

**Gesamte Rechtsvorschrift für Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 - K-KAO,
Fassung vom 04.10.2018**

Langtitel

Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 - K-KAO
StF: LGBl Nr 26/1999 (WV)

Änderung

LGBl Nr 51/1999 (DFB)
LGBl Nr 67/2001
LGBl Nr 57/2002
LGBl Nr 56/2003
LGBl Nr 85/2005
LGBl Nr 16/2008
LGBl Nr 61/2008
LGBl Nr 2/2010
LGBl Nr 74/2010
LGBl Nr 75/2010
LGBl Nr 70/2011
LGBl Nr 78/2012
LGBl Nr 82/2013
LGBl Nr 46/2015
LGBl Nr 24/2018

Sonstige Textteile

Inhaltsverzeichnis

**I. Abschnitt
Allgemeines**

- § 1 Begriffsbestimmungen
- § 2 Einteilung der Krankenanstalten
- § 3 Allgemeine Krankenanstalten
- § 3a Fachrichtungsbezogene Organisationsformen
- § 3b Referenzzentren
- § 3c Arten der Betriebsformen
- § 4 Landes-Krankenanstaltenplan
- § 5 Fachbeirat für Qualität und Integration
- § 5a Psychiatrie-Beirat
- § 5b Militärische Krankenanstalten

**II. Abschnitt
Errichtung und Betrieb**

- § 6 Bewilligung zur Errichtung
- § 7 Inanspruchnahme von Liegenschaften
- § 8 Persönliche Voraussetzungen
- § 9 Sachliche Voraussetzungen
- § 10 Ansuchen
- § 11 Einholung von Stellungnahmen
- § 12 Mündliche Verhandlung
- § 13 Errichtung selbständiger Ambulatorien
- § 13a Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien
- § 14 Wirksamkeit der Errichtungsbewilligung
- § 15 Betriebsbewilligung

- § 15a Haftpflichtversicherung
- § 16 Parteistellung
- § 17 Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung
- § 18 Sperre
- § 18a Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten
- § 18b Entnahmeeinheiten
- § 18c Transplantationszentren
- § 19 Veränderungen
- § 20 Verpachtung, Übertragung und Änderung der Bezeichnung
- § 20a Bezeichnung des Rechtsträgers
- § 21 Mitteilungspflicht an den Landeshauptmann
- § 22 Anstaltsordnung
- § 23 Patientenrechte
- § 24 Qualitätssicherung
- § 25 Krankenanstaltenleitung
- § 26 Ärztlicher Dienst
- § 27 Ausbildungsstellen
- § 27a Leitung von Zahnambulatorien
- § 28 Krankenhaushygieniker
- § 29 Technischer Sicherheitsbeauftragter
- § 30 Ethikkommission
- § 30a Kinder- und Opferschutzgruppen
- § 30b Blutdepot
- § 30c Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch
- § 31 Erste Hilfe und ärztliche Behandlung
- § 32 Verschwiegenheitspflicht
- § 33 Administrative Patientenerfassung
- § 34 Krankengeschichten und sonstige Vormerkungen
- § 34a Datenerfassung
- § 35 Wirtschaftsführung
- § 36 Wirtschaftsaufsicht
- § 37 Pflegedienst
- § 38 Personalplanung, Supervision, Fortbildung
- § 39 Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung
- § 40 Verbot unsachlichen Wettbewerbs

III. Abschnitt Öffentliche Krankenanstalten

- § 41 Begriffsbestimmung
- § 42 Öffentlichkeitsrecht
- § 43 Gemeinnützigkeit
- § 44 Verleihung
- § 45 Sicherstellung der Krankenanstaltspflege
- § 46 Blutabnahme zur Bestimmung des Alkohol- oder Suchtgiftgehaltes des Blutes
- § 47 Angliederungsverträge
- § 48 Anstaltsambulanzen, ambulante Untersuchungen und Behandlungen
- § 48a Führung von Ordinationen
- § 49 Arzneimittelvorrat
- § 49a Arzneimittelkommission
- § 50 Gebührenklassen
- § 51 Öffentliche Stellenausschreibung
- § 52 Aufnahme der Patienten
- § 53 Aufnahme von nichtanstaltsbedürftigen Personen
- § 54 Entlassung von Patienten
- § 55 Leichenöffnung (Obduktion)
- § 56 Leistungsabgeltung
- § 57 Aufenthaltskostenbeitrag
- § 58 Sondergebühren
- § 59 Ermittlung der LKF-Gebühren, der Pflege- und Sondergebühren
- § 60 Festsetzung der LKF-Gebühren, der Pflege- und Sondergebühren

- § 61 Arztgebühren
- § 62 Tragung der Gebühren
- § 63 Gebührenrechnung
- § 64 Rückstandsausweis
- § 65 Gebühren für ausländische Staatsangehörige
- § 66 Überwachungsrecht der Träger der Sozialhilfe
- § 67 Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel
- § 68 Betriebsabgangsdeckung
- § 69 Betriebsunterbrechung, Auflassung
- § 70 Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes
- § 71 Öffentliche Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie und Abteilungen für Psychiatrie in öffentlichen Krankenanstalten
- § 72 Geschlossene Bereiche
- § 72a Verwendung von Drittmitteln

IV. Abschnitt Private Krankenanstalten

- § 73 Allgemeines
- § 74 Errichtung und Betrieb
- § 75 Fortbetriebsrecht
- § 75a Patientenkosten und Rechnungen

V. Abschnitt Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Krankenanstalten

- § 76 Aufnahme in Fondskrankenanstalten
- § 77 Leistungen, die durch LKF-Gebührenersätze abgegolten werden
- § 78 Überwachungsrecht der Sozialversicherungsträger und des Landesfonds
- § 79 Kostentragung durch den Patienten
- § 80 Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Fondskrankenanstalten
- § 81 Schiedskommission
- § 82 Sozialversicherungsträger und nichtfondsfinanzierte Krankenanstalten
- § 83 Beziehungen des Trägers der Sozialhilfe und anderer Krankenfürsorgeeinrichtungen zu den Trägern der öffentlichen Krankenanstalten

VI. Abschnitt Straf- und Übergangsbestimmungen

- § 84 Strafbestimmungen
- § 85 Abgabenbefreiung
- § 86 Verweisungen

Übergangs- und Nachfolgerecht

ANM zu Art III der Kundmachung LGBl Nr 26/1999:

Art III enthält folgende Außerkrafttretungsregelungen:

1. Mit den Artikeln III Z 2 und IV des Gesetzes LGBl Nr 15/1996, ersterer geändert mit Art II LGBl Nr 82/1996, wurden folgende Außerkrafttretungsregelungen getroffen:

- a) die Bestimmung des Art I Z 3 (betreffend § 72) tritt gleichzeitig mit dem Außerkrafttretender zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1996 außer Kraft.
- b) Mit dem Außerkrafttreten der im Art III Z 2 zweiter Satz genannten Vereinbarung treten die §§ 72 Abs. 4 bis 11 und 73 Abs. 7 der Krankenanstaltenordnung 1992 außer Kraft.

2. Mit Art II Z 4 des Gesetzes LGBl Nr 82/1997 in der durch Art IV des Gesetzes LGBl Nr 96/1998 geänderten Fassung wurden folgende Außerkrafttretungsregelungen getroffen:

Art I Z 5, 6, 9, 12, 13, 19, 20, 22, 24 bis 26, 28 bis 37, 40, 43, 45 bis 47 und 49 treten mit 31. Dezember 2000 außer Kraft.

ANM zu Art II des Gesetzes LGBl Nr 67/2001:

Art II enthält folgende In- bzw. Außerkrafttretungsregelungen:

1. Artikel I dieses Gesetzes tritt mit Ausnahme von Z 51 am 1. Jänner 2001 in Kraft. Art. I Z 51 tritt am 1. März 2001 in Kraft.
2. Die mit Art. II Z 4 des Gesetzes LGBl Nr 82/1997 in der durch Art. IV des Gesetzes LGBl Nr 96/1998 geänderten Fassung festgelegte Außerkrafttretungsregelung (Art. III Z 2 der Wiederverlautbarungskundmachung LGBl Nr 26/1999) wird dahingehend abgeändert, als das Außerkrafttreten mit Ablauf des 31. Dezember 2004 erfolgt.
3. Die mit Art. II des Gesetzes LGBl Nr 96/1998 festgelegten Nachfolgeregelungen (Anlage II Art. IV der Wiederverlautbarungskundmachung LGBl Nr 26/1999) treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.
4. Bis zum 31. Dezember 2001 tritt im Art. I Z 39 (§ 57 Abs. 1) an die Stelle des Betrages 3,63 Euro der Betrag S 50,-, im Art. I Z 41 an die Stelle des Betrages 1,45 Euro der Betrag S 20,- und an die Stelle des Betrages 0,73 Euro der Betrag S 10,-, sowie im Art. I Z 52 (§ 84 Abs. 1) an die Stelle des Betrages 7.260 Euro der Betrag S 100.000,- und im Art. I Z 53 (§ 84 Abs. 2) an die Stelle des Betrages 720 Euro der Betrag S 10.000,-.

ANM: Mit Art. VI Abs. 2 bis 8 des Gesetzes LGBl Nr 78/2012 wurden folgende Übergangsbestimmungen getroffen:

(2) Art. III bis V treten am 1. September 2012 in Kraft.

(3) Mit dem Inkrafttreten des Art. III dieses Gesetzes endet die Funktion der bisherigen Mitglieder und Ersatzmitglieder des Aufsichtsrates und der Expertenkommission.

(4) Die Landesregierung hat innerhalb von einer Woche nach der Kundmachung dieses Gesetzes die vorschlagsberechtigten Stellen nach § 14 Abs. 1 und § 17 Abs. 1 K-LKABG in der Fassung des Art. III dieses Gesetzes einzuladen, der Landesregierung innerhalb von zwei Wochen Vorschläge für die Neubestellung der Mitglieder (Ersatzmitglieder) des Aufsichtsrates sowie des Vorsitzenden und seines Stellvertreters zu erstatten. Die Neubestellung der Mitglieder (Ersatzmitglieder) des Aufsichtsrates sowie des Vorsitzenden und seines Stellvertreters hat so zu erfolgen, dass der Aufsichtsrat mit dem Inkrafttreten des Art. III die ihm übertragenen Aufgaben wahrnehmen kann.

