildung erlangt hat, zumindest im überwiegenden Ausmaß in einer inländischen Apotheke tätig und in der Lage ist, die im Abs. 5 genannten Aufgaben zu erfüllen.

(5) Der Konsiliarapotheker hat den Arzneimittelvorrat der Krankenanstalt hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der Arzneimittel mindestens einmal vierteljährlich zu überprüfen und allfällige Mängel dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt zu melden; diesen hat er ferner in allen Arzneimittelangelegenheiten fachlich zu beraten und zu unterstützen.

§ 43 Öffentliche Stellenausschreibung

(1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, ein Institut, ein Department, einen Fachschwerpunkt oder ein Laboratorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten sollen oder als ständige Konsiliarärzte oder als Konsiliarzahnärzte bestellt werden sollen, und die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapothek betraut werden sollen, sind unter Anführung der für die Anstellung maßgeblichen dienstrechtlichen Vorschriften auszuschreiben. Dabei ist für die Bewerbung eine angemessene Frist, in der Regel eine solche von mindestens vier Wochen, einzuräumen. Die Stellenausschreibung ist in der Amtlichen Linzer Zeitung auf Kosten des Rechtsträgers der Krankenanstalt zu veröffentlichen. Eine weitergehende Veröffentlichung ist dem Rechtsträger überlassen. (Anm: [LGBI.Nr. 71/2001](#), [70/2011](#))

(2) Die Stellen, die auf Grund der einschlägigen Hochschulvorschriften besetzt werden, sind von den Bestimmungen des Abs. 1 ausgenommen.

(3) Die Bewerbungsgesuche sind mit den erforderlichen Urkunden zum Nachweis des Alters und der Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen bzw. des Apothekerberufes nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, gegebenenfalls zum Nachweis der fachlichen Qualifikation bzw. der Anerkennung als Facharzt, ferner mit einem Lebenslauf und bei Bewerbern, die nicht im öffentlichen Dienst stehen, mit einer Strafregisterbescheinigung zu belegen. Im Bewerbungsgesuch sind ferner die bisherige Tätigkeit und allfällige wissenschaftliche Arbeiten auszuweisen. (Anm: [LGBI.Nr. 85/2016](#))

(4) Die Gesuche aller Bewerber sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt der Landesregierung vorzulegen, die ein Gutachten des Landessanitätsrates hinsichtlich der fachlichen Befähigung der Bewerber einzuholen hat. Im Gutachten sind die Bewerber zu reihen, wobei mehrere an eine Stelle gesetzt werden können. Die Reihung, die sowohl die ärztliche (pharmazeutische) Qualifikation als auch die sonstige Befähigung für die leitende Stelle zu berücksichtigen hat, ist eingehend zu begründen. Das Gutachten ist von der Landesregierung dem Rechtsträger der Krankenanstalt vorzulegen; die Besetzung der Stellen durch den Rechtsträger darf erst nach Vorliegen des Gutachtens erfolgen. (Anm: [LGBI. Nr. 44/2003](#))

§ 44

Allgemeine Gebührenklasse

In jeder öffentlichen Krankenanstalt muß eine allgemeine Gebührenklasse bestehen.

§ 45

Sonderklasse

(1) Neben der allgemeinen Gebührenklasse kann in öffentlichen Krankenanstalten eine Sonderklasse nach Maßgabe der Bestimmung des § 37 Z 7 errichtet werden, wenn die Einrichtungen der Krankenanstalt die Errichtung einer solchen Sonderklasse ermöglichen. Die Landesregierung kann festlegen, daß die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten einer Abteilung ein Fünftel der in dieser Abteilung bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt, wenn dies zur Sicherung einer ausreichenden Versorgung mit Betten der allgemeinen Gebührenklasse erforderlich ist.

(2) Die Sonderklasse unterscheidet sich von der allgemeinen Gebührenklasse durch eine höheren Ansprüchen entsprechende (insbesondere auch eine Menüwahl umfassende) Verpflegung, eine bessere Ausstattung der Krankenzimmer und die geringere Bettenanzahl in den Krankenzimmern.

(3) In die Sonderklasse sind Personen nur über eigenes Verlangen oder - sofern sie bei der Aufnahme keine verbindlichen Willenserklärungen abgeben können - über Verlangen ihres gesetzlichen Vertreters oder über Verlangen eines eigenberechtigten nächsten Angehörigen, der seine Identität nachzuweisen hat, aufzunehmen. Als nächste Angehörige gelten Ehegatten, eingetragene Partner, Verwandte und Verschwägerter einschließlich der Verwandten der eingetragenen Partner in ab- und aufsteigender Linie, Geschwister und deren Kinder, Verlobte sowie Lebensgefährten. (Anm: [LGBI.Nr. 54/2012](#))

Die Aufnahme kann von der Beibringung einer schriftlichen Verpflichtungserklärung über die Tragung der Pflege-(Sonder-)gebühren sowie vom Erlag einer entsprechenden Vorauszahlung abhängig gemacht werden. Können die Pflege-(Sonder-)gebühren nicht gemäß § 55 Abs. 1 hereingebracht werden, so sind zum Ersatz jene Angehörigen heranzuziehen, die die Aufnahme in die Sonderklasse verlangt haben. Über die aus der Aufnahme in die Sonderklasse folgenden

Verpflichtungen ist die Person, die die Aufnahme in die Sonderklasse verlangt, vorher in geeigneter Weise aufzuklären.

§ 46 Aufnahme von Patienten

(1) Patienten können nur durch die in der Anstaltsordnung bestimmten Organe auf Grund der Untersuchung durch den dazu bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden. Soll die Aufnahme des Patienten nur bis zur Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden sind, dürfen nur solche Patienten aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles das Vorhandensein einer derartigen Organisationseinheit für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird. (Anm: [LGBl. Nr. 71/2001](#))

(2) Bei der Aufnahme ist auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen Bedacht zu nehmen. Der Rechtsträger der Krankenanstalt ist nicht verpflichtet, Anstaltseinrichtungen für die Durchführung operativer Eingriffe an Personen, die, ohne anstaltsbedürftig zu sein, operative Eingriffe vornehmen lassen wollen, vorzusehen oder bereitzustellen. Unabweisbare Kranke müssen jedenfalls in Anstaltspflege genommen werden.

(3) Anstaltsbedürftig im Sinn des Abs. 2 sind Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltenpflege erfordert, Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist, gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes sowie Personen, die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen.

(4) Als unabweisbar im Sinn des Abs. 2 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 auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden, als unabweisbar anzusehen.

(5) Ist die Aufnahme eines unabweisbaren Kranken (Abs. 4) in die allgemeine Gebührenklasse wegen Platzmangels nicht möglich, so hat ihn die Krankenanstalt ohne Verrechnung von Mehrkosten so lange in die Sonderklasse aufzunehmen, bis der Platzmangel in der allgemeinen Gebührenklasse behoben ist und der Zustand des Kranken die Verlegung zuläßt.

(6) Kann ein Säugling nur gemeinsam mit der nicht anstaltsbedürftigen Mutter oder einer anderen Begleitperson oder eine anstaltsbedürftige Mutter nur gemeinsam mit ihrem Säugling aufgenommen werden, so sind Mutter (Begleitperson) und Säugling gemeinsam in Krankenanstaltspflege zu nehmen.

(7) In sonstigen Fällen ist die Aufnahme nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen nur in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen mit Zustimmung des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt zulässig, wenn die Unterbringung der Begleitperson in der Krankenanstalt möglich ist.

(8) Fondskrankenanstalten sind, soweit die Voraussetzungen nach Abs. 1 bis 7 gegeben sind, verpflichtet, Personen als Patienten aufzunehmen, für die Leistungsansprüche aus der Sozialversicherung bestehen.

(9) Im Fall der Behandlung eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 10 Abs. 9) ist der Patient einer der Krankenanstalt, in der er sich befindet. (Anm: [LGBl.Nr. 70/2012](#))

§ 47 Erste ärztliche Hilfe

Unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden.

§ 48 Entlassung von Patienten

(1) Patienten, die auf Grund des durch anstaltsärztliche Untersuchung festgestellten Behandlungserfolges der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, sind aus der Anstaltspflege ohne Verzug zu entlassen. Anstaltsbedürftige Patienten sind zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig und sichergestellt ist. Die von der Anstaltsleitung bestimmten Anstaltsärzte haben vor jeder Entlassung durch Untersuchung festzustellen, ob der Patient geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird.

(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseur zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat. In diesem sind die Angaben und Empfehlungen bzw. Anordnungen übersichtlich und zusammengefasst darzustellen. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom Hauptverband der österreichischen 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 der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Entlassungsbrief ist nach Entscheidung des Patienten diesem zu übermitteln oder

1. dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt bzw. Zahnarzt und
2. bei Bedarf den für die weitere Betreuung in Aussicht genommenen Angehörigen eines Gesundheitsberufs und
3. bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung.

Konnte bei der Entlassung des Patienten nur eine Kurzinformation angefertigt werden, so muss ein ergänzender ausführlicher Entlassungsbrief so rasch wie möglich nachgesandt werden. (Anm: [LGBl.Nr. 70/2011](#))

(3) Kann ein Patient nicht sich selbst überlassen werden und steht nicht die Übernahme des Patienten durch Angehörige oder sonst ihm nahestehende Personen fest, ist der Sozialhilfeträger rechtzeitig vor der Entlassung zu verständigen.

(4) Wünschen der Patient, seine Angehörigen oder sein gesetzlicher Vertreter die vorzeitige Entlassung, so hat der behandelnde Arzt bzw. Zahnarzt auf allfällige für die Gesundheit nachteilige Folgen aufmerksam zu machen und darüber eine Niederschrift aufzunehmen. Eine vorzeitige Entlassung ist nicht zulässig, wenn der Patient auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde in Krankenanstaltspflege eingewiesen worden ist. (Anm: [LGBl.Nr. 70/2011](#))

§ 49

Leichenöffnung (Obduktion)

(1) Die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbenen Patienten sind zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder strafprozessual angeordnet wurde oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffs, erforderlich ist. (Anm: [LGBl. Nr. 70/2011](#))

(2) Liegt keiner der im Abs. 1 erwähnten Fälle vor und hat der Verstorbene nicht schon bei Lebzeiten einer Obduktion zugestimmt, darf eine Obduktion nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen vorgenommen werden.

(3) Über jede Obduktion ist eine Niederschrift aufzunehmen, die mit der Krankengeschichte zu verwahren ist. Die Obduktionsniederschrift hat die Feststellung der Identität des Obduzierten, die pathologischen Befunde an der Leiche und die Todesursache zu enthalten. Die Niederschrift ist von den bei der Leichenöffnung anwesenden Ärzten zu unterzeichnen.

§ 50

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen

(1) In öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 Z 1 und 2 bezeichneten Art sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

1. zur Leistung erster ärztlicher Hilfe oder
 2. zur Behandlung nach erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß, oder
 3. über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen, oder
 4. über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege oder
 5. im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- oder Blutspenden oder
 6. zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
 7. für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin
- notwendig ist. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#), [85/2016](#))

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

(2a) Die Rechtsträger können ihre Leistungen nach Abs. 1 auch durch Vereinbarung mit anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten, mit Gruppenpraxen oder anderen ärztlichen Kooperationsformen erbringen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die einschlägigen krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Solche Verträge bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. (Anm: [LGBI. Nr. 122/2006](#))

(3) Über alle ambulanten Untersuchungen und Behandlungen sind Aufzeichnungen zu führen, in denen die untersuchten und behandelten Personen unter fortlaufender Ambulanz-Zahl, mit Vor- und Familiennamen, Geburtsdaten und Anschrift, unter Anführung der Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Diagnose und der Therapie sowie allenfalls des Kostenträgers und der Ambulanzgebühr einzutragen sind. Die Eintragung des Vor- und Familiennamens, der Geburtsdaten und der Anschrift kann unterbleiben, wenn Frauen, die während der Schwangerschaft ambulant untersucht und behandelt werden, dies verlangen. (Anm: [LGBI. Nr. 44/2003](#))

(4) An Universitätskliniken können zu Zwecken der Forschung und Lehre Personen auch ohne Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 1 untersucht und behandelt werden. (Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

§ 51 Pflegergebühren

(1) Die Pflegegebühren sind, soweit Abs. 2 und § 52 nichts anderes bestimmen, das tägliche Entgelt für alle Leistungen der Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse. Mit den Pflegegebühren werden die Leistungen der Fondskrankenanstalten für jene stationären Patienten abgegolten, die nicht über den Oö. Gesundheitsfonds durch LKF-Gebührenersätze abgerechnet werden. (Anm: [LGBI. Nr. 122/2006](#))

(2) Die Kosten der Beförderung des Patienten in eine Krankenanstalt und aus einer Krankenanstalt sowie von einer in eine andere Krankenanstalt, die Beistellung eines Zahnersatzes - sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt -, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) - soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen -, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in der Pflegegebühr nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Patienten erbracht werden. Die Landesregierung kann unter Bedachtnahme auf die Erkenntnisse der Wissenschaft und die Erfahrungen der Praxis durch Verordnung feststellen, daß bestimmte orthopädische Hilfsmittel (Körperersatzstücke) nicht therapeutische Behelfe sind. Vor Erlassung einer solchen Verordnung ist dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Rechtsträgern der Krankenanstalten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Bei Entbindungen ist das Entbindungspauschale das Entgelt für alle Leistungen der Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse einschließlich des Beistandes durch eine in der

Anstalt angestellte Hebamme und der anschließenden Wochenbettpflege bis zu insgesamt zehn Tagen. Abs. 2 gilt sinngemäß.

(3a) Für tagesklinische Leistungen, die während einer stationären Unterbringung in der Krankenanstalt nur bis zur Dauer eines Tages erbracht werden, ist die Tagesklinik-Pflegegebühr das Entgelt für alle Leistungen der Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse. Abs. 2 gilt sinngemäß. (Anm: [LGBI. Nr. 122/2006](#))

(4) In den Fällen des § 46 Abs. 6 werden die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Für Begleitpersonen in den Fällen des § 46 Abs. 7 sind jedoch Pflegegebühren zu entrichten; die Höhe dieser Pflegegebühren ist von der Landesregierung durch Verordnung festzusetzen und darf die für die Unterbringung (einschließlich der Verpflegung) der Begleitperson entstehenden Kosten nicht überschreiten.

(5) Für den Aufnahme- und den Entlassungstag sind die Pflegegebühren in voller Höhe zu entrichten. Bei Überstellung eines Patienten in eine andere Krankenanstalt in Oberösterreich hat nur die übernehmende Krankenanstalt Anspruch auf die Pflegegebühren für diesen Tag.

§ 52

Kostenbeitrag und zusätzliche Beiträge

(1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege entweder LKF-Gebührenersätze durch den Oö. Gesundheitsfonds oder Pflegegebühren(ersätze) zur Gänze (ohne Selbstbehalt) durch einen Träger der Sozialversicherung oder durch eine sonstige Körperschaft des öffentlichen Rechts als Krankenfürsorgeeinrichtung getragen werden, ist durch die Träger der öffentlichen Krankenanstalten ein Kostenbeitrag in der Höhe von 7,82 Euro pro Pflergetag einzuheben. Dieser Beitrag ist pro Patient für höchstens 25 Kalendertage in jedem Kalenderjahr einzuheben. Er ist auch für den Aufnahme- und Entlassungstag zu leisten; bei Überstellung in eine andere öffentliche Krankenanstalt innerhalb Oberösterreichs hat nur die übernehmende Krankenanstalt Anspruch auf den Kostenbeitrag für diesen Tag. Von der Kostenbeitragspflicht sind Patienten ausgenommen, die

1. nachweislich von der Rezeptgebühr im Sinn der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen befreit sind oder
2. Anspruch auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes nach sozialhilferechtlichen Bestimmungen haben oder
3. im Rahmen der Behindertenhilfe ständig in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht sind oder
4. zum Zweck der Organspende stationär aufgenommen wurden oder
5. Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Geburt in Anspruch nehmen.

(Anm: [LGBI. Nr. 87/2001](#), [79/2005](#), [122/2006](#))

(2) Die Landesregierung hat den Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 zum 1. Jänner eines jeden Jahres zu valorisieren, und zwar in jenem Verhältnis, wie sich der Wert des vorangegangenen Oktober-Index des Verbraucherpreisindex 1986 (oder des an seine Stelle tretenden Index) gegenüber dem Oktober-Index des zweitvorangegangenen Jahres verändert hat. Die Höhe des valorisierten Kostenbeitrages ist im Landesgesetzblatt kundzumachen. (Anm: [LGBI. Nr. 31/2002](#))

(3) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege entweder LKF-Gebührenersätze durch den Oö. Gesundheitsfonds oder Pflegegebühren(ersätze) zur Gänze (ohne Selbstbehalt) durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, durch die Träger der öffentlichen Krankenanstalten für den Oö. Gesundheitsfonds ein Beitrag in der Höhe von 1,45 Euro pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag ist pro Patient für höchstens 25 Kalendertage in jedem Kalenderjahr einzuheben. Er ist auch für den Aufnahme- und Entlassungstag zu leisten; bei Überstellung in eine andere öffentliche Krankenanstalt innerhalb Oberösterreichs hat nur die übernehmende Krankenanstalt Anspruch auf den Beitrag für diesen Tag. Von der Beitragspflicht sind Patienten ausgenommen, die

1. nachweislich von der Rezeptgebühr im Sinn der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen befreit sind oder
2. Anspruch auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes nach sozialhilferechtlichen Bestimmungen haben oder

3. im Rahmen der Behindertenhilfe ständig in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht sind oder
4. zum Zweck der Organspende stationär aufgenommen wurden oder
5. Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Geburt in Anspruch nehmen.

(Anm: [LGBl. Nr. 87/2001](#), [79/2005](#), [122/2006](#))

(4) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 und zum Beitrag gemäß Abs. 3 ist von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse und von Patienten der Sonderklasse durch die Träger der öffentlichen Krankenanstalten für jeden Verpflegstag ein Beitrag von 0,73 Euro einzuheben und an den Oö. Patientenentschädigungsfonds abzuführen. Dieser Beitrag ist pro Patient für höchstens 25 Kalendertage in jedem Kalenderjahr einzuheben. Von der Beitragspflicht sind Patienten ausgenommen, die

1. nachweislich von der Rezeptgebühr im Sinn der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen befreit sind oder
2. Anspruch auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes nach sozialhilferechtlichen Bestimmungen haben oder
3. im Rahmen der Behindertenhilfe ständig in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht sind oder
4. zum Zweck der Organspende stationär aufgenommen wurden oder
5. Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Geburt in Anspruch nehmen.

(Anm: [LGBl. Nr. 87/2001](#), [31/2002](#), [112/2002](#), [79/2005](#))

(5) Für die Einbringung der in den vorstehenden Absätzen genannten Beiträge sind die §§ 55 und 56 sinngemäß anzuwenden. Die Träger der öffentlichen Krankenanstalten haben von den Versicherungsträgern die für die Einhebung dieser Beiträge notwendigen Daten zu verlangen.

(6) Die Kostenbeiträge gemäß Abs. 1, 3 und 4 sind für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht einzuheben. (Anm: [LGBl.Nr. 97/2017](#))

(Anm: [LGBl. Nr. 21/2001](#))

§ 53 Sondergebühren

(1) Neben den Pflegegebühren dürfen folgende Sondergebühren eingehoben werden:

1. der Ersatz für die im § 51 Abs. 2 genannten Aufwendungen, soweit sie von der Krankenanstalt getragen wurden;
2. für Patienten, die auf eigenen Wunsch in einem Krankenzimmer der Sonderklasse untergebracht werden, die Anstaltsgebühr zur Abdeckung des erhöhten Personal- und Sachaufwands;
3. für Patienten, die tagesklinisch behandelt werden und auf eigenen Wunsch in einem Krankenzimmer der Sonderklasse untergebracht werden, abweichend von Z 2 die Tagesklinik-Anstaltsgebühr zur Abdeckung des erhöhten Personal- und Sachaufwands.

Weiters darf für ambulante Untersuchungen und Behandlungen (§ 50) die Ambulanzgebühr eingehoben werden. (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

(2) Entfallen (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

(3) Die Ambulanzgebühr ist für die ambulante Untersuchung und Behandlung mit Ausnahme der im § 51 Abs. 2 genannten Leistungen einzuheben. Mit der Ambulanzgebühr werden die Leistungen der Fondskrankenanstalten für jene ambulant untersuchten und behandelten Patienten abgegolten, die nicht über den Oö. Gesundheitsfonds durch Ambulanz-Gebührenersätze abgerechnet werden. Wird eine Person auf Grund des Ergebnisses der ambulanten Untersuchung oder Behandlung am selben Tag als Patient in die Anstalt aufgenommen, ist die auf den Aufnahmetag entfallende Ambulanzgebühr nicht zu entrichten. (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

(4) Den Ärzten können für die Tätigkeit im Rahmen der ambulanten Untersuchung und Behandlung Anteile an der Ambulanzgebühr - ausgenommen bei ambulanten Untersuchungen und Behandlungen, die ihrer Art nach über den Oö. Gesundheitsfonds abgerechnet werden, unabhängig davon, an welchem Patienten die Leistung erbracht wurde - überlassen werden

(Ärzteanteile). Die Anteile dürfen den Ärzten pro Rechtsträger höchstens in jenem Verhältnis überlassen werden, das dem des Jahres 1994 entspricht. Die Überlassung von Ärzteanteilen ist der Landesregierung vom Rechtsträger anzuzeigen. Die Landesregierung kann die Überlassung binnen acht Wochen ab Einlangen der Anzeige untersagen, wenn die Überlassung gesetzlichen Bestimmungen widerspricht; im übrigen gilt § 54 Abs. 2 sinngemäß. Die Ärzteanteile sind weder ruhegeunfähiger Monatsbezug noch Anspruchsgrundlage für Nebengebühren, Entgeltfortzahlungen und Abfertigungen. (Anm: [LGBl. Nr. 91/2015](#))

(5) Die näheren Bestimmungen über die Sondergebühren hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen, wobei die Ambulanzgebühr pauschaliert werden kann. Vor Erlassung der Verordnung ist den Rechtsträgern der Krankenanstalten, soweit es die Ambulanzgebühren betrifft auch der Ärztekammer für Oberösterreich, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

(6) Auf die Anstaltsgebühr ist § 51 Abs. 5 sinngemäß anzuwenden. (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

§ 54 Ärztehonorare

(1) Die Abteilungs-, Instituts- und Laboratoriumsleiter, die Ärzte, die Einrichtungen führen, die weder eine Abteilung noch ein Institut darstellen, die Konsiliarärzte oder Konsiliarzahnärzte und die anderen Ärzte des ärztlichen Dienstes sind berechtigt, von Patienten der Sonderklasse ein Honorar zu verlangen (Ärztehonorar). (Anm: [LGBl.Nr. 70/2011](#))

(2) Das Ärztehonorar gebührt den Ärzten des ärztlichen Dienstes zu Anteilen, die ihre wünschenswerte fachliche Qualifikation sicherstellen und ihre Leistung berücksichtigen. Diese Anteile sind einvernehmlich durch die beteiligten Ärzte mit Zustimmung des Rechtsträgers der Krankenanstalt festzulegen. Jeder der beteiligten Ärzte kann zum Ablauf eines Kalenderjahres eine Änderung der Aufteilung verlangen. Kommt es binnen drei Monaten nicht zur Einigung und Zustimmung, so hat die Landesregierung die Aufteilung festzulegen. Diese Festlegung gilt bis zu dem Zeitpunkt, zu dem es zur Einigung der beteiligten Ärzte mit Zustimmung des Rechtsträgers kommt.

(3) Dem Rechtsträger der Krankenanstalt gebührt für die Bereitstellung der Einrichtungen der Anstalt ein Anteil in der Höhe von 31% an den Ärztehonoren. (Anm: [LGBl. Nr. 91/2015](#))

(4) Für die Vorschreibung und Einbringung der Ärztehonore gelten die §§ 55 und 56 sinngemäß mit der Maßgabe, daß der Rechtsträger der Krankenanstalt die Ärztehonore namens der Ärzteschaft, und zwar gleichzeitig mit den Sondergebühren, vorzuschreiben und einzubringen hat.

(5) Voraussetzung für die Honorarberechtigung gemäß § 46 KAKuG ist der Abschluss einer Vereinbarung zwischen den honorarberechtigten Ärzten und dem Rechtsträger der Krankenanstalt. Diese muss jedenfalls vorsehen, dass dem Rechtsträger für die Bereitstellung der Einrichtungen der Krankenanstalt ein Anteil in der Höhe von 31 % an den Honoraren nach § 46 KAKuG zukommt. Weiters muss sie eine Regelung hinsichtlich der Beteiligung weiterer Ärzte enthalten und sicherstellen, dass der Rechtsträger berechtigt ist, Vereinbarungen über Honorare und Honorarnoten gemäß § 46 KAKuG einzusehen. Zur Vereinfachung kann die Einhebung dieser Honorare durch die Rechtsträger namens der berechtigten Ärzte vereinbart werden. (Anm: [LGBl.Nr. 56/2014, 91/2015](#))

§ 55 Pfleugebühren, Sondergebühren; Verpflichtete

(1) Zur Bezahlung der in einer Krankenanstalt aufgelaufenen Pflege-(Sonder-)gebühren ist in erster Linie der Patient selbst verpflichtet, sofern nicht eine andere physische oder juristische Person auf Grund sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen, sonstiger gesetzlicher Vorschriften oder vertraglich ganz oder teilweise dazu verpflichtet ist oder dafür Ersatz zu leisten hat.

(2) Können die Pflege-(Sonder-)gebühren nicht beim Patienten selbst oder bei den sonstigen im Abs. 1 genannten Personen hereingebracht werden, sind zum Ersatz die für ihn unterhaltspflichtigen Personen heranzuziehen. § 47 Abs. 3 Z 1 und 2 des Oö. Sozialhilfegesetzes 1998 gilt sinngemäß. (Anm: [LGBl. Nr. 41/2001](#))

(3) Unbeschadet des § 22 Abs. 1 und Abs. 2 Z 4 des Oö. Sozialhilfegesetzes 1998 ist der zuständige Sozialhilfeträger erst dann zur Bezahlung der in einer Krankenanstalt aufgelaufenen Pflege- (Sonder-)gebühren verpflichtet, wenn sie weder nach Abs. 1 noch auch bei unterhaltspflichtigen Personen gemäß Abs. 2 hereingebracht werden können. (Anm: [LGBl. Nr. 41/2001](#))

(4) Andere als die in den §§ 51, 53 und 54 vorgesehenen Gebühren oder Entgelte dürfen nicht eingehoben werden.

§ 56

Pflegegebühren, Sondergebühren; Einbringung

(1) Die Pflege-(Sonder-)gebühren sind mit dem Entlassungstag oder nach Bedarf mit dem letzten Tag des Monats abzurechnen und, soweit sie nicht im vorhinein entrichtet worden sind, ohne Verzug mittels Pflege-(Sonder-)gebührenrechnung zur Zahlung vorzuschreiben. Die Pflege-(Sonder-)gebühren sind mit dem Tag der Verschreibung fällig. Nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag sind Verzugszinsen in der Höhe von 8,5% zu berechnen. In der Pflege-(Sonder-)gebührenrechnung ist der Verpflichtete aufzufordern, den ausgewiesenen Betrag binnen zwei Wochen zu bezahlen. Ferner ist ein Hinweis auf die Verzugszinsenregelung und auf die Regelung der Abs. 4 und 7 aufzunehmen.