(5) Die Neubestellung der Mitglieder und Ersatzmitglieder der Expertenkommission hat ab dem der Kundmachung dieses Gesetzes folgenden Tag so zu erfolgen, dass dieser Beirat seine Tätigkeit innerhalb von einem Monat nach dem Inkrafttreten des Art. III aufnehmen kann.

(6) Die konstituierende Sitzung der Krankenanstalten-Konferenz ist innerhalb von einem Monat nach dem Inkrafttreten des Art. III einzuberufen.

(7) Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Art. III bestellten Mitglieder der Krankenanstaltenleitungen und deren Stellvertreter gelten als Mitglieder der Krankenanstaltenleitungen und Stellvertreter im Sinne des Art. III.

(8) Die KABEG hat innerhalb von zwei Monaten nach dem Inkrafttreten des Art. III dieses Gesetzes ihre Satzung den Bestimmungen des Art. III anzupassen und der Landesregierung vorzulegen.

Text

I. Abschnitt

Allgemeines

§ 1

Begriffsbestimmungen

- (1) Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen, 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.

(2) Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.

(3) Als Krankenanstalten im Sinne der Abs. 1 und 2 gelten nicht

- a) Anstalten, die nur für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
- b) Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung Erster Hilfe bereit gehalten werden, und arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz;
- c) 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;
- d) medizinische Versorgungseinrichtungen in Betreuungseinrichtungen gemäß § 1 Z 5 des Grundversorgungsgesetzes-Bund 2005 für Asylwerber.
- e) Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten und Betriebsstätten von Dentisten; als solche gelten jedoch nicht 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;
- f) Gruppenpraxen;
- g) die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH im Sinne des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes.

§ 2

Einteilung der Krankenanstalten

Die Krankenanstalten werden eingeteilt in

1. allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen, ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1 Abs. 1 und 2);
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. 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, vierundzwanzig Stunden nicht überschreitende Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig;
6. 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 2001 stehen, und deren Zahl und Standort vom Bundesminister für Landesverteidigung auf Grund militärischer Notwendigkeiten festgelegt wird.

§ 3

Allgemeine Krankenanstalten

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

- a) Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 5 mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zumindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein

und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches 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;

b) Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 5 mit Abteilungen zumindest für:

1. Augenheilkunde und Optometrie,
2. Chirurgie,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
4. Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
5. Innere Medizin,
6. Kinder- und Jugendheilkunde,
7. Neurologie,
8. Orthopädie und Traumatologie,
9. Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und
10. 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 Sonderfaches 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;

c) Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen; als Zentralkrankenanstalten gelten ferner Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 Abs. 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw. einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dienen.

(2) Die Voraussetzungen nach Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern sie funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 18a geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig, sofern die räumliche Entfernung der dislozierten Einrichtungen die funktionell-organisatorische Verbindung ermöglicht.

(3) In Standardkrankenanstalten kann die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne 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.

(4) Von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehener Abteilungen und sonstiger Einrichtungen kann 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.

(5) Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b kann nach Maßgabe des § 3a die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen vorgesehen 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 Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und Traumatologie,
 - d) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,

- e) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin und
 - f) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
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 sowie
 4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

(6) Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik (Abs. 5 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.

§ 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 § 31 Abs. 2 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. 5 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen für die speziellen Versorgungsbereiche Remobilisation und Nachsorge, Akutgeriatrie/Remobilisation sowie für Psychosomatik. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 31 Abs. 2 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. 5 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 Falle einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten – von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 5 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 lit. a und § 3 Abs. 4 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b 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 Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinne des § 22 Abs. 1 lit. d enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne 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 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden.

§ 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, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene einschließlich Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sowie
2. Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 3c

Arten der Betriebsformen

(1) Folgende Arten der Betriebsformen sind in Krankenanstalten neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsspezifischen und/oder zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich:

1. Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Pflinglingen aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 3a vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Pflinglinge 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 Sinne 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 Sinne 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 Pflinglingen 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 Behandlungsbedarfes 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 Routine-Betriebszeiten (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 Behandlungsbedarfes und erforderlichenfalls Weiterleitung der Pfleglinge 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 acht 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 § 48 sinngemäß anzuwenden.

§ 4

Landes-Krankenanstaltenplan

(1) Die Landesregierung hat in 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 – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit für Fondskrankenanstalten einen Landes-Krankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Dieser Landes-Krankenanstaltenplan hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 des G-ZG und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) zu befinden. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstaltenplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

(2) Im Landes-Krankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:

- a) die Standorte der Fondskrankenanstalten,
- b) die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
- c) die medizinischen Fachbereiche je Standort,
- d) die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen Organisationseinheiten je Standort,
- e) Art und Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte je Standort,
- f) die maximalen Bettenzahlen je Fachbereich bezogen auf das Land, die Versorgungsregion oder bezogen auf die Standorte,
- g) die Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereiche je Standort.

(3) Im Landes-Krankenanstaltenplan sind die Standortstruktur und die maximalen Bettenzahlen je Fachrichtung für das Land festzulegen. Für jede Krankenanstalt sind die Fächerstruktur sowie die maximalen Gesamtbettenzahlen je Fachrichtung festzulegen. Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 2 lit. f nicht bezogen auf die Standorte, sind im Zusammenhang mit § 9 Abs. 3 die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(4) Vor der Erlassung des Krankenanstaltenplanes sind die Träger der bettenführenden Krankenanstalten und der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zu hören.

(5) Der Krankenanstaltenplan ist alle fünf Jahre für weitere fünf Jahre fortzuschreiben und dabei den jeweiligen Planungserfordernissen anzupassen.

§ 5

Fachbeirat für Qualität und Integration

(1) Zur Beratung der Landesregierung in Fragen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, der Qualitätssicherung (§ 24) und Qualitätskontrolle im Bereich der Krankenanstalten und der Sicherung der intra- und extramuralen Integration im Gesundheitswesen wird ein Fachbeirat für Qualität und Integration eingerichtet.

(2) Der Beirat besteht aus einem zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigten Vorsitzenden und zwei weiteren Mitgliedern, die über ein entsprechendes Fachwissen und einschlägige Erfahrungen auf dem Gebiete der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle

im Krankenhauswesen sowie der intra- und extramuralen Integration verfügen. Der Beirat kann weitere Personen, die über einschlägige Fachkenntnisse verfügen, mit beratender Stimme beiziehen.

(3) Die Mitglieder des Beirates werden von der Landesregierung jeweils auf die Dauer von fünf Jahren bestellt.

(4) Die näheren Bestimmungen über die Art der Wahrnehmung der Aufgaben durch den Beirat sind in einer Geschäftsordnung zu regeln, die sich der Beirat selbst gibt; die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung der Landesregierung.

§ 5a Psychiatrie-Beirat

(1) Zur Beratung der Landesregierung in Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung im Land Kärnten wird ein Psychiatrie-Beirat eingerichtet.

(2) Der Beirat besteht aus mindestens zehn Mitgliedern. Als Mitglieder kommen in Betracht:

1. Bedienstete der für die Mindestsicherung sowie der für fachliche Angelegenheiten des Gesundheitswesens zuständigen Abteilung des Amtes der Landesregierung, einschließlich eines mit Koordinationsaufgaben in Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung im Land Kärnten betrauten Bediensteten,
2. ein Vertreter aus dem Kreis der für die Aufgabenwahrnehmung der Sozial- und Gesundheitssprengel in Kärnten verantwortlichen Personen,
3. ein Vertreter aus dem Kreis der Träger der freien Wohlfahrtspflege in Kärnten,
4. im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung tätige Fachärzte,
5. niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie,
6. ein von der Kärntner Gebietskrankenkasse nommierter Vertreter,
7. ein vom Arbeitsmarktservice nommierter Vertreter,
- 7a. ein von der Pensionsversicherungsanstalt nommierter Vertreter,
8. Vertreter aus dem Kreis der Patienten und deren Angehörigen.

Der Beirat kann weitere Personen, die über einschlägige Fachkenntnisse verfügen, mit beratender Stimme beiziehen.

(3) Den Vorsitz führt ein von der Landesregierung bestellter Vertreter. Für die Bestellung der Mitglieder und die Geschäftsordnung des Beirates gilt § 5 Abs. 3 und 4. Die Mitgliedschaft im Beirat ist ein unbesoldetes Ehrenamt.

§ 5b Militärische Krankenanstalten

(1) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind der II. Abschnitt, soweit seine Bestimmungen für alle Krankenanstalten gelten und nichts anderes bestimmt ist, sowie aus dem III. Abschnitt der § 49 (Arzneimittelvorrat), der § 54 Abs. 1 letzter Satz und Abs. 2 bis 5 (Entlassung von Patienten) und der § 55 (Obduktion) anzuwenden.

(2) Im Falle eines Einsatzes des Bundesheeres gemäß § 2 Abs. 1 lit. a bis d des Wehrgesetzes 2001 kann von Bestimmungen dieses Gesetzes zum Zweck der Aufrechterhaltung der Sanitätsversorgung aus zwingenden Notwendigkeiten abgewichen werden.

II. Abschnitt Errichtung und Betrieb

§ 6 Bewilligung zur Errichtung

(1) Krankenanstalten können von physischen oder juristischen Personen errichtet und betrieben werden.

(2) Die Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bedarf der Bewilligung der Landesregierung, sofern Abs. 4 nichts anderes bestimmt. Anträge auf Erteilung der Bewilligung haben den Anstaltszweck (§ 2) und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig. Der Antragsteller hat jene Sozialversicherungsträger, für die anzunehmen ist, dass ihnen infolge ihrer voraussichtlichen Betroffenheit gemäß § 11 Abs. 2 Parteistellung im Bewilligungsverfahren zukommen wird, namhaft zu machen.