(2) Der gemäß § 55 zur Leistung von Pflege-(Sonder-)gebühren bzw. gemäß § 52 zur Leistung von Kostenbeiträgen Verpflichtete kann zur Leistung einer angemessenen Vorauszahlung aufgefordert werden. Dies gilt nicht für unbemittelte oder gemäß § 145 ASVG von einem Versicherungsträger eingewiesene Personen, die in die allgemeine Gebührenklasse aufgenommen werden.

(3) In berücksichtigungswürdigen Fällen kann über Ersuchen des zur Bezahlung der Pflege-(Sonder-)gebühren Verpflichteten ein Zahlungsaufschub eingeräumt oder gestattet werden, daß der ausgewiesene Betrag in Teilbeträgen bezahlt wird. Wurde die Zahlungsfrist erstreckt oder Teilzahlung gewährt, sind die gesetzlichen Verzugszinsen für die Dauer des Aufschubes nicht zu berechnen.

(4) Die in der Pflege-(Sonder-)gebührenrechnung ausgewiesene Forderung ist vollstreckbar

1. entweder nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist (Abs. 1)

2. oder nach Ablauf von zwei Wochen, gerechnet vom Tag des Ablaufes der erstreckten Zahlungsfrist (Abs. 3)

3. oder bei Nichtbezahlung von Teilbeträgen (Abs. 3) bezüglich des gesamten aushaftenden Betrages nach Ablauf von zwei Wochen nach Fälligkeit eines Teilbetrages.

(5) Auf Grund von Rückstandsausweisen der Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten für Pflege-(Sonder-)gebühren ist die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wurde. Die Pflege-(Sonder-)gebührenrechnung, auf der im Fall des Abs. 4 Z 3 vom Rechtsträger der Krankenanstalt der aushaftende Betrag zu verzeichnen ist, gilt als Rückstandsausweis.

(6) Die Bestimmungen der Abs. 4 und 5 gelten sinngemäß für die Einbringung der gemäß Abs. 2 geforderten Vorauszahlungen.

(7) Gegen die Verschreibung (Abs. 1) steht demjenigen, gegen den sie sich richtet, der Einspruch zu, der binnen zwei Wochen nach Zustellung schriftlich bei der Stelle einzubringen ist, die die Pflege-(Sonder-)gebührenrechnung ausgestellt hat. Wird innerhalb dieser Frist nicht Einspruch erhoben, so gilt die in der Pflege-(Sonder-)gebührenrechnung festgehaltene Zahlungsverpflichtung als endgültig festgelegt. Ansuchen um Gewährung eines Zahlungsaufschubes oder von Teilzahlung (Abs. 3) gelten nicht als Einspruch. Falls dem Einspruch vom Rechtsträger der Krankenanstalt nicht voll Rechnung getragen wird, ist er vom Rechtsträger der Bezirksverwaltungsbehörde vorzulegen, die die Pflege-(Sonder-)gebühren dem Verpflichteten mit Bescheid vorzuschreiben hat. Dem Rechtsträger der Krankenanstalt kommt im Verfahren Parteistellung zu. Ergibt sich bei der behördlichen Verschreibung eine Differenz gegenüber dem mit der Pflege-(Sonder-)gebührenrechnung vom Rechtsträger der Krankenanstalt vorgeschriebenen Betrag und wurde ein Betrag bereits erlegt oder die Forderung gemäß Abs. 3 und 4 vollstreckt, so ist im Bescheid zwar die Höhe der Pflege-(Sonder-)gebühren zu bestimmen, jedoch lediglich die Differenz zur Zahlung vorzuschreiben.

(Anm: [LGBL. Nr. 84/2002, 90/2013](#))

§ 57

Pflegegebühren, Sondergebühren; Ermittlung

(1) Die Pflege-(Sonder-)gebühren sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Vorschläge und Rechnungsabschlüsse kostendeckend zu ermitteln.

(2) Folgende Aufwendungen dürfen der Ermittlung der Pflege-(Sonder-)gebühren nicht zu Grunde gelegt werden:

1. die Kosten, die gemäß § 51 Abs. 2 in den Pflegegebühren nicht enthalten sind;
2. die Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen.

§ 58

Pflegegebühren, Sondergebühren; Festsetzung

Die Pflegegebühren - einheitlich für die allgemeine Gebührenklasse und für die Sonderklasse - und die Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In dieser Kundmachung sind auch die gemäß § 57 ermittelten Pflege-(Sonder-)gebühren anzuführen.

§ 59

Oö. Gesundheitsfonds

(1) Die an im Inland sozialversicherten Patienten in Fondskrankenanstalten erbrachten stationären und ambulanten Leistungen sind über den Oö. Gesundheitsfonds durch LKF-Gebührenersätze (§ 60) bzw. Ambulanz-Gebührenersätze (§ 61) abzurechnen, soweit für diese Patienten Leistungsansprüche aus der Sozialversicherung bestehen. Davon ausgenommen sind

1. Leistungen gemäß § 66 Abs. 2,
2. allfällige Sondergebühren gemäß § 53 Abs. 1 Z 1 bis 3 und
3. Leistungen, die an ambulanten Patienten, für die die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt leistungspflichtig ist, erbracht werden.

(Anm: [LGBL. Nr. 122/2006](#))

(2) Der Oö. Gesundheitsfonds hat gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten das Recht, in alle im § 67 Z 4 angeführten Unterlagen Einsicht zu nehmen. (Anm: [LGBL. Nr. 122/2006](#))

(3) Voraussetzung für die Leistung der LKF-Gebührenersätze und Ambulanz-Gebührenersätze ist die Übereinstimmung der jeweiligen Krankenanstalt mit einer Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes sowie die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen sowie der Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität, insbesondere auf Grund des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen und des § 27, durch die Krankenanstalt. (Anm: [LGBL.Nr. 56/2014, 97/2017](#))

(4) Die Fondskrankenanstalten haben in der im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, vorgesehenen Form Diagnosen- und Leistungsberichte an den Oö. Gesundheitsfonds spätestens zu folgenden Terminen zu übermitteln:

1. Bericht über das 1. Quartal bis 30. April des laufenden Jahres;
2. Bericht über das 1. Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres;
3. vorläufiger Jahresbericht bis 28. Februar des Folgejahres;
4. endgültiger Jahresbericht bis 30. September des Folgejahres. (Anm: [LGBL. Nr. 71/2001, 122/2006](#))

§ 60

LKF-Gebührenersätze

(1) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen (stationären) sozialversicherten Personen erbracht werden, sind über den Oö. Gesundheitsfonds leistungsorientiert durch LKF-Gebührenersätze abzurechnen, die wie folgt zu ermitteln sind: Im LKF-Kernbereich werden auf der Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung die LKF-Punkte für den einzelnen Patienten ermittelt. Änderungen im LKF-Kernbereich treten jeweils nur mit Jänner eines jeden Jahres in Kraft. (Anm: [LGBL. Nr. 122/2006](#))

(2) Die Höhe des LKF-Gebührenersatzes ermittelt sich als Produkt der für den einzelnen Patienten ermittelten LKF-Punkte mit dem vom Oö. Gesundheitsfonds errechneten Eurowert je LKF-Punkt. Die Höhe dieses Eurowertes richtet sich nach der Dotation des Oö. Gesundheitsfonds, nach den für den LKF-Bereich vorgesehenen Mitteln sowie nach den von allen Fondskrankenanstalten erbrachten LKF-Punkten. Der Oö. Gesundheitsfonds kann Richtlinien über die monatliche und jährliche (vorläufige und endgültige) Ermittlung des Eurowertes je LKF-Punkt und die Auszahlung der LKF-Gebührenersätze erlassen. (Anm: [LGBL. Nr. 122/2006](#))

(3) Die Fondskrankenanstalten haben bis spätestens 20. eines jeden Monats die Diagnosen- und Leistungsberichte an den Oö. Gesundheitsfonds zu übermitteln. Diese monatliche Datenmeldung hat alle Abrechnungsdatensätze bis zum Monatsletzten des Vormonats des abzurechnenden Jahres zu umfassen. Dabei darf nur ein vom Oö. Gesundheitsfonds genehmigtes Bepunktungsprogramm verwendet werden. Die Berichte haben in maschinenlesbarer Form zu erfolgen und dem durch das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen vorgegebenen Inhalt zu entsprechen. Der Oö. Gesundheitsfonds hat die LKF-Gebührenersätze bis spätestens 7. des der Datenmeldung folgenden Monats auszubezahlen. Abweichend davon sind im Jahr 1997 die LKF-Gebührenersätze für die Monate Jänner, Februar und März am 30. April 1997 auszubezahlen. (Anm: [LGBL. Nr. 122/2006](#))

(4) Mit den Zahlungen gemäß Abs. 1 sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten für erbrachte stationäre Leistungen gegenüber dem Oö. Gesundheitsfonds abgegolten. (Anm: [LGBL. Nr. 122/2006](#))

§ 61 Ambulanz-Gebührenersätze

(1) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an sozialversicherten Patienten ambulant erbracht werden, sind über den Oö. Gesundheitsfonds nach den dort für diesen Zweck dotierten Mitteln nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen abzurechnen. (Anm: [LGBL. Nr. 122/2006](#))

(2) Die Mittel für Ambulanzleistungen (Ambulanz-Gebührenersätze) werden im Jahr 1997 auf die einzelnen Rechtsträger der Krankenanstalten im Verhältnis der für das Jahr 1994 von den Sozialversicherungsträgern geleisteten Ambulanzgebühren aufgeteilt (Jahrespauschale). Für die Valorisierung der Ambulanz-Gebührenersätze gilt § 447f Abs. 1 ASVG.

(3) Die Fondskrankenanstalten haben innerhalb von drei Monaten nach Ablauf eines Quartals Ambulanzleistungsberichte für das Quartal dem Oö. Gesundheitsfonds zu übermitteln. Der Inhalt der Ambulanzleistungsberichte ist durch Richtlinien des Oö. Gesundheitsfonds festzulegen. (Anm: [LGBL. Nr. 122/2006](#))

(4) Der Oö. Gesundheitsfonds hat dem Rechtsträger der Krankenanstalt innerhalb von vier Wochen nach Ende eines Quartals ein Viertel des Jahrespauschales gemäß Abs. 2 erst dann zu leisten, wenn die Fondskrankenanstalt die im Abs. 3 angeführten Ambulanzleistungsberichte für das zweitvorangegangene Quartal vorgelegt hat. Abweichend davon hat der Oö. Gesundheitsfonds das erste Viertel der Jahrespauschale im Jahr 1997 vier Wochen nach Ablauf des ersten Quartals zu leisten. (Anm: [LGBL. Nr. 122/2006](#))

(5) Änderungen des Leistungsaufkommens und des Leistungsspektrums, die ab 1997 eintreten, sind in den Folgejahren bei der Ermittlung der Jahrespauschale pro Krankenanstalt zu berücksichtigen, wobei insgesamt die Mittel für Ambulanzleistungen gemäß Abs. 2 nicht überschritten werden dürfen. Die Ermittlung hat durch den Oö. Gesundheitsfonds zu erfolgen. (Anm: [LGBL. Nr. 122/2006](#))

(6) Mit den Zahlungen gemäß Abs. 1 bis 5 sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten für erbrachte ambulante Leistungen gegenüber dem Oö. Gesundheitsfonds abgegolten. (Anm: [LGBL. Nr. 122/2006](#))

§ 62

Pflegegebühren, Sondergebühren; Einheitlichkeit

(1) 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.

(2) Die Pflegegebühr und die allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die Pflege-(Sonder-)gebühren 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.

(3) Eine Krankenanstalt darf nur dann als gleichartig oder annähernd gleichwertig anerkannt werden, wenn

1. Übereinstimmung mit den Feststellungen in einer Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes hinsichtlich Gleichartigkeit oder annähernder Gleichwertigkeit besteht,
2. die Bevölkerungszahl und das Gebiet, für das die Krankenanstalt bestimmt ist, mit den Kriterien des § 39 Abs. 3 übereinstimmt und
3. keine wesentlichen Unterschiede in der Ausstattung hinsichtlich der Zahl der Abteilungen, der Bettenzahl, des Personalstandes oder der medizinisch-technischen Geräte bestehen.

(Anm: [LGBI. Nr. 122/2006](#), [97/2017](#))

§ 63

Besondere Bestimmungen für ausländische Staatsangehörige

(1) Die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen Pflegegebühren, allfälligen Sondergebühren und Ärzthonorare sowie den Kostenbeitrag bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinn des Abs. 2 erster Satz nicht erlegen oder sicherstellen, ist auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 46 Abs. 4) beschränkt. (Anm: [LGBI. Nr. 91/2015](#))

(1a) Sofern es sich nicht um Fälle der Unabweisbarkeit handelt, kann eine Aufnahme abgelehnt werden, wenn durch die Aufnahme eine Krankenanstalt ihrem Versorgungsauftrag nach einer Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes für Personen mit Wohnsitz im Bundesgebiet nicht mehr in einem angemessenen Zeitraum nachkommen könnte. (Anm: [LGBI. Nr. 91/2015](#), [97/2017](#))

(1b) Die Landesregierung kann durch Verordnung bestimmen, dass für die Verrechnung von Leistungen für Personen, die auf Grund der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. Nr. L 88 vom 4.4.2011, S 45, aufgenommen werden, die entsprechenden Regelungen herangezogen werden, die für Personen gelten, die auf Grund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. L 166 vom 30.4.2004, S 1, zuletzt geändert durch die Verordnung (EU) Nr. 517/2013, ABl. Nr. L 158 vom 10.6.2013, S 1, aufgenommen werden. (Anm: [LGBI. Nr. 91/2015](#))

(2) Die Landesregierung kann durch Verordnung bestimmen, daß bei der Aufnahme von ausländischen Staatsangehörigen statt der Pflege- (Sonder-)gebühren sowie des Kostenbeitrages die tatsächlich erwachsenen Behandlungskosten in Rechnung zu stellen sind. Dies gilt jedoch nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 46 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlinge, denen im Sinn des Asylgesetzes 1997 Asyl gewährt wurde, und Asylwerber, denen im Sinn des Asylgesetzes 1997 eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem

oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind, und

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

(Anm: [LGBI. Nr. 41/2001](#), [44/2003](#), [91/2015](#))

2. ABSCHNITT

Beziehungen der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten zu den Trägern der Sozialversicherung

§ 64

Kostenverteilung

(1) Die den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten als LKF-Gebührenersatz und Ambulanz-Gebührenersatz gebührenden Zahlungen sind zur Gänze vom Oö. Gesundheitsfonds zu entrichten. (Anm: [LGBI. Nr. 122/2006](#))

(2) Bei Anstaltspflege eines anspruchsberechtigten Angehörigen eines nach dem ASVG oder nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz Versicherten und bei Anstaltspflege eines Versicherten nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz hat der (die) Versicherte einen Kostenbeitrag zu leisten, der von der Krankenanstalt für Rechnung des Oö. Gesundheitsfonds einzuheben ist. Dieser beträgt für jeden Pflgetag 10% der am 31. Dezember 1996 für die betreffende Krankenanstalt in Geltung gestandenen Pflegegebührenersätze, vervielfacht mit dem Hundertsatz für das Jahr 1997 gemäß § 28 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, [BGBI. Nr. 1/1957](#), in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung. Diese Beträge erhöhen sich jährlich um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Solange keine endgültigen Prozentsätze vorliegen, sind die vorläufigen Prozentsätze heranzuziehen. Die Krankenanstalten haben die jährlich eingehobenen Kostenbeiträge dem Oö. Gesundheitsfonds bis 30. März des der Einhebung folgenden Jahres zu erstatten. Vom Kostenbeitrag ist abzusehen,

1. sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung an, übersteigen,
2. für Anstaltspflege, die aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft geleistet wird,
3. für Leistungen nach § 120a ASVG sowie nach § 76a und § 80 Abs. 3 lit. b, d und g des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes.

(Anm: [LGBI. Nr. 44/2003](#), [99/2005](#), [122/2006](#), [56/2014](#))

§ 65

Volle Kostenübernahme

In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 46 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.

§ 66

Leistungen

(1) Alle Leistungen der Fondskrankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulantem Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, für die ein Anspruch aus der Sozialversicherung besteht, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:

1. LKF-Gebührenersätze des Oö. Gesundheitsfonds,
2. Ambulanz-Gebührenersätze des Oö. Gesundheitsfonds,
3. Kostenbeiträge nach § 64 Abs. 2 (§ 447f Abs. 7 ASVG),
4. Kostenbeiträge nach § 52.

(Anm: [LGBI. Nr. 71/2001](#), [122/2006](#))

(2) Nicht damit abgegolten sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Land Oberösterreich ausgenommene Leistungen (Art. 25 der im § 1 angeführten

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG) und die im § 51 Abs. 2, § 53 Abs. 1 und § 59 Abs. 1 Z 3 angeführten Leistungen. (Anm: [LGBl. Nr. 71/2001](#), [122/2006](#), [56/2014](#))

(3) Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Gebührenersätzen gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der Oö. Gesundheitsfonds als Versicherungsträger. Der Oö. Gesundheitsfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden. (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

§ 67

Einsichts- und Informationsrecht

(1) Die Versicherungsträger haben ohne Einschaltung des Oö. Gesundheitsfonds folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt:

1. das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (z. B. Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);
2. das Recht, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten; § 21 Abs. 6 bleibt unberührt;
3. das Recht, den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;
4. das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen auf elektronischem Weg zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen des Oö. Gesundheitsfonds 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 laufende Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems.

(Anm: [LGBl. Nr. 71/2001](#), [122/2006](#))

(1a) Die Fondskrankenanstalten haben ihrerseits sicherzustellen, dass der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich elektronisch vorgenommen wird, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse einheitlich gestaltet werden. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden und haben die Identität des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen. Die Überprüfung der Identität ist für Patienten bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen. (Anm: [LGBl. Nr. 91/2015](#), [85/2016](#))

(2) Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Eurowerte je LKF-Punkt durch den Oö. Gesundheitsfonds. (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

§ 68

Ersatz von Leistungen

(1) Der Rechtsträger der Fondskrankenanstalt hat, wenn Leistungen gemäß § 66 Abs. 1 gewährt werden, gegenüber dem sozialversicherten Patienten oder den für ihn unterhaltspflichtigen Personen daraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen davon sind nur der Kostenbeitrag gemäß § 52 und der Kostenbeitrag gemäß § 64 Abs. 2 sowie die Sondergebühren nach § 53 Abs. 1 Z 1 bis 3. (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

(2) Nach Ablauf der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege hat der Versicherte für den weiteren Anstaltsaufenthalt die Kosten zu tragen und zwar in Höhe der für die betreffende Krankenanstalt gemäß § 74 vertraglich vereinbarten Pflegegebührenersätze.

(3) Für die Einbringung des Kostenbeitrages gemäß § 64 Abs. 2 sind die Bestimmungen der §§ 55 und 56 sinngemäß anzuwenden.

§ 69

Verträge mit Versicherungsträgern

(1) Soweit in diesem Landesgesetz nicht besonderes bestimmt ist, sind die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten durch privatrechtliche Verträge zu regeln. Durch diese Verträge können Ansprüche auf Zahlungen nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach § 66 Abs. 2 und § 59 Abs. 1 Z 3 handelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem Oö. Gesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden. (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

(2) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht zustandekommt, hat auf Antrag die Schiedskommission (§ 70) mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß Abs. 1 zu regelnden Angelegenheiten zu entscheiden. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustandegekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt oder vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gestellt werden. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat in den Fällen dieses Absatzes im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Sozialversicherungsträger vorzugehen.

(3) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ist abweichend vom Abs. 1 dritter Satz berechtigt, mit den Rechtsträgern der Krankenanstalten vertragliche Vereinbarungen im Sinn des § 59 Abs. 1 zweiter Satz B-KUVG zu treffen.

§ 70 Schiedskommission

(1) Die Schiedskommission wird beim Amt der Landesregierung errichtet und besteht aus einer bzw. einem Vorsitzenden und vier weiteren Mitgliedern, die von der Landesregierung wie folgt bestellt werden:

1. eine Richterin bzw. ein Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des Oberlandesgerichts Linz gehörenden Gerichte, auf Vorschlag der Präsidentin bzw. des Präsidenten des Oberlandesgerichts, als Vorsitzende bzw. Vorsitzender;
2. ein Mitglied auf Vorschlag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger;
3. ein Mitglied aus dem Kreis der Bediensteten des Aktivstands des Amtes der Landesregierung;
4. ein Mitglied der Kammer der Wirtschaftstreuhandler auf Vorschlag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger;
5. ein Mitglied der Kammer der Wirtschaftstreuhandler auf Vorschlag des Oö. Gesundheitsfonds.

Für jedes Mitglied ist für den Fall seiner Verhinderung in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen. (Anm: [LGBl. Nr. 99/2005](#), [83/2009](#))

(2) Wird innerhalb einer von der Landesregierung zu bestimmenden angemessenen Frist von mindestens sechs Wochen kein Vorschlag erstattet, der den im Abs. 1 Z 2 bis 5 angeführten Voraussetzungen entspricht, entscheidet die Landesregierung ohne Vorschlag. (Anm: [LGBl. Nr. 70/2011](#))

(3) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind für eine Amtsdauer von vier Jahren zu bestellen. Wiederbestellungen sind zulässig.

(4) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) endet nur mit dem Ablauf der Amtsdauer, dem Wegfall von für die Bestellung erforderlichen Voraussetzungen oder der rechtskräftigen Verhängung einer Disziplinarstrafe nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht.

(5) Ein Mitglied (Ersatzmitglied) kann aus wichtigen gesundheitlichen oder beruflichen Gründen, durch die eine ordnungsgemäße Ausübung des Amtes nicht gewährleistet erscheint, über eigenes Ansuchen vom Amt entoben werden.

(6) Scheidet ein Mitglied (Ersatzmitglied) vor dem Ablauf der Amtsdauer, für die es bestellt wurde, aus, so ist für den Rest dieser Amtsdauer ein Mitglied (Ersatzmitglied) nach den

Bestimmungen der Abs. 1 und 2 nachzubestellen.

(7) Wird ein Mitglied (Ersatzmitglied) nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht mit einem Beschluß der zuständigen Disziplinarkommission von seinem Dienst bzw. von seiner Tätigkeit suspendiert, so ruht sein Amt für die Dauer der Suspendierung.

(8) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind in Ausübung ihres Amtes unabhängig und an keine Weisungen gebunden.

(9) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission haben Anspruch auf eine angemessene Entschädigung und Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten. Die Höhe der Entschädigung wird durch Verordnung der Landesregierung festgesetzt. Die Höhe der Reise- und Aufenthaltskosten richtet sich nach den für Landesbeamte der Dienstklasse VIII geltenden Vorschriften.

(10) Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist das AVG anzuwenden. Unbeschadet des § 73 Abs. 1 AVG hat die Schiedskommission ohne Verzug möglichst innerhalb von drei Monaten nach Einlangen des Antrages zu entscheiden.

(11) *Entfallen (Anm: [LGBI.Nr. 83/2009](#))*

(12) Der Ablauf der Amtsdauer von Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) und ein sonstiger im Gesetz begründeter Wechsel in der Person von Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) stehen der Weiterführung eines anhängigen Verfahrens nicht entgegen.

(13) Die Sitzungen der Schiedskommission sind von der bzw. dem Vorsitzenden rechtzeitig einzuberufen. Die Mitglieder sind nachweislich unter Bekanntgabe einer Tagesordnung zu verständigen. (Anm: [LGBI. Nr. 83/2009](#))

(14) Eine Entscheidung der Schiedskommission kommt rechtsgültig zustande, wenn sämtliche Mitglieder (Ersatzmitglieder) anwesend sind und sich die Mehrheit für diese Entscheidung ausgesprochen hat. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. (Anm: [LGBI. Nr. 83/2009](#))

(15) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über alle Gegenstände der Geschäftsführung der Schiedskommission zu unterrichten. (Anm: [LGBI. Nr. 83/2009](#))

(16) Nähere Bestimmungen über die Geschäftsordnung der Schiedskommission hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen.

(17) Die Entscheidungen der Schiedskommission unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg.

§ 71

Aufgaben der Schiedskommission

Die Schiedskommission hat folgende Aufgaben:

1. Entscheidung über Streitigkeiten aus zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der Sozialversicherung abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem Oö. Gesundheitsfonds;
2. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der Sozialversicherung und dem Oö. Gesundheitsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der im § 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG;
3. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus gemäß der im § 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG gründen;
4. Entscheidung über die im § 69 Abs. 1 und 2 genannten Angelegenheiten.

(Anm: [LGBI. Nr. 122/2006](#))

§ 72

Versicherungsträger

(1) Versicherungsträger im Sinn der §§ 64 bis 69 sind die Träger der Krankenversicherung (§ 23 Abs. 1 ASVG).

(2) Im Rahmen der in den §§ 64 bis 69 geregelten Beziehungen zu den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten sind den Krankenversicherungsträgern gleichgestellt

1. die Unfallversicherungsträger (§ 24 ASVG),
2. die Pensionsversicherungsträger (§ 25 ASVG),
3. die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft als Träger der Pensionsversicherung (§ 15 GSVG) und
4. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern als Träger der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung (§ 13 BSVG).

(3) Die Bestimmungen dieses Landesgesetzes - mit Ausnahme jener des § 64 - sind ferner entsprechend anzuwenden auf die Beziehungen der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten zur Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, zur Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft als Träger der Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherung und zur Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, soweit diese Versicherungsanstalt als Träger der Krankenversicherung im Sinn des § 473 Abs. 1 ASVG in Betracht kommt, sowie zur Sozialversicherungsanstalt der Bauern als Träger der Krankenversicherung.

3. ABSCHNITT

Beziehungen der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten zu Körperschaften öffentlichen Rechts als Träger einer Krankenfürsorgeeinrichtung

§ 73

Verträge mit Trägern von Krankenfürsorgeeinrichtungen

(1) Die Beziehungen zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten zu den Körperschaften öffentlichen Rechts als Träger einer Krankenfürsorgeeinrichtung, insbesondere das Ausmaß der von der Krankenfürsorgeeinrichtung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 53 Abs. 1) sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln.

(2) Gemäß Abs. 1 abgeschlossene Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(3) Genehmigungspflichtige Verträge sind binnen zwei Wochen nach Abschluß der Landesregierung vorzulegen; die Vorlage durch einen der Vertragspartner ist ausreichend. Die Genehmigung nach Abs. 2 gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht binnen zwei Monaten, gerechnet vom Zeitpunkt der Vorlage, die Genehmigung schriftlich versagt. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn der Vertrag gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt oder mit der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltspflege oder mit den Grundsätzen einer geordneten Wirtschaftsführung und Gebarung der Krankenanstalt unvereinbar ist.