(2a) Die Landesregierung hat über ein Ansuchen um Erteilung der Errichtungsbewilligung mit schriftlichem Bescheid zu entscheiden. Im Errichtungsbewilligungsbescheid hat die Landesregierung die nach den Erkenntnissen der medizinischen und technischen Wissenschaft und die zur Sicherstellung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden Errichtung der Krankenanstalt erforderlichen Bedingungen und Auflagen vorzuschreiben.

(3) Beabsichtigt der Antragsteller, Mittel des Kärntner Gesundheitsfonds in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben.

(4) Militärische Krankenanstalten bedürfen zur Errichtung keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung ist der Landesregierung anzuzeigen.

§ 7

Inanspruchnahme von Liegenschaften

(1) Für die Errichtung von Krankenanstalten kann auf Antrag von physischen oder juristischen Personen das Eigentum an Grundstücken entzogen werden, wenn

- a) für die Errichtung einer Krankenanstalt der angegebenen Art (Abs. 3) ein Bedarf gemäß § 9 Abs. 2 lit. a gegeben ist,
- b) das Grundstück nach seiner Lage für die Errichtung einer Krankenanstalt der angegebenen Art (Abs. 3) geeignet ist,
- c) die Errichtung einer Krankenanstalt auf den in Betracht kommenden Grundstücken dem Flächenwidmungsplan nicht widerspricht,
- d) das Eigentum nicht durch Rechtsgeschäft zu einem angemessenen Preis zu erwerben war; der Preis ist angemessen, wenn er nicht mehr als 10 vH über dem Betrag liegt, der als Entschädigung nach der Gefahrenpolizei- und Feuerpolizeiordnung gebühren würde.

(2) Für die Entschädigung und das Verfahren für Maßnahmen nach Abs. 1 gelten die Bestimmungen der §§ 46 bis 49 der Gefahrenpolizei- und Feuerpolizeiordnung sinngemäß.

(3) Im Antrag nach Abs. 1 ist die Art und der Umfang der Krankenanstalt anzugeben.

(4) Der Enteignete oder sein Rechtsnachfolger können die Rückübereignung des Grundstückes gegen Ersatz der erhaltenen Entschädigung begehren, wenn

- a) der Antragsteller nach Abs. 1 nicht spätestens binnen drei Jahren nach der durchgeführten Enteignung um die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt der angegebenen Art (Abs. 3) ansucht,
- b) die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt der angegebenen Art (Abs. 3) nicht erteilt wurde,
- c) die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt nach § 14 Abs. 2 erloschen ist.

(5) Der Antrag nach Abs. 4 ist binnen zwei Jahren nach den im Abs. 4 lit. a bis c angeführten Zeitpunkten einzubringen.

(6) Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 5 gelten sinngemäß für die Verlegung einer Krankenanstalt an einen anderen Betriebsort und jede wesentliche bauliche Veränderung einer Krankenanstalt gemäß § 19.

§ 8

Persönliche Voraussetzungen

(1) An physische Personen darf die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt nur erteilt werden, wenn diese eigenberechtigt und verlässlich sind. Bei juristischen Personen, eingetragenen Erwerbsgesellschaften und Personengesellschaften des Handelsrechtes muß die zur Vertretung nach außen berufene Person diese Voraussetzungen erfüllen.

(2) Als nicht verlässlich im Sinne des Abs. 1 sind Personen anzusehen, von denen ein ordnungsgemäßer Anstaltsbetrieb nicht erwartet werden kann; dies gilt insbesondere für Personen, die wegen Übertretung von Vorschriften auf dem Gebiet des Krankenanstaltenrechts oder des Gesundheitswesens rechtskräftig bestraft worden sind, oder gegen die sonstige gewichtige Bedenken, z.B. im Hinblick auf ihre Fähigkeiten sowie ihr Vorleben, bestehen.

§ 9

Sachliche Voraussetzungen

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 und die Mindestanforderungen nach Abs. 3 erfüllt werden.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- a) es muss nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das 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 Gleichgewichtes im Sinne der sozialen Sicherheit ein Bedarf gemäß Abs. 3 gegeben sein;
- b) der Bewerber muss das Eigentum oder ein sonstiges Recht an der für die Krankenanstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachweisen, das ihm die längerfristige und unbehinderte Benützung der Betriebsanlage gestattet;
- c) das für die Unterbringung der Krankenanstalt vorgesehene Gebäude muß den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen. 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.

(3) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, BGBl. I Nr. 26/2017, 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 der dritte Satz sinngemäß anzuwenden. Für sonstige bettenführende Anstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

- a) der örtlichen Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),
- b) der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
- c) der Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie
- d) der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes nachgewiesen werden kann.

(3a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige 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 Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(4) Die Landesregierung kann unter Bedachtnahme auf die Erkenntnisse der medizinischen und technischen Wissenschaften nach Anhörung des Landessanitätsrates durch Verordnung Mindestanforderungen festlegen, die von Krankenanstalten hinsichtlich der allgemeinen Raumerfordernisse, der Größe und Ausstattung der Behandlungs- und Pflegeräume, der sanitären Anlagen, der innerbetrieblichen Krankentransporteinrichtungen sowie hinsichtlich der notwendigen Vorkehrungen für einen ordnungsgemäßen Betriebsablauf in den Krankenanstalten erfüllt werden müssen.

(5) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b und c ist nicht erforderlich, wenn nur eine gesonderte Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs beantragt wird.

(6) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen.

(7) 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.

§ 10

Ansuchen

(1) Der Bewerber hat dem Ansuchen um Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt maßgerechte, von einem Bausachverständigen ausgearbeitete Baupläne und Bau- und

Betriebsbeschreibungen in vierfacher Ausfertigung anzuschließen. Sofern dies technisch möglich ist, sind diese Unterlagen auch in elektronischer Form zu übermitteln.

(2) Die Behörde kann die Vorlage weiterer Unterlagen, die für die Beurteilung der Zulässigkeit des Vorhabens nach diesem Gesetz und den aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen erforderlich sind, verlangen.

§ 11

Einholung von Stellungnahmen

(1) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zum Antrag vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt. Hierbei ist der Landessanitätsrat in Bewilligungsverfahren zu hören, die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität erwarten lassen und einer Prüfung des Bedarfs unterliegen.

(2) Im Verfahren gemäß Abs. 1 haben die gesetzlichen Interessenvertretungen privater Krankenanstalten und die betroffenen Sozialversicherungsträger hinsichtlich des zu prüfenden Bedarfs (§ 9 Abs. 2 lit. a) Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichtes das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 und 9 B-VG. Gleiches gilt für das Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs.

(3) Die Landesregierung hat im Verfahren gemäß Abs. 1 den Patientenanwalt (die Patientenanwältin) anzuhören.

§ 12

Mündliche Verhandlung

Ist das Ansuchen nicht schon wegen Fehlens der Voraussetzungen nach § 8 oder § 9 Abs. 2 lit. a und b abzuweisen, kann die Landesregierung eine mündliche Verhandlung anberaumen; diese ist erforderlichenfalls mit einem Lokalausweis zu verbinden.

§ 13

Errichtung selbständiger Ambulatorien

(1) Selbständige Ambulatorien bedürfen zu ihrer Errichtung einer Bewilligung der Landesregierung; § 6 Abs. 2a und Abs. 4 §§ 7, 8 und §§ 10 bis 12 sind sinngemäß anzuwenden. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tages- und Nachtzeiten, Samstagen, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigenen 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,

1. zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung;

2. zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann;

b) das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlagen nachgewiesen sind;

c) das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Ausführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht;

d) der Bewerber die persönlichen Voraussetzungen nach § 8 erfüllt.

Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens.

(3) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen RSG folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- a) örtliche Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstrukturen und Besiedlungsdichte),
- b) die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
- c) das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patienten,
- d) die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß lit. c und
- e) der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(3a) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, BGBl. I Nr. 26/2017, 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. 3 sinngemäß anzuwenden.

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige 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 Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist auf Kosten des Antragstellers ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Kärntner Gesundheitsfonds nach dem Kärntner Gesundheitsfondsgesetz zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

(6) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b bis d ist nicht erforderlich, wenn nur eine gesonderte Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen nach Abs. 3 beantragt wird.

(7) Die Errichtungsbewilligung hat – ausgenommen im Falle des Abs. 4 – im Rahmen des Antrags jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tages- und Nachtzeiten und von Samstagen, Sonn- und Feiertagen) sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und – soweit sinnvoll – die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen.

(8) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums – ausgenommen im Fall des Abs. 4 – haben betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessensvertretung privater Krankenanstalten und die zuständige Landesärztekammer bzw. bei selbständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer, hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichtes das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 und 9 B-VG. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3.

(9) Die Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Landesärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, 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.

(10) Einer Beschwerde der Landesärztekammer an das Landesverwaltungsgericht und einer Revision der Landesärztekammer an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Abs. 8 kommt in Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für eine eigene Einrichtung für Zwecke der Primärversorgung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers gemäß § 339 ASVG keine aufschiebende Wirkung zu.

§ 13a

Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien

Für Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien gilt Folgendes:

1. Abweichend von § 13 Abs. 2 lit. a und Abs. 3, 5 und 7 ist die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im Regionalen Strukturplan Gesundheit abgebildet ist und – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 Primärversorgungsgesetz (PrimVG) – eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags (§ 8 PrimVG) vorliegt.
2. Eine Bewilligung zum Betrieb einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 15 Abs. 2 oder 3 erfüllt sind. § 22 ist nicht anzuwenden.
3. Für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums entfällt die Verpflichtung zur Einrichtung einer Arzneimittelkommission nach § 74 Abs. 1 in Verbindung mit § 49a.
4. In einer Primärversorgungseinheit ist der ärztliche Leiter nach § 26 Abs. 2 hauptberuflich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.