(4) Das Einsichts- und Informationsrecht nach § 67 Abs. 1 gilt sinngemäß.

4. ABSCHNITT

Beziehungen der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten zu den Sozialhilfeträgern

§ 74

Verträge mit Sozialhilfeträgern

Für die Beziehungen zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten zu den Sozialhilfeträgern gilt § 73 sinngemäß.

5. ABSCHNITT

Deckung des Betriebsabganges

§ 75

Beiträge zum Betriebsabgang

(1) Das Land deckt den Betriebsabgang der Fondskrankenanstalten nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Landesgesetzes in einem Ausmaß, das 85% der Gesamtsumme der Betriebsabgänge aller Fondskrankenanstalten entspricht (Landesbeitrag).

(2) Ausgaben für Personal- und Sachaufwendungen in bewilligungspflichtigen Einrichtungen, die ohne Genehmigung des Oö. Gesundheitsfonds und ohne Bewilligung der Landesregierung

errichtet und betrieben werden, sind bei der Berechnung des Betriebsabganges in Abzug zu bringen. (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

(3) Der Betriebsabgang der Fondskrankenanstalten wird wie folgt ermittelt: Von den durch die Einnahmen desselben Kalenderjahres nicht gedeckten Betriebs- und Erhaltungsausgaben eines Kalenderjahres sind die für dasselbe Kalenderjahr geleisteten Zahlungen des Oö. Gesundheitsfonds (ausgenommen Investitionszuschüsse und Strukturreformmittel) abzuziehen. Der nach dieser Subtraktion verbleibende Rest ist der Betriebsabgang. (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

(4) Das Landesgebiet bildet gleichzeitig Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel. Durch die Bestimmung des Krankenanstaltensprengels und des Beitragsbezirkes wird das räumliche Gebiet umschrieben, innerhalb dessen Krankenanstalten nach Maßgabe dieses Landesgesetzes Anspruch auf Beitragsleistung zum Betriebsabgang haben. Dem Krankenanstaltensprengel bzw. dem Beitragsbezirk kommt keine Rechtspersönlichkeit zu.

(5) Der Betriebsabgang wird nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen gedeckt:

1. Es werden zunächst für jede Krankenanstalt als Vorzugsanteil 63% ihres Betriebsabganges gedeckt;
2. der durch die Aufteilung gemäß Z 1 nicht verbrauchte Teil des Landesbeitrages wird nach folgendem Schlüssel auf die einzelnen Krankenanstalten verteilt: Der zur Verteilung bestimmte Betrag wird durch die Summe der Jahrespflegetage aller an der Abgangsdeckung beteiligten Krankenanstalten geteilt und für jede Anstalt mit der Summe ihrer Jahrespflegetage vervielfacht. Der sich daraus ergebende Betrag wird für jede Krankenanstalt nach Maßgabe des Abs. 6 zusätzlich zum Vorzugsanteil (Z. 1) gewährt (Belagsanteil).

(6) Der Belagsanteil (Abs. 5 Z 2) ist jedoch nur in einem Ausmaß auszuschütten, daß für keine Krankenanstalt ein größerer Beitrag geleistet wird, als 96% des Betriebsabganges entspricht (Höchstdeckung).

(7) Erreicht die Summe aller gemäß Abs. 5 und 6 geleisteten Beiträge nicht das Ausmaß des Landesbeitrages, so ist die Differenz nach dem Verhältnis der Jahrespflegetage auf jene Krankenanstalten aufzuteilen, die die Höchstdeckung (Abs. 6) nicht erreicht haben. Die Verteilung ist so lange fortzusetzen, bis alle Mittel aufgebraucht sind (Restverteilung). Die Bestimmung des Abs. 6 gilt auch für die Restverteilung.

(8) Die Landesregierung kann den der Bemessung des Landesbeitrages zugrundeliegenden Betriebsabgang durch Vorgaben hinsichtlich der maximal zulässigen Aufwendungen unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit begrenzen.

(9) Wird der Betrieb einer Fondskrankenanstalt auf eine andere Fondskrankenanstalt oder einen anderen Rechtsträger übertragen, ohne dass die Betriebs- und Erhaltungsausgaben vollständig auf diese Fondskrankenanstalt oder den anderen Rechtsträger übertragen werden, oder wird eine Fondskrankenanstalt gänzlich aufgelassen, erhält der Zahlungspflichtige für die zurückbehaltenen, auf Grund des bisherigen Betriebs verursachten, gemäß Abs. 2, 3 und 8 deckungsfähigen Betriebs- und Erhaltungsausgaben nach Maßgabe des Abs. 10 vom Land einen Deckungsbeitrag. (Anm: [LGBl. Nr. 140/2015](#))

(10) Zur Ermittlung des dem Zahlungspflichtigen gebührenden Deckungsbeitrags sind von den im Abs. 9 genannten, zurückbehaltenen Betriebs- und Erhaltungsausgaben eines Kalenderjahres die mit diesen Betriebs- und Erhaltungsausgaben in Zusammenhang stehenden Einnahmen abzuziehen. Der nach dieser Subtraktion verbleibende Rest ist der dem Zahlungspflichtigen zuzurechnende Betriebsabgang, der mit jenem Prozentsatz gedeckt wird, der dem nach den Bestimmungen dieses Landesgesetzes berechneten, durchschnittlichen Prozentsatz der Betriebsabgangsdeckung der letzten drei Kalenderjahre vor der Auflassung oder Betriebsübertragung der Fondskrankenanstalt entspricht. (Anm: [LGBl. Nr. 140/2015](#))

§ 76

Aufbringung der Mittel

(1) Die Gemeinden haben zum Landesbeitrag gemäß § 75 Abs. 1 und zum Deckungsbeitrag des Landes gemäß § 75 Abs. 9 Krankenanstaltenbeiträge zu leisten, und zwar in einer Höhe, die in der Summe 40 % der Gesamtsumme der Betriebsabgänge gemäß § 75 Abs. 3 und 10

entspricht. Die Krankenanstaltenbeiträge sind den Gemeinden von der Landesregierung mit Bescheid zu Beginn eines jeden Jahres mit dem nach den Bestimmungen des Abs. 2 auf sie entfallenden Betrag vorzuschreiben. Der Krankenanstaltenbeitrag ist in vier gleichen Teilbeträgen jeweils am 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November jedes Jahres fällig. (Anm: [LGBl. Nr. 140/2015](#))

(2) Die Krankenanstaltenbeiträge sind von der Landesregierung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen festzusetzen:

1. Der von den Gemeinden aufzubringende Betrag (Gemeindenanteil) ist auf die einzelnen Gemeinden im Verhältnis der Finanzkraft aufzuteilen. Die Finanzkraft ist jeweils in gleicher Weise zu berechnen wie die Grundlage für die Vorschreibung der Bezirksumlage (§ 3 Abs. 1 des Bezirksumlagegesetzes 1960). Soweit jedoch Gemeinden Träger öffentlicher Krankenanstalten sind, ist von der sich nach dieser Berechnung ergebenden Summe der vom Land nicht gedeckte, im genehmigten Rechnungsabschluß (§ 31 Abs. 2) des der Beitragsleistung zweitvorangegangenen Jahres ausgewiesene Betriebsabgang dieser Krankenanstalten abzuziehen.
2. Der Gemeindenanteil ist ferner für die einzelnen Gemeinden nach dem Verhältnis der Volkszahl (§ 9 Abs. 9 Finanzausgleichsgesetz 2008) der Gemeinden aufzuteilen.
3. Das Mittel aus den beiden gemäß Z 1 und 2 für die einzelnen Gemeinden errechneten Beträge ergibt den von den einzelnen Gemeinden zu leistenden Krankenanstaltenbeitrag.

(Anm: [LGBl. Nr. 83/2009](#))

§ 77 Verfahren

(1) Die Landesregierung hat für jede Fondskrankenanstalt zu Beginn jedes Jahres den nach dem genehmigten Voranschlag für das laufende Jahr zu erwartenden Betriebsabgang festzustellen und den gemäß § 75 Abs. 5 bis 7 zu deckenden Anteil zu ermitteln. Von diesem Betrag ist jeweils zum 1. März, 1. Juni, 1. September und 1. Dezember als Abschlag ein Viertel dem Rechtsträger der Fondskrankenanstalt anzuweisen.

(2) Die Abweichungen des Rechnungsabschlusses der jeweiligen Fondskrankenanstalt vom Voranschlag sowie die sonstigen Abweichungen der Summe der Abschlagszahlungen zum endgültigen Beitrag sind jährlich einmal in einer Endabrechnung zu berücksichtigen und zu bereinigen.

(3) Die näheren Bestimmungen hat die Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Überprüfung einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Gebarung durch Verordnung zu erlassen.

(4) Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 3 gelten für den Deckungsbeitrag des Landes gemäß § 75 Abs. 9 und 10 sinngemäß. (Anm: [LGBl. Nr. 140/2015](#))

6. ABSCHNITT Betriebspflicht

§ 78 Betriebspflicht; Verzicht auf Öffentlichkeitsrecht

(1) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind verpflichtet, den Betrieb der Krankenanstalt ohne Unterbrechung aufrechtzuerhalten.

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu verweigern, wenn die beabsichtigte Maßnahme die Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege gefährden würde. Die Landesregierung hat im Fall einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen. (Anm: [LGBl. Nr. 122/2006](#))

7. ABSCHNITT Besondere Bestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in öffentlichen Krankenanstalten und für öffentliche Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie

§ 79 Sonderbestimmungen

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

(2) Zweck der Aufnahme ist

1. die Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,

2. die Behandlung zur Heilung, Besserung oder Rehabilitation,

3. die Behandlung zur Hintanhaltung einer Verschlechterung oder

4. die erforderliche Betreuung und besondere Pflege, sofern sie nur in der Krankenanstalt gewährleistet werden können;

in den Fällen der Z 2, 3 und 4 einschließlich der allenfalls nötigen 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 den Fällen des Abs. 2 Z 3 und 4 können auch unheilbar psychisch Kranke in Abteilungen und in Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie aufgenommen werden.

§ 80 Offene Führung

Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie sind grundsätzlich offen zu führen.

§ 81 Geschlossener Bereich

(1) In Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dürfen geschlossene Bereiche geführt werden; sie müssen von den übrigen Bereichen unterscheidbar sein.

(2) Die Errichtung eines geschlossenen Bereiches gilt als bewilligungspflichtige Veränderung im Sinn des § 7 Abs. 1.

(3) Geschlossene Bereiche dienen der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz Anwendung findet. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung gemäß § 21 Abs. 1 StGB, nach § 71 Abs. 3 und § 167a StVG oder § 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde. (Anm: [LGBL. Nr. 35/2008, 70/2012](#))

§ 82 Sonstige Beschränkungen der Bewegungsfreiheit

Auch außerhalb geschlossener Bereiche kann in Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie durch geeignete organisatorische Maßnahmen vorgesorgt werden, daß psychisch Kranke Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit nach dem Unterbringungsgesetz unterworfen werden können. Dabei ist sicherzustellen, daß andere psychisch Kranke in ihrer Bewegungsfreiheit nicht beeinträchtigt werden.

§ 83 Anstaltsordnung

(1) Die Anstaltsordnung (§ 10) hat insbesondere die organisatorischen Besonderheiten der Betreuung psychisch Kranker, wie die Regelung des ärztlichen Dienstes und die Bezeichnung der Räume, auf die die Bewegungsfreiheit beschränkt wird, zu berücksichtigen.

(2) Die Anstaltsordnung hat sicherzustellen, daß Patientenanwälte gemäß dem Unterbringungsgesetz und Gerichte die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben in der Krankenanstalt wahrnehmen können. Für die Durchführung mündlicher Verhandlungen und für die Tätigkeit der Patientenanwälte sind geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen.

§ 84 Führung von Aufzeichnungen

Für die Dokumentation und Aufbewahrung der nach dem Unterbringungsgesetz zu führenden Aufzeichnungen gilt § 21 sinngemäß.

§ 85 **Ärztliche Leitung**

(1) Neben Abteilungen (§ 14 Abs. 2) haben auch Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie, in denen ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, unter der ärztlichen Leitung eines Facharztes für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie zu stehen. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(2) Bei Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie kann mit Zustimmung der Landesregierung vom Erfordernis des Abs. 1 abgesehen werden, wenn die Sonderkrankenanstalt in Abteilungen untergliedert ist und jene Abteilung, in der ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie oder für Neurologie und Psychiatrie steht. Psychiatrische Organisationseinheiten, die für die Behandlung von Kindern bestimmt sind, haben unter der Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu stehen. (Anm: [LGBI.Nr. 70/2011](#))

§ 86 **Aufnahme und Entlassung**

§ 46 und § 48 finden insoweit Anwendung, als sich nicht aus dem Unterbringungsgesetz anderes ergibt.

8. ABSCHNITT **Patientenentschädigung**

§ 86a **Oö. Patientenentschädigungsfonds**

(1) Zur Wahrnehmung der im Abs. 2 festgelegten Aufgabe wird ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet. Der Fonds trägt die Bezeichnung „Oö. Patientenentschädigungsfonds“.

(2) Aufgabe des Fonds ist die Entschädigung von Patienten, denen durch die Behandlung in oberösterreichischen öffentlichen und gemeinnützigen privaten Krankenanstalten ein Schaden entstanden ist, für den eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist.

(3) Mittel des Fonds sind:

1. Beiträge gemäß § 52 Abs. 4;
2. Vermögenserträge;
3. sonstige Einnahmen.

(Anm: [LGBI. Nr. 31/2002](#))

§ 86b **Organisation des Oö. Patientenentschädigungsfonds**

(1) Organ des Fonds ist die Entschädigungskommission.

(2) Der Fonds hat seinen Sitz in Linz.