§ 14

Wirksamkeit der Vorabfeststellung und der Errichtungsbewilligung

(1) Die Wirksamkeit einer Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs erlischt nach Ablauf von einem Jahr nach Eintritt der Rechtskraft der Vorabfeststellung, wenn nicht innerhalb dieses Zeitraums die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer dem Bedarf entsprechenden Krankenanstalt beantragt wird. Sie erlischt ferner mit dem Zeitpunkt der Versagung einer Errichtungsbewilligung.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt erlischt

1. nach Ablauf von drei Jahren nach Eintritt der Rechtskraft, wenn nicht innerhalb dieses Zeitraums mit der Ausführung des Vorhabens begonnen wird, oder
2. nach Ablauf von fünf Jahren nach Eintritt der Rechtskraft, wenn nicht innerhalb dieses Zeitraums die Betriebsbewilligung rechtskräftig erteilt worden ist.

(3) Aus wichtigen Gründen kann auf Grund eines vor ihrem Ablauf gestellten Antrages die Frist gemäß Abs. 1 erster Satz einmal für höchstens sechs Monate, die Frist gemäß Abs. 2 Z 2 einmal für höchstens fünf Jahre verlängert werden. Durch den Antrag wird die Frist bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die Verlängerung erstreckt. Im Zuge der Verlängerung dürfen die bei Erteilung der Errichtungsbewilligung vorgeschriebenen Auflagen unter Bedachtnahme auf die zwischenzeitig eingetretenen sachlichen Erfordernisse in jede Richtung hin abgeändert werden.

§ 15

Betriebsbewilligung

(1) Der Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt bedarf einer Bewilligung der Landesregierung mit schriftlichem Bescheid. Diese darf nur erteilt werden, wenn:

- a) die Anstalt entsprechend der Errichtungsbewilligung (§ 6) errichtet worden ist und die vorgeschriebenen Auflagen und Bedingungen eingehalten werden;
- b) auf Grund einer mit einem Lokalaugenschein verbundenen mündlichen Verhandlung festgestellt ist, daß die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und daß diese und die Betriebsanlage den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
- c) die Bedingungen der Bewilligung der Errichtung (§ 6 Abs. 2 und 3) und bei Krankenanstalten im Sinne von § 9 Abs. 3 die Vorgaben des Landes-Krankenanstaltenplanes (§ 4) sowie die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;

- d) die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 22) gleichzeitig genehmigt werden kann; bei militärischen Krankenanstalten dürfen gegen die Anstaltsordnung keine Bedenken bestehen;
- e) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes namhaft gemacht wurde und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind, sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;
- f) (entfällt)
- g) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 15a Abs. 1 erforderlich ist.

(1a) Auf Verlangen hat die Landesregierung dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport die konkreten Erfordernisse für die Erteilung einer Betriebsbewilligung bekanntzugeben. Die Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b, d und e gegeben sind.

(2) Der Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums bedarf einer Bewilligung der Landesregierung mit schriftlichem Bescheid; eine solche ist zu erteilen, wenn

- a) das Ambulatorium entsprechend der Errichtungsbewilligung (§ 13) errichtet worden ist und die vorgeschriebenen Auflagen und Bedingungen eingehalten werden;
- b) im Rahmen einer mit einem Lokalausweis verbundenen mündlichen Verhandlung festgestellt wurde, dass die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen Medizinprodukte und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
- c) gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung keine Bedenken bestehen;
- d) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes namhaft gemacht wurde sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und den in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;
- e) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 15a erforderlich ist.

(2a) Die Betriebsbewilligung ist auch bei geringfügigen baulichen Abweichungen vom Inhalt der Errichtungsbewilligung zu erteilen, wenn diese den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen.

(2b) In der Betriebsbewilligung kann die Landesregierung die nach den Erkenntnissen der medizinischen und technischen Wissenschaften notwendigen Auflagen vorschreiben, soweit dies zur Sicherstellung eines den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden Betriebs erforderlich ist.

(2c) Die Bewilligung zum Betrieb einer militärischen Krankenanstalt als selbständiges Ambulatorium ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 2 lit. b, c und d gegeben sind. Abs. 1a erster Satz ist anzuwenden.

(3) Die Bewilligung zum Betrieb des selbständigen Ambulatoriums eines Krankenversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn eine Einigung gemäß § 339 ASVG oder eine Errichtungsbewilligung vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 2 lit. b bis d gegeben sind.

(3a) Die Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b bis e gegeben sind.

(4) Die tatsächliche Aufnahme des Betriebs einer bettenführenden Krankenanstalt oder eines selbständigen Ambulatoriums ist der Landesregierung binnen einer Woche zu melden.

§ 15a

Haftpflichtversicherung

(1) Krankenanstalten, die nicht durch eine Gebietskörperschaft, eine sonstige Körperschaft oder Anstalt öffentlichen Rechts oder durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts steht, betrieben werden, haben zur Deckung der aus ihrer Tätigkeit entstehenden Schadenersatzansprüche eine Haftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer abzuschließen und diese während der Dauer ihrer

Betriebsbewilligung aufrecht zu erhalten. Bei Krankenanstalten, die durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts steht, betrieben werden, besteht ein haftungsrechtlicher Durchgriff zur Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts, sofern keine Haftpflichtversicherung besteht.

(2) Für den Versicherungsvertrag muss folgendes gelten:

- a) die Mindestversicherungssumme für jeden Versicherungsfall im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten muss 2 Mio. Euro betragen,
- b) eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode das fünffache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten, und
- c) der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig.

(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 Auskünfte zu erteilen.

§ 16

Parteistellung

Im behördlichen Verfahren wegen Genehmigung der Errichtung oder Inbetriebnahme von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die Ärztekammer für Kärnten bzw. bei Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht und der Revision an den Verwaltungsgerichtshof, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
- c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

Im übrigen haben die berührten gesetzlichen beruflichen Interessenvertretungen die Stellung eines Beteiligten.

§ 17

Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist von der Landesregierung abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung, insbesondere aufgrund verbindlicher Planungsvorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit oder des Regionalen Strukturplans Gesundheit (§ 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes) und im Falle des § 4 Abs. 1 des Landes-Krankenanstaltenplans, weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist abzuändern oder zurückzunehmen, wenn

- a) eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betrieb vorgeschriebene Voraussetzung im Sinne des Abs. 1 weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt,
- b) der Betrieb der Krankenanstalt nicht innerhalb eines Jahres nach Erteilung der Betriebsbewilligung aufgenommen oder entgegen den Vorschriften des § 69 unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

(3) Die Landesregierung kann in den Fällen des Abs. 1 und 2 im Hinblick auf den Grundsatz der größtmöglichen Schonung wohlervorbener Rechte vorläufig von der Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung absehen und mit Bescheid eine angemessene Frist zur Behebung des Mangels einräumen.

(3a) Ergibt sich nach der Erteilung der Betriebsbewilligung, dass trotz Erfüllung der Bedingungen und Einhaltung der Auflagen bei Änderungen des jeweiligen Standes der Technik bzw. der medizinischen und pflegerischen Wissenschaften der Schutz von Patienten und Arbeitnehmern nicht hinreichend gewährleistet ist, so ist die Abänderung bestehender Auflagen und die Vorschreibung weiterer Auflagen für den Betrieb unter möglicher Schonung erworbener Rechte zulässig. Auf Antrag des Rechtsträgers einer Krankenanstalt können vorgeschriebene Auflagen abgeändert oder aufgehoben werden, wenn die Voraussetzungen für ihre Vorschreibung nicht mehr vorliegen.

(4) Die Landesregierung kann die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten zurücknehmen, wenn sonstige schwerwiegende Mängel im Betrieb trotz Aufforderung innerhalb einer festgesetzten Frist nicht behoben werden oder wenn eine wiederholte Bestrafung wegen Übertretung des Verbotes des unsachlichen Wettbewerbes (§ 40) erfolgt ist.

(5) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind die Abs. 2 lit. a und 3 bis 4 anzuwenden; Abs. 2 lit. b ist nur insoweit anzuwenden, als er sich auf die Auflassung des Betriebs der Krankenanstalt bezieht.

§ 18

Sperre

(1) Die Bezirksverwaltungsbehörde hat die vollständige oder teilweise Sperre einer Krankenanstalt anzuordnen, wenn

- a) die Krankenanstalt bzw. ein Teil der Krankenanstalt ohne Betriebsbewilligung oder abweichend von den erteilten Bewilligungen gemäß §§ 6, 13 oder 19 betrieben wird,
- b) die Auflagen und Bedingungen in der Errichtungs- oder Betriebsbewilligung nicht eingehalten werden oder
- c) die Vorschriften dieses Gesetzes über den Betrieb von Krankenanstalten nicht eingehalten werden.

Eine Sperre nach lit. b oder c ist unter Setzung einer angemessenen Frist zur Behebung der Mängel vorher anzudrohen. Die Sperre ist ohne vorhergehende Androhung anzuordnen, wenn eine unmittelbare Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen oder für die Sicherheit von Sachen besteht. Die Sperre ist aufzuheben, wenn die Gründe für ihre Anordnung weggefallen sind.

(2) Gleichzeitig mit der Sperre sind die notwendigen Vorkehrungen für die Versorgung der Patienten zu treffen. Dasselbe gilt, wenn der Landeshauptmann die Weiterführung des Betriebes untersagt hat (§ 61 KAKuG).

§ 18a

Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten

(1) Eine örtlich getrennte Unterbringung im Sinne von § 3 Abs. 2 letzter Satz 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 darf nur räumlich beschränkt für beidseits in Staatsgrenznähe gelegene Krankenanstalten und nur dann erteilt werden, wenn nachgewiesen ist,

- a) dass 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,
- b) dass das Vorhaben im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehen ist,
- c) dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird,
- d) dass auf den Behandlungsvertrag österreichisches Recht anwendbar und ein österreichischer Gerichtsstand gegeben ist,
- e) dass die Behandlung und Pflege von Patienten ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung erfolgt.

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

(3) Bei der dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer im Ausland gelegenen Krankenanstalt in einer österreichischen Krankenanstalt hat ausschließlich die Behandlung und Pflege von Patienten der im Ausland gelegenen Krankenanstalt und ausschließlich durch

Personal dieser Krankenanstalt sowie unter der Leitung der im Ausland gelegenen Krankenanstalt zu erfolgen.

(4) Abs. 1 bis 3 gelten nicht für den Betrieb militärischer Krankenanstalten.

§ 18b Entnahmeeinheiten

(1) Entnahmeeinheiten sind rechtskräftig nach den §§ 6 und 15 oder nach § 19 bewilligte Krankenanstalten, die die Bereitstellung von Organen im Sinne 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) Der Träger der Entnahmeeinheit 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 dokumentiert 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 fällt, sicherzustellen und ist für einen Zeitraum von mindestens 30 Jahren aufzubewahren.

§ 18c Transplantationszentren

(1) Transplantationszentren sind Krankenanstalten, die Transplantationen im Sinne des Organtransplantationsgesetzes vornehmen, sofern die rechtskräftig erteilte Bewilligung gemäß § 6 oder § 19 dieses Leistungsangebot umfasst.

(2) Das Transplantationszentrum 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.

(3) Der Träger 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 des Transplantationszentrums fällt, sicherzustellen und ist für einen Zeitraum von mindestens 30 Jahren aufzubewahren.

§ 19 Veränderungen

(1) Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung.

(2) Wesentliche Veränderungen im Sinne des Abs. 1 sind insbesondere

- a) eine Verlegung des Standorts einer Krankenanstalt;
- b) eine Veränderung der Art der Krankenanstalt (§ 2 Z 1 bis 5);
- c) eine Veränderung der Versorgungsstufe einer allgemeinen Krankenanstalt ;
- d) eine Veränderung der Bestimmung einer Sonderkrankenanstalt (§ 2 Z 2) für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
- e) eine Veränderung des Aufgabenbereiches oder Zweckes eines Sanatoriums (§ 2 Z 4) oder eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Z 5);
- f) eine Erweiterung einer Krankenanstalt durch Zu- oder Umbauten, die den räumlichen Umfang der Krankenanstalt wesentlich verändern würden;
- g) die Schaffung oder Änderung einer fachrichtungsbezogenen Organisationsform gemäß § 3a und von Instituten, auch wenn damit eine räumliche Erweiterung der Krankenanstalt nicht verbunden ist;
- h) sonstige Veränderungen, die nach Art und Umfang eine wesentliche Veränderung im Leistungsangebot der Krankenanstalt bewirken, wie beispielsweise eine nicht nur vorübergehende Abweichung von der laut Krankenanstaltenplan vorgesehenen Bettenanzahl;

- i) die Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte, sowie sonstiger Geräte, die nach Art, Größe und Kostenfolgen den medizinisch-technischen Großgeräten vergleichbar sind.

(3) In Verfahren über die Erteilung einer Bewilligung nach Abs. 1 und 2 sind – ausgenommen in den Fällen des Abs. 2 lit. g – die Vorschriften des § 6 Abs. 2 und 3, § 9 Abs. 2 und der §§ 10 bis 13, 15 und 16 sinngemäß mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Bedarfsprüfung entfällt, wenn mit der geplanten Maßnahme keine wesentliche Veränderung des Leistungsangebotes verbunden ist.

(3a) Änderungen nach Abs. 2 lit. g und Änderungen der funktionell-organisatorischen Gliederung bereits bewilligter Funktionsbereiche der Krankenanstalt (Abteilung, Department, Institut und sonstige Organisationseinheiten) bedürfen lediglich einer Betriebsbewilligung unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des § 15; einem Antrag auf eine derartige Bewilligung sind jedoch eine Funktionsbeschreibung samt Raumzuordnung sowie Übersichtspläne in jeweils dreifacher Ausfertigung anzuschließen.

(3b) Soweit militärische Krankenanstalten betroffen sind, gilt für die Erteilung einer Bewilligung § 15 Abs. 1a und 2b sinngemäß.

(4) Jede geplante Veränderung einer Krankenanstalt, die nicht unter Abs. 1, 2 oder 3a fällt, jedoch Auswirkungen auf die Patientenbehandlung oder Hygiene haben kann, sowie jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung drei Monate vor dem Beginn ihrer Durchführung anzuzeigen. Die Landesregierung hat die geplante Maßnahme zu untersagen, wenn sie den in § 9 Abs. 2 lit. c oder § 13 Abs. 2 lit. c festgelegten Anforderungen widerspricht, sofern die Einhaltung dieser Anforderungen nicht durch Bedingungen oder Auflagen sichergestellt werden kann; die Untersagung der Maßnahme oder die Vorschreibung der Bedingungen oder Auflagen hat binnen drei Monaten, gerechnet vom Eingang der vollständigen Anzeige, zu erfolgen.

(5) Die Landesregierung kann durch Verordnung unter Bedachtnahme auf die Erkenntnisse der medizinischen und technischen Wissenschaften bestimmen, unter welchen näheren Voraussetzungen eine wesentliche Veränderung im Sinne des Abs. 1 und 2 vorliegt.

§ 20

Verpachtung, Übertragung und Änderung der Bezeichnung

(1) Die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung – auch eines Teils – auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung bedarf der Bewilligung der Landesregierung.

(2) Die Bewilligung nach Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn der Pächter oder der neue Rechtsträger die Voraussetzungen nach § 8 erfüllt.

(3) Die Änderung der Bezeichnung einer Krankenanstalt ist nur aus wichtigen Gründen zulässig; sie bedarf der Bewilligung der Landesregierung.

(4) Abs. 1 bis 3 gelten nicht für militärische Krankenanstalten

§ 20a

Bezeichnung des Rechtsträgers

Ändert der Rechtsträger einer Krankenanstalt seine Bezeichnung, hat er dies der Landesregierung binnen einer Woche nach Änderung mitzuteilen. Dies gilt nicht für militärische Krankenanstalten.

§ 21

Mitteilungspflicht an den Landeshauptmann

Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte, die auf Grund der einschlägigen Bestimmungen dieses Gesetzes erteilt bzw. verfügt werden, sind unverzüglich dem Landeshauptmann bekanntzugeben. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Bundesgesundheitsagentur (§§ 56a ff KAKuG) bekanntzugeben.

§ 22

Anstaltsordnung

(1) Der Rechtsträger einer Krankenanstalt hat eine Anstaltsordnung zu erlassen. Diese hat – soweit dies für die jeweilige Krankenanstalt zutrifft – jedenfalls zu enthalten:

- a) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen und/oder 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;
- b) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig 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 § 3c aufgenommen werden;
 - c) Regelungen betreffend die Leitung der in § 3a genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in § 3c genannten Betriebsformen;
 - d) Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
 - e) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen;
 - f) Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen, über die Organisation und Durchführung der Supervision (§ 38 Abs. 2) und über die Fortbildung der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen (§ 38 Abs. 3);
 - g) das von den Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beachtende Verhalten;
 - h) die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;
 - i) die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindenführhunde, Servicehunde und Signalhunde) und Therapiebegleithunden (§ 39a des Bundesbehindertengesetzes) aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist;
 - j) Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 3c).

(2) Die einzelnen Organisationseinheiten und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten. Sofern Betten für Pfléglinge 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.

(3) 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.

(4) Die Anstaltsordnung hat sicherzustellen, daß Patientenanwälte gemäß dem Unterbringungsgesetz, BGBl Nr 155/1990, 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. Diese Bestimmungen gelten nicht für militärische Krankenanstalten.

(5) Die Anstaltsordnung und jede Änderung derselben bedarf der Genehmigung der Landesregierung; dies gilt nicht für militärische Krankenanstalten. Die Genehmigung gemäß dem ersten Satz ist mit schriftlichem Bescheid zu erteilen. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die Anstaltsordnung den Vorschriften der Abs. 1 bis 4 widerspricht oder ihr Inhalt einen geordneten Betrieb der Anstalt nicht gewährleistet erscheinen lässt.

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Anstaltsordnung an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen. Überdies sind die Teile der Anstaltsordnung gemäß Abs. 1 lit. a, b, g und h in der Krankenanstalt für die Patienten sichtbar und zugänglich anzuschlagen.

§ 23

Patientenrechte

(1) Die Träger von Krankenanstalten haben Vorsorge zu treffen, dass im Rahmen des Betriebes entsprechend dem Anstaltszweck und dem jeweiligen Leistungsangebot sichergestellt wird, dass

- a) die Persönlichkeitsrechte der Patienten besonders geschützt werden und ihre Menschenwürde unter allen Umständen geachtet und gewahrt wird;
- b) Patienten aufgrund des Verdachtes oder des Vorliegens einer Krankheit nicht diskriminiert werden;
- c) für alle Patienten ohne Unterschied des Alters, des Geschlechts, der Herkunft, des Vermögens, des Religionsbekenntnisses, der Art und Ursache der Erkrankung, die zweckmäßigen und

angemessenen Leistungen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens rechtzeitig sichergestellt werden;