(3) Geschäftsstelle des Fonds ist das Amt der Landesregierung. Der Geschäftsstelle obliegt die Besorgung der laufenden Geschäfte des Fonds, insbesondere die Vorbereitung und Vollziehung der Beschlüsse der Entschädigungskommission sowie die Erstellung des Voranschlages und des Rechnungsabschlusses.

(4) Den Aufwand für den Fonds und seine Geschäftsstelle trägt das Land Oberösterreich.

(Anm: [LGBI. Nr. 31/2002](#))

§ 86c **Entschädigungskommission**

(1) Der Entschädigungskommission gehören an:

1. der Patientenvertreter (§ 13 Abs. 1 Z 1) als Vorsitzender;
2. ein Vertreter der für rechtliche Angelegenheiten des Krankenanstaltenwesens zuständigen Abteilung des Amtes der Landesregierung;
3. ein Vertreter der für medizinische Angelegenheiten zuständigen Abteilung des Amtes der Landesregierung;
4. ein rechtskundiges Mitglied auf Grund eines Vorschlags der Oberösterreichischen Rechtsanwaltskammer;
5. ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt auf Grund eines Vorschlags der Ärztekammer für Oberösterreich.

(2) Die Mitglieder der Entschädigungskommission gemäß Abs. 1 Z 2 bis 5 werden von der Landesregierung auf die Dauer von vier Jahren bestellt. Für jedes dieser Mitglieder ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen. Ist die Bestellung von Mitgliedern oder Ersatzmitgliedern erforderlich, hat die Landesregierung die Vorschlagsberechtigten schriftlich zur Nominierung aufzufordern. Wird innerhalb einer von der Landesregierung zu bestimmenden angemessenen Frist von mindestens sechs Wochen kein Vorschlag erstattet, der den geforderten Voraussetzungen entspricht, ist die Landesregierung bei der Bestellung der Mitglieder oder Ersatzmitglieder nicht an das Vorliegen eines Vorschlages gebunden. Wiederbestellungen sind zulässig. (Anm: [LGBI. Nr. 44/2003](#))

(3) (**Verfassungsbestimmung**) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder sind in Ausübung ihrer Tätigkeit im Fonds weisungsfrei.

(4) Die Entschädigungskommission ist beschlussfähig, wenn mindestens drei Mitglieder oder ihre Ersatzmitglieder anwesend sind. Sie fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

(5) Die Entschädigungskommission hat das Nähere über die Einberufung der Sitzungen, den Ablauf der Sitzungen, die Bearbeitung der Geschäftsfälle und die Abwicklung des Geschäftsganges in einer Geschäftsordnung festzulegen. Die Geschäftsordnung bedarf zu ihrer Gültigkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(6) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder haben gegenüber dem Land Anspruch auf eine angemessene Sitzungs- und Aufwandsentschädigung, deren Höhe durch Verordnung der Landesregierung festzulegen ist.

(7) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder sind zur Verschwiegenheit über alle Umstände, die ihnen in Ausübung ihrer Tätigkeit über die Krankheit von Patienten und über deren persönliche, wirtschaftliche und sonstige Verhältnisse bekannt geworden sind, verpflichtet. Die Verschwiegenheitspflicht besteht auch nach dem Ende der Mitgliedschaft weiter. Die Bestimmungen über die Amtsverschwiegenheit bleiben unberührt.

(8) Das Amt als Mitglied oder Ersatzmitglied der Entschädigungskommission endet durch Ablauf der Funktionsperiode, Enthebung, Verzicht, Tod, rechtskräftige Verhängung einer Disziplinarstrafe oder durch die rechtskräftige Verurteilung eines Gerichtes, die den Verlust der öffentlichen Ämter zur Folge hat.

(9) Ein Mitglied oder ein Ersatzmitglied kann von der Landesregierung seines Amtes enthoben werden, wenn es seine Pflichten gröblich vernachlässigt oder an der Ausübung seines Amtes dauernd verhindert ist.

(10) Scheidet ein Mitglied oder ein Ersatzmitglied vor dem Ablauf der Funktionsperiode aus, ist für den Rest dieser Funktionsperiode ein neues Mitglied bzw. Ersatzmitglied zu bestellen. Bis zur Neubestellung bleiben die bisherigen Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder im Amt.

(Anm: [LGBI. Nr. 31/2002](#))

§ 86d

Aufgaben der Entschädigungskommission

(1) Der Entschädigungskommission obliegt die Verwaltung und die Wahrnehmung der Aufgaben des Fonds, insbesondere

1. Prüfung der Ansuchen auf Entschädigungen,
2. Entscheidung über die Gewährung von Entschädigungen,

3. Entscheidung über die Rückforderung von Entschädigungen,
4. Genehmigung des Voranschlages und des Rechnungsabschlusses.

(2) Die Entschädigungskommission ist berechtigt, durch ihre Mitglieder und Ersatzmitglieder oder durch beauftragte Sachverständige in Krankengeschichten und alle sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen und Informationen vom Rechtsträger und vom Personal einer Krankenanstalt einzuholen, soweit dies zur Beurteilung eines Falles unbedingt erforderlich ist. (Anm: [LGBL Nr. 31/2002](#))

(3) Die Entschädigungskommission kann in besonders gelagerten Fällen zur Klärung medizinischer Fragen Sachverständige mit der Erstellung von Gutachten beauftragen. Die Kosten dafür trägt der Fonds. (Anm: [LGBL Nr. 35/2008](#))

§ 86e

Leistungen des Oö. Patientenentschädigungsfonds

(1) Die Entschädigung besteht in der Zuwendung eines Geldbetrags bis zu 70.000 Euro. Bei der Bemessung der Entschädigung ist auf die Art und das Ausmaß des entstandenen Schadens und auf die finanziellen Mittel des Fonds Bedacht zu nehmen. Bei Dauerschäden mit besonders großer Schadenshöhe kann eine Entschädigung bis maximal 100.000 Euro gewährt werden. (Anm: [LGBL Nr. 99/2005](#), [70/2012](#))

(2) Die Gewährung einer Entschädigung setzt voraus, dass

1. eine außergerichtliche Prüfung durch die Patientenvertretung oder durch die Schiedsstelle für Behandlungszwischenfälle bei der Ärztekammer für Oberösterreich stattgefunden hat,
2. die Entschädigungskommission zur Ansicht gelangt, dass eine Haftung des Rechtsträgers der Krankenanstalt nicht eindeutig gegeben ist oder die Haftung des Rechtsträgers der Krankenanstalt nicht gegeben ist, wenn es sich um eine seltene, schwerwiegende Komplikation handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt hat, und
3. nicht wegen desselben Schadensfalles aus demselben Rechtsgrund ein Schadenersatzbetrag gerichtlich zuerkannt oder eine Geldleistung ausbezahlt wurde.

(Anm: [LGBL Nr. 70/2011](#))

(3) Ein Ansuchen auf Entschädigung ist bei sonstigem Ausschluss innerhalb eines Jahres nach Abschluss der außergerichtlichen Prüfung gemäß Abs. 2 Z 1 oder Beendigung eines zivilgerichtlichen Verfahrens zu stellen. Dem Ansuchen auf Entschädigung sind jedenfalls anzuschließen:

1. die zur Beurteilung des Falles nötigen Unterlagen, soweit dies zumutbar ist, und
2. eine Erklärung des Patienten, dass dieser alle Angehörigen von Gesundheitsberufen dem Fonds und seinen Organen gegenüber von beruflichen Verschwiegenheitspflichten entbindet und der Einsicht in Krankengeschichten und sonstige Unterlagen sowie der Einholung von Informationen ausdrücklich zustimmt, soweit dies zur Beurteilung eines Falles unbedingt erforderlich ist.

(Anm: [LGBL Nr. 56/2014](#))

(4) Auf eine Entschädigung besteht kein Rechtsanspruch. Gegen eine Entscheidung der Entschädigungskommission, ob und in welcher Höhe eine Entschädigung gewährt wird, ist kein Rechtsmittel zulässig.

(5) Erhält ein Patient, nachdem eine Entschädigung durch den Fonds ausbezahlt wurde, wegen desselben Schadensfalles aus demselben Rechtsgrund einen Schadenersatzbetrag gerichtlich zuerkannt oder eine Geldleistung ausbezahlt, ist der Patient verpflichtet, dies dem Fonds mitzuteilen und die vom Fonds erhaltene Entschädigung in Höhe des zuerkannten Schadenersatzbetrages oder der ausbezahlten Geldleistung an den Fonds zurückzuzahlen. Der Fonds kann außerdem vom Patienten die Abtretung seiner Rechte gemäß § 1422 ABGB verlangen. Bei Vorliegen eines sozialen Härtefalles kann die Entschädigungskommission auf die Rückforderung entweder zur Gänze oder hinsichtlich eines Teilbetrages verzichten.

(6) Die Gerichte haben dem Fonds auf dessen Ersuchen Akteneinsicht zur Beurteilung der Voraussetzungen für die Gewährung oder Rückforderung einer Entschädigung zu gewähren.

(Anm: [LGBL Nr. 31/2002](#))

§ 86f

Aufsicht über den Oö. Patientenentschädigungsfonds

(1) Der Fonds unterliegt der Aufsicht der Landesregierung dahingehend, dass die Bestimmungen dieses Landesgesetzes und der Geschäftsordnung der Entschädigungskommission eingehalten werden. Die Landesregierung kann Beschlüsse und Entscheidungen der Entschädigungskommission, die den Bestimmungen dieses Landesgesetzes widersprechen, aufheben.

(2) Der Fonds hat der Landesregierung auf Verlangen alle Auskünfte zu erteilen und ihr aus Anlass von Überprüfungen der Gebarung in sämtliche Geschäftsstücke Einsicht zu gewähren.

(3) Der Fonds hat dem Landtag im Weg der Landesregierung alle drei Jahre einen Bericht über die Tätigkeit des Fonds zu erstatten.

(Anm: [LGBI. Nr. 31/2002](#))

4. HAUPTSTÜCK

Bestimmungen für private und militärische Krankenanstalten

§ 87

Begriffsbestimmungen

(1) Private Krankenanstalten sind Krankenanstalten, die das Öffentlichkeitsrecht nicht besitzen. Sie können auch von physischen Personen errichtet und betrieben werden.

(2) Die Rechte und Pflichten, die sich aus der Aufnahme in eine private Krankenanstalt ergeben, sind, soweit sich aus diesem Landesgesetz nichts anderes ergibt, nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechts zu beurteilen.

(3) Die private Krankenanstalt hat sicherzustellen, dass in jedem Fall die dem Patienten im Sinn der Richtlinie 2011/24/EU in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien berechnet werden. (Anm: [LGBI. Nr. 91/2015](#))

§ 88

Anwendung anderer Bestimmungen

(1) Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des 1. und 2. Hauptstückes zur Gänze. Das 3. Hauptstück gilt wie folgt:

1. Leichenöffnungen (§ 49), die nicht sanitätspolizeilich oder gerichtlich angeordnet wurden, dürfen nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen vorgenommen werden;

Leichenöffnungen dürfen nur vorgenommen werden, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist; über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift aufzunehmen;

2. ferner gelten § 37, § 41a, ausgenommen Abs. 4, § 47, § 48 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, § 48 Abs. 2 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Patient die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird, § 48 Abs. 4, § 50 und § 54;

2a. für gemeinnützige Krankenanstalten gelten zusätzlich zu den in Z 2 genannten Bestimmungen § 41a Abs. 4, §§ 51 bis 53, § 56 Abs. 1 zweiter und dritter Satz sowie § 62;

3. § 42 gilt mit der Maßgabe, dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltszweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich, zu kontrollieren haben.

(Anm: [LGBI. Nr. 41/2001](#), [44/2003](#), [99/2005](#), [122/2006](#), [70/2011](#), [70/2012](#))

(2) Das 6. Hauptstück gilt soweit, als seine Bestimmungen nicht ausdrücklich auf öffentliche Krankenanstalten beschränkt sind. (Anm: [LGBI. Nr. 91/2015](#))

(3) Private Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht nicht unterliegen, haben eine freiwillige Betriebsunterbrechung oder ihre Auflassung einen Monat vorher der Landesregierung anzuzeigen.

(4) Die private Krankenanstalt hat, sofern die Leistungen nicht über den Öö. Gesundheitsfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden, nach erbrachter Leistung eine Rechnung über diese auszustellen. (Anm: [LGBI. Nr. 91/2015](#))

§ 89 **Fortbetriebsrechte**

(1) Eine von einer physischen Person betriebene private Krankenanstalt, die nach dem Tod des Rechtsträgers auf die Witwe bzw. den Witwer oder die überlebende eingetragene Partnerin bzw. den überlebenden eingetragenen Partner oder auf minderjährige Nachkommen übergeht, kann auf Grund der ursprünglichen Betriebsbewilligung von diesen Personen, bei Nachkommen auf deren Rechnung bis zur Erreichung der Volljährigkeit des Jüngsten von ihnen durch einen geeigneten Vertreter, weiter betrieben werden. Treten mehrere dieser Personen die Rechtsnachfolge hinsichtlich des Betriebs der Krankenanstalt an, so steht ihnen das Fortbetriebsrecht gemeinschaftlich zu. Der Fortbetrieb ist der Landesregierung binnen einen Monat nach der Einantwortung des Nachlasses anzuzeigen. Jede dieser Personen kann auf das Fortbetriebsrecht verzichten.

(2) Die Landesregierung hat innerhalb von acht Wochen nach Einbringung der Anzeige den Fortbetrieb der Krankenanstalt zu untersagen, wenn die Witwe bzw. der Witwer oder die überlebende eingetragene Partnerin bzw. der überlebende eingetragene Partner oder der Vertreter die für die Errichtung einer Krankenanstalt erforderliche persönliche Eignung nicht besitzt.

(3) Steht einer der Nachkommen in Berufsausbildung, ist das Fortbetriebsrecht zur Vollendung der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 32. Lebensjahr, über Antrag von der Landesregierung zu verlängern.

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

(Anm: [LGBI.Nr. 54/2012](#))

§ 90 **Beziehungen der Rechtsträger von nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten zu den Krankenversicherungsträgern**

(1) Die Beziehungen der Rechtsträger von nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten (private Krankenanstalten) zu den Trägern der Krankenversicherung sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen.

(2) Diese Verträge haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die verpflichtend vorzunehmende Überprüfung der Identität des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalls, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten. Die im Abs. 1 genannten Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden. Die Überprüfung der Identität ist für Patienten bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen. (Anm: [LGBI. Nr. 91/2015](#), [85/2016](#))

§ 90a **Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und private Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie**

Für die Führung von Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und von privaten Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie gelten die §§ 79 bis 90.

(Anm: [LGBI.Nr. 85/2016](#))

§ 91 **Militärische Krankenanstalten**

(1) Militärische Krankenanstalten, deren Zahl und Standort vom Bundesminister für Landesverteidigung und Sport auf Grund militärischer Notwendigkeiten festgelegt wurden, bedürfen zur Errichtung keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung ist der Landesregierung anzuzeigen. Auf Verlangen hat die zuständige Landesregierung dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport die konkreten Erfordernisse für die Betriebsbewilligung bekanntzugeben. Die Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 Z 2, 3 und 4 gegeben sind. Die Bewilligung zum Betrieb einer militärischen Krankenanstalt als selbständiges Ambulatorium ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 6b Abs. 2 Z 2 bis 4 gegeben sind.

(2) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 7, § 10 Abs. 1, § 10 Abs. 2 Z 1 bis 6, § 10 Abs. 3 Z 5 und 7, § 10 Abs. 5 und 8, § 14 Abs. 1 bis 3, § 14a Abs. 1 und 2, § 15 Abs. 1 Z 1, 6 und 7, § 15 Abs. 3 bis 5, § 16, § 17 Abs. 1 erster Satz, § 17 Abs. 2 bis 5 mit der Maßgabe, dass an Stelle des 7. Abschnitts des ASchG der 7. Abschnitt des B-BSG gilt, § 18 Abs. 1 bis 3a, § 18 Abs. 4 Z 1 bis 8 und 10, § 18 Abs. 5a und 6, § 18 Abs. 7 mit der Maßgabe, dass die Geschäftsordnung nicht der Genehmigung der Landesregierung bedarf, § 18 Abs. 7a bis 9, § 18b, § 20 Abs. 1 bis 4, § 21, § 22 Abs. 1, § 23, § 25, § 26, § 27 Abs. 1 bis 4, § 27 Abs. 5 und 5a, § 28 Abs. 1, § 28 Abs. 2 Z 1 bis 10 und 12, § 29 Abs. 1, § 42, § 48 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, § 48 Abs. 2 bis 4, § 49, § 98 Abs. 2 Z 1 und 2 mit der Maßgabe, dass § 78 nicht anwendbar ist, sowie § 98 Abs. 3 und 4 und § 100 sinngemäß anzuwenden.

(3) Im Fall eines Einsatzes des Bundesheeres gemäß § 2 Abs. 1 lit. a bis d des Wehrgesetzes kann von den Bestimmungen dieses Gesetzes zum Zweck der Aufrechterhaltung der Sanitätsversorgung aus zwingenden Notwendigkeiten abgewichen werden.

(Anm: [LGBI.Nr. 85/2016](#))

5. HAUPTSTÜCK **Landessanitätsrat**

§ 91a **Einrichtung und Aufgaben des Landessanitätsrats**

(1) Beim Amt der Landesregierung ist ein Landessanitätsrat eingerichtet, der die Landesregierung und den Landeshauptmann in den landesgesetzlich festgelegten Fällen zu beraten hat. Diese können den Landessanitätsrat auch in anderen ihnen obliegenden Angelegenheiten des Gesundheitswesens zur Beratung und zur Erstellung von Gutachten heranziehen.

(2) Die Funktionsperiode des Landessanitätsrats entspricht der Gesetzgebungsperiode des Landtags.

(Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

§ 91b **Zusammensetzung des Landessanitätsrats**

(1) Dem Landessanitätsrat gehören als ordentliche Mitglieder an:

1. die Landessanitätsdirektorin oder der Landessanitätsdirektor und
2. bis zu 15 weitere Mitglieder.

(2) Die Vorsitzende oder der Vorsitzende des Landessanitätsrats ist die Landessanitätsdirektorin oder der Landessanitätsdirektor. Der Landessanitätsrat wählt aus dem Kreis seiner ordentlichen Mitglieder die Stellvertreterin oder den Stellvertreter der oder des Vorsitzenden.

(3) Außerordentliche Mitglieder können im Einzelfall, wenn es die fachliche Eigenheit oder Wichtigkeit eines Geschäftsfalls erfordert, auf Grund eines entsprechenden Beschlusses des Landessanitätsrats beigezogen werden.

(4) Eine rechtskundige Vertreterin oder ein rechtskundiger Vertreter der für das Gesundheitswesen zuständigen Abteilung des Amtes der Landesregierung ist berechtigt, an den

Sitzungen des Landessanitätsrats teilzunehmen.

(Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

§ 91c **Mitgliedschaft im Landessanitätsrat**

(1) Die Mitglieder gemäß § 91b Abs. 1 Z 2 werden von der Landesregierung für die Dauer der Funktionsperiode des Landessanitätsrats bestellt, wobei zu berücksichtigen ist, dass eine ausgewogene Repräsentanz der medizinischen Fachrichtungen gegeben ist. Die bestellten Mitglieder bleiben bis zur Neubestellung der Mitglieder des Landessanitätsrats im Amt. Eine Wiederbestellung ist zulässig, ein Mitglied darf jedoch nicht für mehr als zwei zeitlich aufeinanderfolgende Funktionsperioden bestellt werden.

(2) Das Amt als Mitglied des Landessanitätsrats gemäß § 91b Abs. 1 Z 2 endet vorzeitig durch Widerruf der Bestellung, Verzicht, Tod, rechtskräftige Verhängung einer Disziplinarstrafe nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht oder durch die rechtskräftige Verurteilung durch ein Gericht, die den Verlust der öffentlichen Ämter zur Folge hat.

(3) Die Bestellung eines Mitglieds gemäß § 91b Abs. 1 Z 2 kann von der Landesregierung widerrufen werden, wenn es seine Pflichten gröblich vernachlässigt oder an der Ausübung seines Amtes dauernd verhindert ist.

(4) Der Verzicht auf die Mitgliedschaft ist schriftlich zu erklären. Er wird mit dem Einlangen der Verzichtserklärung beim Amt der Landesregierung, wenn in der Verzichtserklärung nicht ein späterer Zeitpunkt für das Wirksamwerden angegeben ist, wirksam und ist unwiderruflich.

(5) Scheidet ein Mitglied vor Ablauf der Funktionsperiode aus, ist für deren restliche Dauer ein neues Mitglied zu bestellen.

(6) Die Mitglieder des Landessanitätsrats üben ihre Funktion ehrenamtlich aus. Sie sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen ausschließlich aus ihrer Tätigkeit im Landessanitätsrat bekannt gewordenen Tatsachen über persönliche, wirtschaftliche oder sonstige Verhältnisse von Personen verpflichtet. Die Verschwiegenheitspflicht besteht auch nach dem Ende der Mitgliedschaft weiter. Die Bestimmungen über die Amtsverschwiegenheit bleiben unberührt.

(Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

§ 91d **Geschäftsführung des Landessanitätsrats**

Die Geschäftsführung des Landessanitätsrats, wie die Vorbereitung der Sitzungen, die Erstellung der Protokolle und die notwendigen Kanzleigeschäfte, sind von der für das Gesundheitswesen zuständigen Abteilung des Amtes der Landesregierung zu besorgen.

(Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

§ 91e **Geschäftsordnung des Landessanitätsrats**

(1) Der Landessanitätsrat hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, in welcher insbesondere folgende Angelegenheiten zu regeln sind:

1. Einberufung der Sitzungen,
2. Erstellung der Tagesordnung,
3. Leitung der Sitzungen und Sitzungsverlauf,
4. Beschlusserfordernisse und Feststellung der Beschlussfähigkeit,
5. Regelungen über das Protokoll und die Protokolleinwände.

(2) Für einen Geschäftsordnungsbeschluss ist die Anwesenheit der Hälfte der ordentlichen Mitglieder und die Zustimmung von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen erforderlich.

(Anm: [LGBI.Nr. 56/2014](#))

6. HAUPTSTÜCK

Allgemeine Bestimmungen

§ 92

Blutabnahme in Vollziehung der Straßenverkehrsordnung 1960

Hat eine diensthabende Ärztin oder ein diensthabender Arzt einer öffentlichen Krankenanstalt gemäß der Straßenverkehrsordnung 1960 eine Blutabnahme

1. zum Zweck der Bestimmung des Blutalkoholgehaltes oder

2. nach Feststellung einer Beeinträchtigung, die auf eine Suchtgifteinnahme schließen lässt, vorzunehmen, ist der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt verpflichtet, der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt die zur Blutabnahme erforderlichen Einrichtungen der Anstalt zur Verfügung zu stellen. (Anm: [LGBL Nr. 44/2003](#))

§ 93

Anstaltspflege nach dem Heeresversorgungsgesetz

(1) Wird einem Beschädigten nach dem Heeresversorgungsgesetz Anstaltspflege in einer öffentlichen Krankenanstalt geleistet, so sind der öffentlichen Krankenanstalt die gemäß § 58 festgesetzten Gebühren der allgemeinen Gebührenklasse zu ersetzen.

(2) Wird die Anstaltspflege weder in einer öffentlichen Krankenanstalt noch in einer Krankenanstalt des Bundes durchgeführt, so ist die Höhe des Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Übereinkommen bedürfen, wenn sie von einem Bundessozialamt abgeschlossen werden, der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (Anm: [LGBL Nr. 122/2006](#))

§ 94

Verarbeitung personenbezogener Daten

(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind ermächtigt, zum Zweck der Wahrnehmung der den Krankenanstalten gesetzlich übertragenen Aufgaben die dafür erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.

(2) Die Ermächtigung nach Abs. 1 umfasst unter den Voraussetzungen des Art. 9 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) auch die zur Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben erforderlichen besonderen Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere von Gesundheitsdaten. Zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Personen sind die nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen vorgeschriebenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Zweck der Sicherheit der Verarbeitung zu treffen.

(Anm: [LGBL Nr. 55/2018](#))

§ 95

Mitwirkung bei der sanitären Aufsicht des Bundes

Die Landesregierung hat alle auf Grund dieses Landesgesetzes erteilten Bewilligungen und die Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte dem Landeshauptmann unverzüglich bekanntzugeben. Bewilligungen gemäß §§ 4, 6, 6a, 6b, 6c, 7 und 9 sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Bundesgesundheitsagentur (§ 56a KAKuG) anzuzeigen. (Anm: [LGBL Nr. 122/2006](#), [70/2011](#))

§ 96

Strafbestimmungen

(1) Wer

1. eine Krankenanstalt entgegen § 4 oder § 6a ohne Bewilligung errichtet, entgegen § 6 oder § 6b ohne Bewilligung oder ohne Genehmigung gemäß § 6c betreibt oder die im Zusammenhang mit einer solchen Bewilligung erteilten Bedingungen und Auflagen nicht einhält,

2. entgegen § 7 Abs. 1 eine bewilligungspflichtige Verlegung oder Veränderung ohne Bewilligung vornimmt,
3. entgegen § 9 eine Krankenanstalt ohne Bewilligung verpachtet oder auf einen anderen Rechtsträger überträgt,

begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis zu 14.500 Euro zu bestrafen.
(Anm: [LGBl. Nr. 87/2001](#), [70/2011](#))

(2) Wer

1. die nach § 7 Abs. 2 vorgeschriebene Anzeige nicht oder nicht rechtzeitig erstattet,
2. entgegen § 9 die Bezeichnung einer Krankenanstalt ohne Bewilligung ändert,
3. entgegen § 10 Abs. 7 die Anstaltsordnung ohne Genehmigung erläßt oder ändert,
4. gegen eine nach § 10 erlassene Anstaltsordnung gröblich verstößt,
5. gegen die Verschwiegenheitspflicht nach § 20 verstößt, sofern die Tat nicht mit einer gerichtlichen Strafe bedroht ist,
6. entgegen § 21 den Verpflichtungen betreffend die Krankengeschichten und sonstigen Vormerke nicht nachkommt,
7. gegen die Werbebeschränkung nach § 33 verstößt,
8. den Verpflichtungen nach § 78 nicht nachkommt,
9. die nach § 88 vorgeschriebene Anzeige nicht oder nicht rechtzeitig erstattet,
10. die in der Verordnung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, [LGBl. Nr. 77/2000](#), vorgeschriebene Verpflichtung nicht erfüllt,

begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis zu 3.600 Euro zu bestrafen.
(Anm: [LGBl. Nr. 87/2001](#), [99/2005](#))

§ 97

Zwangsmittel

Unbeschadet der Strafbestimmungen des § 96 und der Bestimmungen des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1991 kann die Landesregierung zur Herstellung oder Aufrechterhaltung eines diesem Landesgesetz entsprechenden Zustandes unter den Voraussetzungen der §§ 98 bis 100 folgende Zwangsmittel anwenden:

1. die Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung (§ 98),
2. die Entziehung des Öffentlichkeitsrechts (§ 99),
3. die Sperre der Krankenanstalt (§ 100).