- d) Diagnostik, Behandlung und Pflege entsprechend dem jeweiligen Stand der Wissenschaften bzw. nach anerkannten Methoden erfolgen, wobei auch der Gesichtspunkt der bestmöglichen Schmerztherapie besonders beachtet wird;
- e) für den Fall, dass nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot eine dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaften entsprechende Versorgung nicht gewährleistet werden kann, sichergestellt wird, dass der Patient mit seiner Zustimmung in eine geeignete andere Krankenanstalt überstellt wird;
- f) auch in Mehrbeträumen durch angemessene bauliche oder organisatorische Maßnahmen eine ausreichende Wahrung der Intim- und Privatsphäre gewährleistet ist und insbesondere bei stationärer Aufnahme von Langzeitpatienten dafür gesorgt wird, dass eine vertraute Umgebung geschaffen werden kann;
- g) die Organisations-, Behandlungs- und Pflegeabläufe soweit wie möglich dem allgemein üblichen Lebensrhythmus angepasst sind;
- h) neben der Erbringung fachärztlicher Leistungen auch für allgemeine medizinische Anliegen des Patienten ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zur Verfügung steht sowie auf Wunsch des Patienten eine seelsorgerische Betreuung möglich ist und eine psychologische Unterstützung gewährt werden kann;
- i) im Rahmen der stationären Versorgung Besuche empfangen und sonstige Kontakte gepflogen werden können und über Wunsch des Patienten solche auch unterbleiben;
- j) von den Patienten Vertrauenspersonen (Bevollmächtigte) genannt werden können, die insbesondere bei einer nachhaltigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verständigen sind und denen in solchen Fällen auch außerhalb der Besuchszeit ein Kontakt zu ermöglichen ist;
- k) ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können, andererseits über Wunsch des Sterbenden Personen aber auch davon ausgeschlossen werden;
- l) Patienten im Vorhinein über mögliche Diagnose- und Behandlungsarten sowie deren Risiken und über die sie voraussichtlich treffenden Kosten aufgeklärt und sie aktiv an den Entscheidungsprozessen, die ihren Gesundheitszustand betreffen, beteiligt werden;
- m) Patienten über ihren Gesundheitszustand, über die erforderliche Mitwirkung bei der Behandlung sowie eine therapieunterstützende Lebensführung in entsprechender Weise aufgeklärt werden;
- n) Patienten im Vorhinein die Möglichkeit eröffnet wird, Willensäußerungen abzugeben, durch die sie für den Fall des Verlustes ihrer Handlungsfähigkeit den Wunsch des Unterbleibens einer Behandlung oder von bestimmten Behandlungsmethoden zum Ausdruck bringen können, damit bei künftigen medizinischen Entscheidungen entsprechend darauf Bedacht genommen werden kann;
- o) gesundheitsbezogene Daten sowie sonstige Umstände, die aus Anlass der Erbringung von Leistungen im Bereich des Gesundheitswesens bekannt werden und an denen Patienten ein Geheimhaltungsinteresse haben, geschützt werden, wobei Ausnahmen nur in den im Datenschutzgesetz vorgesehenen Fällen zulässig sind und Auskunfts- und Richtigstellungsrechte auch für Daten vorgesehen werden, die nicht automationsunterstützt verarbeitet werden sowie die Verwendung personenbezogener Daten für medizinische Forschungszwecke der ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen bedürfen, wobei besonders zu achten ist, dass die aus dem Grundrecht auf Datenschutz erfließenden Rechte des Betroffenen gewahrt werden;
- p) Patienten Informationen über die ihnen zustehenden Rechte erhalten, sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben können;
- q) die Heranziehung von Patienten zu klinischen Prüfungen und zu Forschungs- und Unterrichtszwecken nicht ohne deren ausdrückliche Zustimmung, die jederzeit widerrufen werden kann, erfolgt;
- r) bei der stationären Versorgung von Minderjährigen eine altersgerechte Ausstattung der Krankenzimmer geboten wird und deren Aufklärung dem jeweiligen Entwicklungsstand entsprechend erfolgt sowie Vorsorge dafür getroffen wird, dass schulpflichtigen Kindern bei einem längeren stationären Aufenthalt nach Maßgabe schulrechtlicher Bestimmungen Unterricht erteilt werden kann.

(2) Die Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten sind verpflichtet, ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle

invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Als Kriterien für die Reihung der Wartezeiten dürfen neben dem Anmeldezeitpunkt nur medizinische und soziale Gründe herangezogen werden. Aus der Warteliste hat die Gesamtzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkten Patienten und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Patienten ersichtlich zu sein.

(3) Den für einen Eingriff vorgemerkten Personen ist auf ihr Verlangen Einsicht in die Warteliste zu geben oder sie sind über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Wege zu ermöglichen.

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

(5) Der Träger der Krankenanstalt hat Patienten auf Nachfrage über die Haftpflichtversicherung nach § 15a zu informieren.

§ 24

Qualitätssicherung

(1) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission zur Qualitätssicherung unter dem Vorsitz des Leiters des ärztlichen Dienstes einzurichten. Dieser Kommission haben mindestens je ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören.

(2) Aufgabe der Kommission nach Abs. 1 ist es, Maßnahmen zur fortlaufenden Qualitätssicherung zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherungsvorschläge zu fördern und die Krankenhausleitung (§ 25), in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung, die zur Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahmen jeweils Verantwortlichen zu beraten.

(3) Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, daß die Qualität der Krankenhausleistungen gesichert und fortlaufend optimiert wird. Sie haben die Voraussetzungen für die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die kollegiale Führung, in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung, durch die jeweiligen Verantwortlichen zu schaffen. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen haben die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu umfassen; sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten möglich sind und überregionale Belange ausreichend berücksichtigt werden. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(4) Die Träger von Krankenanstalten, ausgenommen von militärischen Krankenanstalten, sind verpflichtet, 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 sie nicht ohnehin aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind. Weiters sind die Träger dieser Krankenanstalten verpflichtet, an regelmäßigen sektorenübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen.

§ 25

Krankenanstaltenleitung

(1) Der ärztliche Leiter (§ 26), der Verwaltungsleiter (§ 35) und der Leiter des Pflegedienstes (§ 37) einer Krankenanstalt besorgen die Krankenanstaltenleitung kollegial. Sie haben Angelegenheiten von allgemeiner oder grundsätzlicher Bedeutung gemeinsam zu besprechen und die erforderlichen Entscheidungen in dieser Angelegenheit gemeinsam zu fällen. Der Vorsitz in der Krankenanstaltenleitung wechselt halbjährlich in der im ersten Satz enthaltenen Reihenfolge. Die Krankenanstaltenleitung hat insbesondere für umfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen im Betrieb der jeweiligen Krankenanstalt Sorge zu tragen. Weiters haben sie Vorsorge für die Bewältigung außergewöhnlicher Umstände, wie beispielsweise einen Massenansturm von Patienten im Katastrophenfalle, zu treffen und Evakuierungs- und Verhaltenspläne bei technischen Notfällen oder Hochrisikoinfektionen in der Anstalt, welche mit dem Landessanitätskatastrophenplan abzustimmen sind, vorzubereiten. Die den Mitgliedern der Krankenanstaltenleitung nach diesem Gesetz jeweils zukommenden Aufgaben dürfen dadurch nicht beeinträchtigt werden.

(2) Im Falle der Dienstabwesenheit einer der im Abs. 1 genannten Personen tritt der Stellvertreter an deren Stelle. Falls kein ständiger Stellvertreter bestellt ist, ist ein solcher für die Dauer der Dienstabwesenheit zu bestellen.

(3) Abs. 1 und 2 gelten nicht für den Betrieb militärischer Krankenanstalten.

§ 26

Ärztlicher Dienst

(1) Der ärztliche Dienst darf in Krankenanstalten nur von Personen versehen werden, die zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind.

(2) Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben (ärztlicher Leiter) zu bestellen. Jedenfalls in Schwerpunktkrankenhäusern ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Anstalt in Wirtschaftsangelegenheiten bleibt unberührt (§ 35).

(3) Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muß dieser durch einen geeigneten Arzt vertreten werden. Der Vertreter ist der Landesregierung namhaft zu machen.

(4) Für Pflegeanstalten für chronisch Kranke kann die Landesregierung vom Erfordernis der Bestellung eines ärztlichen Leiters Nachsicht erteilen, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist.

(5) Mit der Führung von Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Instituten für Pathologie von Krankenanstalten dürfen nur Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn aber ein Sonderfach nicht besteht, nur fachlich qualifizierte Ärzte betraut werden.

(6) Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie, in denen ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonstigen Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, müssen unter der ärztlichen Leitung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen. Dies gilt dann nicht, wenn diese Sonderkrankenanstalten in Abteilungen untergliedert sind und jene Abteilung, in der ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonstigen Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie steht.

(6a) Sofern bestehende Abteilungen der medizinischen Sonderfächer Orthopädie und Unfallchirurgie zu einer Abteilung des medizinischen Sonderfaches 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 Sonderfaches tätig sind.

(7) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters des Institutes für Pathologie einer Krankenanstalt, deren Träger nicht das Land ist, bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Eine solche Genehmigung ist vor Dienstantritt des Arztes einzuholen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Bestellung den Vorschriften der Abs. 1, 2 und 5 entspricht.

(8) Die Landesregierung hat eine nach Abs. 7 erteilte Genehmigung zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen hierfür weggefallen sind, deren Nichtvorhandensein nachträglich hervorkommt oder die in Betracht kommenden Ärzte sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen ihre Pflicht schuldig gemacht haben.

(9) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind Abs. 3 letzter Satz und Abs. 6 bis 8 nicht anzuwenden.

§ 27

Ausbildungsstellen

(1) Die Träger von Krankenanstalten, die über den Kärntner Gesundheitsfonds abgerechnet werden, sind verpflichtet, entsprechend dem ausgewiesenen Leistungsspektrum sicherzustellen, dass dem künftigen Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin entsprechend eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung steht.

(2) In Sonderkrankenanstalten gilt die Verpflichtung nach Abs. 1 nur hinsichtlich jener Bereiche, für die sie als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt in den im § 7 Abs. 2 des Ärztegesetzes 1998 genannten Gebieten anerkannt sind.

(3) Krankenanstalten desselben Rechtsträgers gelten für die Berechnung nach Abs. 1 und 2 als Einheit.

(4) Auf die Zahl der gemäß Abs. 1 und 2 zu beschäftigenden, in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte können in Ausbildung zum Facharzt stehende Ärzte angerechnet werden, sofern sie auf Ausbildungsstellen beschäftigt werden, die wegen des dringenden Bedarfes an Fachärzten der betreffenden Sonderfächer (Mangelfächer) nach dem 31. Dezember 1987 geschaffen wurden. Die Mangelfächer sind von der Landesregierung durch Verordnung zu bestimmen.