(Anm: [LGBl. Nr. 41/2001](#))

§ 98

Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung

(1) Die Errichtungsbewilligung einer Krankenanstalt, einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist von der Landesregierung abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Errichtungsbewilligung vorgeschriebene Voraussetzung, insbesondere durch eine Änderung einer Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verweigerung der Bewilligung gerechtfertigt hätte, nachträglich hervorkommt. (Anm: [LGBl. Nr. 56/2014](#), [97/2017](#))

(2) Die Betriebsbewilligung einer Krankenanstalt, einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist von der Landesregierung abzuändern oder zurückzunehmen, wenn

1. eine für die Erteilung der Betriebsbewilligung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verweigerung der Bewilligung gerechtfertigt hätte, nachträglich hervorkommt;
2. entgegen den Bestimmungen dieses Landesgesetzes der Betrieb der Krankenanstalt unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

(3) Die Landesregierung kann die Betriebsbewilligung einer Krankenanstalt, einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten zurücknehmen, wenn sonstige schwerwiegende

Mängel, die die Verweigerung der Bewilligung gerechtfertigt hätten, trotz Aufforderung innerhalb einer festgesetzten Frist nicht behoben werden.

(4) Die Landesregierung kann vor Maßnahmen gemäß Abs. 1 bis 3 dem Rechtsträger der Krankenanstalt eine Frist bis zu sechs Monaten zur Behebung der Mängel einräumen.

§ 99

Entziehung des Öffentlichkeitsrechts

(1) Das Öffentlichkeitsrecht ist zu entziehen, wenn eine für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechts vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verweigerung der Verleihung des Öffentlichkeitsrechts gerechtfertigt hätte, nachträglich hervorgekommen ist.

(2) Wird die einer öffentlichen Krankenanstalt erteilte Bewilligung zur Errichtung oder zum Betrieb zurückgenommen, verliert sie gleichzeitig das Öffentlichkeitsrecht. (Anm: [LGBl.Nr. 70/2011](#))

§ 100

Sperre

(1) Die Sperre einer Krankenanstalt ist von der Landesregierung anzuordnen, wenn die Krankenanstalt entweder

1. ohne die in den §§ 4 bis 6c vorgeschriebene Errichtungs- bzw. Betriebsbewilligung bzw. Genehmigung betrieben wird oder wenn
2. Voraussetzungen des Errichtungs- oder Betriebsbewilligungsbescheides nicht erfüllt sind und aus diesem Grund ein gesicherter Betrieb der Krankenanstalt nicht gewährleistet ist.

(Anm: [LGBl.Nr. 70/2011](#))

(2) Der Anordnung der Sperre nach Abs. 1 Z 2 hat ihre Androhung unter Festsetzung einer angemessenen Frist zur Behebung der gerügten Mängel voranzugehen.

§ 101

Freiheit von Verwaltungsabgaben

Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Landesgesetzes vorkommenden Tatbestände, die Landesorgane berechtigen, eine Verwaltungsabgabe einzuheben, von deren Entrichtung befreit.

§ 102

Eigener Wirkungsbereich der Gemeinde

(1) Die Leistung der Krankenanstaltenbeiträge (§ 76 Abs. 1) ist Aufgabe der Gemeinde im eigenen Wirkungsbereich.

(2) Ist eine Gemeinde Rechtsträger einer Krankenanstalt oder beabsichtigt eine Gemeinde, eine Krankenanstalt zu errichten, so sind die nach diesem Landesgesetz den Rechtsträger einer zu errichtenden bzw. einer bestehenden Krankenanstalt treffenden Rechte und Pflichten von der Gemeinde im eigenen Wirkungsbereich wahrzunehmen.

§ 102a

Verweisungen

Soweit in diesem Landesgesetz auf Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese, wenn nicht eine bestimmte Fassung angeführt ist, in folgender Fassung anzuwenden:

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), [BGBl. Nr. 189/1955](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 131/2017](#);
- ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, [BGBl. Nr. 450/1994](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 126/2017](#);
- Arbeitskräfteüberlassungsgesetz (AÜG), [BGBl. Nr. 196/1988](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 38/2017](#);
- Ärztegesetz 1998, [BGBl. I Nr. 169/1998](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I](#)

[Nr. 26/2017](#);

- Arzneimittelgesetz, [BGBl. Nr. 185/1983](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 40/2017](#);
- Asylgesetz 2005 - AsylG 2005, [BGBl. I Nr. 100/2005](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 84/2017](#);
- Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG), [BGBl. Nr. 559/1978](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 131/2017](#);
- Bundes-Bedienstetenschutzgesetz (B-BSG), [BGBl. I Nr. 70/1999](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 164/2015](#);
- Bundesbehindertengesetz, [BGBl. Nr. 283/1990](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 18/2017](#);
- Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, [BGBl. Nr. 745/1996](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 26/2017](#);
- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), [BGBl. Nr. 1/1957](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 26/2017](#);
- Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), [BGBl. Nr. 460/1992](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 54/2017](#);
- Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), [BGBl. Nr. 102/1961](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 89/2012](#);
- Bundesgesetz über die Transplantation von menschlichen Organen (Organtransplantationsgesetz - OTPG), [BGBl. I Nr. 108/2012](#);
- Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz - G-ZG), [BGBl. I Nr. 26/2017](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 131/2017](#);
- Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz - GQG), [BGBl. I Nr. 179/2004](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 81/2013](#);
- Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, [BGBl. I Nr. 81/2013](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 29/2014](#);
- Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetz, [BGBl. Nr. 71/1954](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 111/2010](#);
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), [BGBl. I Nr. 108/1997](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 131/2017](#);
- Gewebesicherheitsgesetz (GSG), [BGBl. I Nr. 49/2008](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 105/2017](#);
- Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG), [BGBl. Nr. 560/1978](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 131/2017](#);
- Grundversorgungsgesetz - Bund 2005, [BGBl. Nr. 405/1991](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 84/2017](#);
- Heeresversorgungsgesetz (HVG), [BGBl. Nr. 27/1964](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 81/2013](#);
- Medizinische Assistenzberufe-Gesetz (MABG), [BGBl. I Nr. 89/2012](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 131/2017](#);
- Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), [BGBl. I Nr. 169/2002](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 131/2017](#);
- Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG), [BGBl. I Nr. 55/2006](#);
- Strafgesetzbuch (StGB), [BGBl. Nr. 60/1974](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 117/2017](#);
- Strafprozessordnung 1975 (StPO), [BGBl. Nr. 631/1975](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 117/2017](#);
- Strafvollzugsgesetz (StVG), [BGBl. Nr. 144/1969](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 26/2016](#);
- Strahlenschutzgesetz (StrSchG), [BGBl. Nr. 227/1969](#), in der Fassung des Bundesgesetzes

[BGBl. I Nr. 133/2015](#);

- Straßenverkehrsordnung 1960 (StVO), [BGBl. Nr. 159/1960](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 68/2017](#);
- Unterbringungsgesetz (UbG), [BGBl. Nr. 155/1990](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 131/2017](#);
- Universitätsgesetz 2002, [BGBl. I Nr. 120/2002](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 129/2017](#);
- Wehrgesetz 2001, [BGBl. I Nr. 146/2001](#), in der Fassung des Bundesgesetzes [BGBl. I Nr. 65/2015](#).

(Anm: [LGBl.Nr. 56/2014](#), [85/2016](#), [97/2017](#), [55/2018](#))

§ 103 Übergangsbestimmungen

(1) Berechtigungen zum Betrieb öffentlicher Krankenanstalten sowie Bewilligungen und Genehmigungen, die den Rechtsträgern von Krankenanstalten auf Grund bisher geltender Vorschriften verliehen und erteilt worden sind, bleiben soweit aufrecht, als ihre Ausübung im Rahmen dieses Landesgesetzes möglich ist. Eine Änderung oder Aufhebung einer solcherart aufrechterhaltenen Berechtigung hat nach den Bestimmungen dieses Landesgesetzes zu erfolgen.

(2) Sind private Krankenanstalten bisher auf Grund ihrer Satzung gemeinnützig betrieben worden und erfüllen sie die Voraussetzungen des § 37 Abs. 1 Z 1 bis 6, sind sie auch weiterhin als gemeinnützige Krankenanstalten im Sinn des § 37 zu betrachten.

(3) Ärztliche Leiter, die vor Inkrafttreten der Oö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1996, [LGBl. Nr. 14/1997](#), bestellt wurden, dürfen diese Funktion auch dann weiterhin ausüben, wenn sie die Voraussetzungen nach § 14 Abs. 3 dieses Landesgesetzes nicht erfüllen; das Fehlen dieser Voraussetzungen gilt nicht als Widerrufgrund nach § 14 Abs. 6 dieses Landesgesetzes.

(4) Verordnungen, die auf rückwirkend in Kraft tretende Bestimmungen der Oö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1997, [LGBl. Nr. 67/1997](#), gestützt werden, dürfen auch rückwirkend ab dem betreffenden Zeitpunkt des Inkrafttretens in Kraft gesetzt werden.

(5) Für die endgültige Berechnung der Beiträge zum Betriebsabgang für die Jahre 1995 und 1996 und für die vorläufige Berechnung der Beiträge zum Betriebsabgang für das Jahr 1997 ist die bis zum 31. Dezember 1996 geltende Rechtslage anzuwenden.

§ 104 Schlußbestimmung

Durch die Bestimmungen dieses Landesgesetzes werden die Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes - ASVG nicht berührt.

Artikel IX Inkrafttreten und Übergangsbestimmung (Anm: *Übergangsrecht zur Nov. [LGBl. Nr. 91/2015](#)*)

(1) Dieses Landesgesetz tritt rückwirkend mit 1. Juli 2015 in Kraft soweit im Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist.

(2) Artikel VI Z 1, 2, 5 bis 12 treten mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung im Landesgesetzblatt für Oberösterreich in Kraft.

(3) Abweichend von Artikel VI Z 3 können die Rechtsträger von Krankenanstalten Ärztinnen und Ärzten, die vor dem 1. Juli 2015 Ärzteanteile an Ambulanzgebühren erhalten haben und nicht in ein anderes Gehaltssystem optiert haben, unter nachstehenden Voraussetzungen ein Äquivalent überlassen: Das Äquivalent ermittelt sich nach den im Kalenderjahr 2014 erhaltenen Ärzteanteilen gemäß Artikel 53 Abs. 4 Oö. KAG 1997, in der Fassung des Landesgesetzes [LGBl. Nr. 56/2014](#), für ambulante Untersuchungen und Behandlungen, die ihrer Art nach über den Oö. Gesundheitsfonds abgerechnet wurden, unabhängig davon, an welchem Patienten die Leistung erbracht wurde. Das Äquivalent wird nicht valorisiert, ist weder ruhegenussfähiger Monatsbezug noch Anspruchsgrundlage für Nebengebühren, Mehrdienstleistungs- und Überstundenvergütung,

Entgeltfortzahlungen und Abfertigungen. Das Äquivalent ist nach folgender Staffelung für die den jeweiligen Betrag übersteigende Beträge zu kürzen:

1. über 35.000 Euro um 10 %;
2. über 50.000 Euro um 20 %;
3. über 100.000 Euro um 25 %;
4. über 150.000 Euro um 30 %;
5. über 200.000 Euro um 40 %.

Artikel II

(Anm: Übergangsrecht zur Nov. [LGBI.Nr. 70/2011](#))

(1) Artikel I tritt mit Ablauf des Tages der Kundmachung dieses Landesgesetzes im Landesgesetzblatt für Oberösterreich in Kraft.

(2) Rechtsträger von Krankenanstalten, für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes eine rechtskräftige Betriebsbewilligung vorliegt, und die nach § 27a zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Verpflichtung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Landesgesetzes nachzukommen und dies der Landesregierung nachzuweisen.

Artikel II

(Anm: Übergangsrecht zur Nov. [LGBI.Nr. 56/2014](#))

(1) Artikel I tritt mit Ablauf des Tages der Kundmachung dieses Landesgesetzes im Landesgesetzblatt für Oberösterreich in Kraft.

(2) Mit Inkrafttreten dieses Landesgesetzes treten die als landesrechtliche Vorschriften geltenden §§ 9 bis 13 des Gesetzes vom 30. April 1870 betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes (Reichssanitätsgesetz), [R.GBl. Nr. 68/1870](#), außer Kraft. Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Landesgesetzes bestellten Mitglieder des Landessanitätsrats gelten als gemäß § 91c Abs. 1 dieses Landesgesetzes als bestellt und bilden den Landessanitätsrat im Sinn der §§ 91a ff., dessen Funktionsperiode mit Ende dieser Gesetzgebungsperiode endet. Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Landesgesetzes bestehende Geschäftsordnung gilt als Geschäftsordnung gemäß § 91e dieses Landesgesetzes, soweit sie den Bestimmungen dieses Landesgesetzes nicht widerspricht.

(3) Für die Wiederbestellung der zum Ende dieser Gesetzgebungsperiode bestellten Mitglieder des Landessanitätsrats gilt Folgendes:

1. jene Mitglieder, die bis zu sechs Jahre im Amt sind, können bis zu zweimal wiederbestellt werden;
2. jene Mitglieder, die mehr als sechs und bis zu zwölf Jahre im Amt sind, können einmal wiederbestellt werden.

(4) Die nach den einschlägigen Universitätsvorschriften ausgewählten Leiter für den klinischen Bereich können bis zur Einbeziehung dieser Organisationseinheit der Krankenanstalt in den klinischen Bereich der Medizinischen Universität bzw. der Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, mit der Leitung der Organisationseinheit ohne die Anwendung des § 14 Abs. 5 und des § 43 Abs. 1, 3 und 4 betraut werden.