(5) Ärzte, die bereits in Ausbildung zum Facharzt eines durch Verordnung der Landesregierung bestimmten Mangelfaches stehen, können auch während der Absolvierung der erforderlichen Ausbildung in den hierfür einschlägigen Nebenfächern entsprechend angerechnet werden.

(6) Den Mitgliedern der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Kärnten 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 die Ausbildung der Turnusärzte betreffen. Weiters sind ihnen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 27a

Leitung von Zahnambulatorien

(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 Berufes 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 Berufes berechtigt sind, versehen werden.

(3) Die Bestellung des verantwortlichen Leiters eines Zahnambulatoriums bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die in Betracht kommenden Zahnärzte bzw. Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs. 1 und 2 vorgesehenen Bedingungen entsprechen. Eine solche Genehmigung ist bei der Errichtung eines Zahnambulatoriums gleichzeitig mit der Bewilligung zum Betrieb und sonst vor Dienstantritt des Zahnarztes bzw. Arztes zu erteilen.

(4) Die Landesregierung hat eine im Sinne des Abs. 3 erteilte Genehmigung zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen hierfür entfallen sind, deren Nichtvorhandensein nachträglich hervorkommt oder die in Betracht kommenden Zahnärzte bzw. Ärzte sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen ihre Pflichten schuldig gemacht haben.

(5) Abs. 3 und 4 sind auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten nicht anzuwenden.

§ 28

Krankenhaustygieniker

(1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaustygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Für jedes Zahnambulatorium ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaustygieniker) 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, wobei auch für mehrere Anstalten gemeinsam ein Krankenhaustygieniker (Hygienebeauftragter) bestellt werden kann, wenn dies aufgrund der Größe, des Leistungsangebotes und der räumlichen Entfernung gleichzeitig bewältigbar ist. Die Bestellung ist der Landesregierung unter Anschluss von Nachweisen über die erforderliche Aus- und Weiterbildung, das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung und die Stellung des Krankenhaustygienikers innerhalb der Krankenanstalt anzuzeigen. Die Bestellung ist zulässig, wenn sie die Landesregierung nicht binnen drei Monaten, gerechnet vom

Eingang der Anzeige und der geforderten Nachweise, wegen Widerspruchs zu den gesetzlichen Anforderungen untersagt.

(2) Die fachliche Eignung des Hygienebeauftragten ist durch eine mehrjährige Tätigkeit in einem Hygieneinstitut oder in einer bundesstaatlichen bakteriologisch-serologischen Untersuchungsanstalt oder durch eine einschlägige postpromotionelle Aus- und Weiterbildung nachzuweisen.

(3) In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers (Hygienebeauftragten), mindestens eine qualifizierte Person des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit jedenfalls in Schwerpunktkrankenanstalten hauptberuflich auszuüben. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(4) In bettenführenden Krankenanstalten bilden der Krankenhaushygieniker (Hygienebeauftragter), die Hygienefachkraft und allfällige weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nicht ärztlichen Dienstes der Krankenanstalt das Hygieneteam. Aufgabe des Hygieneteams ist insbesondere die Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und die Obsorge für sich daraus ergebende Maßnahmen, die der Gesunderhaltung der Patienten und der Anstaltsbediensteten 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 bei 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 konkret Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten. Werden die erforderlichen Maßnahmen nicht innerhalb angemessener Zeit umgesetzt, hat das Hygieneteam diesen Umstand der Landesregierung anzuzeigen, die erforderlichenfalls dem Rechtsträger der Krankenanstalt die Beseitigung hygienischer Missstände aufzutragen hat.

(4a) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patienten indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

(5) 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.

§ 29

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 medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen zu bestellen (Technischer Sicherheitsbeauftragter). Die Bestellung ist, ausgenommen bei militärischen Krankenanstalten, der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat die medizinischtechnischen Geräte 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 (§ 26) und der Verwalter (§ 35) 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, im Fall von militärischen Krankenanstalten mit den Präventivdiensten nach dem 7. Abschnitt des Bundes-Bedienstetenschutzgesetzes, zusammenzuarbeiten.

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

§ 30

Ethikkommission

(1) Die Träger von Krankenanstalten haben in ihren Krankenanstalten, wenn sie mehrere betreiben, für alle gemeinsam, zur Beurteilung

- a) klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten,
- b) der Anwendung neuer medizinischer Methoden und Nicht-interventioneller Studien,
- c) angewandter medizinischer Forschung, und
- d) der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden

eine Ethikkommissionen einzurichten.

Es können auch mehrere Rechtsträger für die von ihnen betriebenen Krankenanstalten eine gemeinsame Ethikkommission einrichten. Die Rechtsträger sind dazu verpflichtet, durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung, der Ethikkommission zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen. Sie sind berechtigt, von einem allfälligen Sponsor oder einem sonst zur Befassung Berechtigten oder Verpflichteten einen Kostenbeitrag entsprechend der erfahrungsgemäß im Durchschnitt erwachsenden Kosten einer Beurteilung im Rahmen einer klinischen Prüfung zu verlangen.

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

- a) einem im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt, der weder ärztlicher Leiter in den zugehörigen Krankenanstalten noch Prüfer bzw. klinischer Prüfer ist;
- b) einem Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt, oder gegebenenfalls einem Zahnarzt (die nicht Prüfer sind), und gegebenenfalls einem sonstigen entsprechenden Angehörigen eines Gesundheitsberufes;
- c) einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege;
- d) einem Juristen und einem Pharmazeuten;
- e) dem Patientenanwalt (LGBl. Nr. 53/1990);
- f) je einem vom Dachverband für Selbsthilfeorganisationen namhaft gemachten Vertreter der organisierten Behinderten und chronisch Kranken;
- g) einem Vertreter der Senioren, welcher einer Seniorenorganisation, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz entspricht, anzugehören hat;
- h) einer weiteren nicht unter lit. a bis g fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Aufgaben in einer Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt;
- i) einer Person, die über biometrische Expertise verfügt.

Lit. f und g gelten nicht für den Betrieb militärischer Krankenanstalten.

(3) Für jedes Mitglied der Ethikkommission ist - hinsichtlich Abs. 2 lit. e über Vorschlag des Patientenanwaltes - ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen, der das Mitglied im Falle seiner Verhinderung zu vertreten hat.

(4) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Ethikkommissionen sind in Wahrnehmung ihrer Aufgaben weisungsfrei. Die Landesregierung hat das Recht, sich über allgemeine Gegenstände aus dem Aufgabenbereich der Ethikkommissionen zu unterrichten. Die Ethikkommissionen sind verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte, soweit es sich nicht um individuelle Daten zu konkreten Studien handelt, zu erteilen.

(5) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung der Landesregierung, sofern nicht die Ethikkommission in einer militärischen Krankenanstalt betroffen ist. Die Landesregierung hat die Geschäftsordnung zu genehmigen, wenn sie nicht den gesetzlichen Bestimmungen über die Ethikkommission widerspricht.

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

- a) mitwirkende Personen und vorhandene Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),

- b) den Prüfplan im Hinblick auf die Zielsetzung und die wissenschaftliche Aussagekraft sowie die Beurteilung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses,
- c) die Art und Weise, in der die Auswahl der Versuchspersonen durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen,
- d) die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadensfalles im Zusammenhang mit der klinischen Prüfung oder der Anwendung einer neuen medizinischen Methode getroffen werden.

(7) Neue medizinische Methoden im Sinne des Abs. 1 sind Methoden, die aufgrund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und der angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der medizinischer Erfahrung die Annahme rechtfertigen, daß davon 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 jener Organisationseinheit zu erfolgen, in deren Bereich diese neue Methode angewendet werden soll.

(7a) 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 von Pflegeforschungsprojekten 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.

(8) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist jedenfalls ein technischer Sicherheitsbeauftragter (§ 29) 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.

(8a) 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.

(8b) Die Mitglieder der Ethikkommission haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie gegenüber dem Träger 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.

(8c) 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.

(9) Über jede Sitzung der Ethikkommission ist ein Protokoll anzufertigen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter 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 -methode 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 und die für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen sind in der für Krankengeschichten gemäß § 34 Abs. 5 vorgesehenen Weise aufzubewahren.

§ 30a

Kinder- und Opferschutzgruppen

(1) Die Träger von Krankenanstalten, die über eine Organisationseinheit zur Versorgung von Kindern verfügen, haben in diesen Krankenanstalten eine Kinderschutzgruppe einzurichten. Ihr obliegen insbesondere die Früherkennung von Gewalt an oder der 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. Soweit eine Wahrnehmung der Aufgaben dadurch nicht beeinträchtigt wird, können auch Kinderschutzgruppen für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls als Vertreter des ärztlichen Dienstes ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie, Vertreter des Pflegedienstes und

Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind, anzugehören. Die Kinderschutzgruppe kann gegebenenfalls auch im Einzelfall beschließen, einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen, der insoweit den Verschwiegenheitspflichten nach § 32 unterliegt.

(3) Die Träger der nach ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten sind verpflichtet Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten. Soweit eine Wahrnehmung der Aufgaben dadurch nicht beeinträchtigt wird, können auch Opferschutzgruppen für mehrere Krankenanstalten gemeinsam eingerichtet werden. Den Opferschutzgruppen obliegen insbesondere die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt.

(4) Der Opferschutzgruppe haben jedenfalls zwei Vertreter des ärztlichen Dienstes, die bei einem entsprechenden Leistungsangebot Vertreter der Sonderfächer Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu sein haben, anzugehören. Im Übrigen haben der Opferschutzgruppe Angehörige des Pflegedienstes und Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind, anzugehören.

(5) Von der Einrichtung einer Opferschutzgruppe kann abgesehen werden, wenn die Kinderschutzgruppe unter Beachtung der personellen Vorgaben von Abs. 4 auch die Aufgaben der Opferschutzgruppe nach Abs. 3 erfüllen kann. Anstelle einer Opferschutzgruppe und einer Kinderschutzgruppe kann auch eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden, die unter Beachtung der personellen Vorgaben der Abs. 2 und 4 sowohl die Aufgaben nach Abs. 1 als auch nach Abs. 3 wahrnimmt.

§ 30b

Blutdepot

(1) Bettenführende Krankenanstalten haben über ein Blutdepot zu verfügen, das der Lagerung und Verteilung von Blutbestandteilen sowie der Durchführung der Kompatibilitätstests für krankenhausinterne Zwecke dient. 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) Insoweit damit eine aus medizinischer Sicht ausreichende Versorgung der betreffenden Krankenanstalt gewährleistet ist, kann von der Errichtung eines Blutdepots in einer Krankenanstalt abgesehen werden, wenn für diese ein Blutdepot, das den Anforderungen des Abs. 1 entspricht, außerhalb der Krankenanstalt eingerichtet ist.

(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 Wissenschaft zu bringen.

(4) Der Träger 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 Wissenschaft lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transfusionskette, soweit dies in den Aufgabenbereich des Blutdepots fällt, sicherzustellen. Die Dokumentation ist durch mindestens 30 Jahre aufzubewahren.

(5) Die Lagerung und die Verteilung von Blut- und Blutbestandteilen durch Blutdepots hat den Anforderungen des Anhanges IV der Richtlinie 2004/33/EG der Kommission vom 22. März 2004 zur Durchführung 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 menschlichen Blut- und Blutbestandteilen zu entsprechen.

§ 30c

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.

§ 31

Erste Hilfe und ärztliche Behandlung

(1) Unbedingt notwendige Erste ärztliche Hilfe darf in Krankenanstalten niemandem verweigert werden.

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

- a) in der Krankenanstalt muß ärztliche Hilfe jederzeit sofort erreichbar sein;
- b) in Standardkrankenanstalten muß im Nacht- sowie Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Anstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin oder Unfallchirurgie gewährleistet und eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweils sonst in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein; in diesen Sonderfächern muß während der Zeit der Rufbereitschaft von Fachärzten die Anwesenheit eines in Ausbildung zum betreffenden Sonderfach befindlichen Turnusarztes oder eines sonstigen zur selbständigen Berufsausübung befugten Arztes gewährleistet sein, die bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen; während des sonstigen Dienstbetriebes müssen Fachärzte aller in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt ständig anwesend sein;
- c) in Schwerpunktkrankenanstalten und in Standardkrankenanstalten mit mehr als 500 Betten muß, sofern derartige Abteilungen eingerichtet sind, jedenfalls in Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie sowie Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches ständig anwesend sein; in den sonstigen Abteilungen und Organisationseinheiten kann im Nachtsowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der betreffenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn für diese Abteilungen und Organisationseinheiten eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; in diesen Sonderfächern muß während der Zeit der Rufbereitschaft von Fachärzten die Anwesenheit eines in Ausbildung zum betreffenden Sonderfach befindlichen Turnusarztes oder eines sonstigen zur selbständigen Berufsausübung befugten Arztes gewährleistet sein, die bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen;
- d) in Zentralkrankenanstalten müssen Fachärzte aller in Betracht kommenden Sonderfächer in der gebotenen Anzahl ständig anwesend sein; in Betracht kommende Sonderfächer sind über die in lit. c genannten hinaus jene, in denen in Hinblick auf ein akutes Komplikationsmanagement eine fachärztliche Anwesenheit erforderlich ist. 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;
- e) in Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, 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 Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz und für Heilmasseure nach dem MMHmG sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und Personal nach dem MABG und MTF-SHD-G gewährleistet ist;
- f) die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Zahnärzte müssen sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können;
- g) in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, muß die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet sein;
- h) 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 für Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer eingerichtet ist;
- i) in dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß lit. b, c und h sinngemäß; außerhalb der Betriebszeiten kann von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Pfléglinge durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist;

- j) 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;
- k) in Sonderkrankenanstalten müssen während des Dienstbetriebes Fachärzte aller in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt ständig anwesend sein; dies gilt nicht im Nacht- sowie Wochenend- und Feiertagsdienst, wenn der Träger der Krankenanstalt eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Anstalt anwesenden Arzt im Sinne des § 40 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 bei gleichzeitiger Rufbereitschaft je eines Facharztes aller in Betracht kommenden Sonderfächer gewährleistet.

(2a) Befinden sich am gleichen Standort zwei Krankenanstalten, 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 Sonderfächern gemäß Abs. 2 lit. b und c 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 im Wege der Landesregierung 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 Sonderfächer gemäß Abs. 2 lit. b und c 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.

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

(4) Die Träger der Krankenanstalten haben die Einholung der Einwilligung des Patienten in die medizinische Behandlung sicherzustellen und dafür zu sorgen, dass die Aufklärung im gebotenen Maß erfolgen kann.

(5) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind Abs. 1 sowie Abs. 2 lit. b bis e und h bis k nicht anzuwenden.

§ 32

Verschwiegenheitspflicht

(1) Für die bei Trägern von Krankenanstalten und in Krankenanstalten beschäftigten oder in Ausbildung stehenden Personen und für die Mitglieder einer Ethikkommission (§ 30) oder der Ausbildungskommission (§ 27 Abs. 6) besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit erstreckt sich auf alle den Gesundheitszustand betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Patienten, die ihnen in Ausübung ihres Berufes oder im Zusammenhang mit ihrer Ausbildung bekannt geworden sind. Bei der Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation erstreckt sich die Verschwiegenheitspflicht auch auf die Person des Spenders und des Empfängers.

(2) Durchbrechungen der Verschwiegenheitspflicht bestimmen sich nach den dienst- oder berufsrechtlichen Vorschriften. Im Übrigen besteht die Verschwiegenheitspflicht nicht, wenn die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt durch höherwertige Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist oder wenn sie zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen von Sozialhilfeträgern notwendig ist.

(3) Der Rechtsträger einer Krankenanstalt hat den in der Krankenanstalt beschäftigten oder in Ausbildung stehenden Personen die Bestimmungen des § 32 nachweislich zur Kenntnis zu bringen und sie auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht nach § 84 Abs. 2 aufmerksam zu machen.

§ 33

Administrative Patientenerfassung

(1) In jeder Krankenanstalt sind über die Aufnahme von Personen in die Anstaltspflege und die Entlassung Vormerke im Rahmen einer administrativen Patientenerfassung zu führen, sowie im Falle der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten und bei der Aufnahme nach § 52 Abs. 1 letzter Satz die jeweils dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren.

(2) In der administrativen Patientenerfassung sind die Patienten jedenfalls unter fortlaufenden Nummern mit Vor- und Zunamen (Geburtsnamen), der Geburtsdaten und dem Geburtsort, bei nicht eigenberechtigten Personen auch unter Angabe des Vor- und Zunamens, der Wohnanschrift ihres gesetzlichen Vertreters, ansonsten Name und Wohnanschrift des nächsten Angehörigen, das Religionsbekenntnis, sowie der Aufnahme- und der Entlassungstag, gegebenenfalls der Todestag und die Todesursache einzutragen und jene Personen und Stellen, die von besonderen Vorfällen zu verständigen sind, festzuhalten.

§ 34

Krankengeschichten und sonstige Vormerkungen

(1) Für jeden Patienten ist eine Krankengeschichte anzulegen, in welcher darzustellen sind:

1. Die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese),
2. der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens),
3. der Krankheitsverlauf (decursus morbi),
4. Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Medikation (Name, Dosis und Darreichungsform), bei der Anwendung von Arzneispezialitäten, die der Chargenfreigabe bedürfen, auch die Angabe der zur Identifizierung dieser Arzneispezialitäten und der jeweiligen Chargen erforderlichen Daten,
5. sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste,
6. wesentlicher Inhalt der ärztlichen Aufklärung des Patienten und
7. der Zustand des Patienten zur Zeit seines Abganges aus der Anstalt.

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

(3) Die Führung der Krankengeschichte obliegt mit Ausnahme der Darstellung der gemäß Abs. 1 Z 5 erbrachten Leistungen dem behandelnden Arzt oder Zahnarzt; die Darstellung der nach Abs. 1 Z 5 erbrachten Leistungen, der hierfür verantwortlichen Person. Die für die Führung der Krankengeschichte Verantwortlichen und der ärztliche Leiter der zuständigen Abteilung haben sie zu fertigen.

(4) Die Verwahrung der Krankengeschichten hat derart zu erfolgen, daß eine mißbräuchliche Kenntnisnahme ihres Inhaltes verläßlich ausgeschlossen wird.

(4a) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind ermächtigt, die Verarbeitung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen - dies auch mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung - solchen Dienstleistern zu überlassen, die die Kriterien der Abs. 4 und 5 erfüllen. Für die Dienstleister, denen die Verarbeitung übertragen wurde, und die bei ihnen beschäftigten Personen besteht Verschwiegenheitspflicht im Umfang des § 32. Diese Dienstleister haben die bei ihnen Beschäftigten vor Aufnahme ihrer Tätigkeit ausdrücklich auf diese Verpflichtung hinzuweisen. Weitergaben von personenbezogenen Daten durch diese sind nur an Ärzte oder Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung der Betroffene steht, und nur sofern ein Auftrag jener Krankenanstalt vorliegt, die die Krankengeschichte oder die sonstige Vormerkung angelegt hat.

(5) Nach ihrem Abschluss sind Krankengeschichten mindestens 30 Jahre - allenfalls in Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder auf anderen gleichwertigen Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss - aufzubewahren. Röntgenbilder, Videoaufnahmen, EEG-Kurven, Polysomnogramme und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren materialbedingte Veränderungen bewirken, dass ihnen über ihren Informationsgehalt nicht 30 Jahre hindurch Beweiskraft zukommt, sowie Krankengeschichten aus ausschließlich ambulanter Behandlung sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren. Krankengeschichten, die nach Ablauf der vorgesehenen Frist ausgeschieden werden sollen, sind unter Aufsicht sorgfältig zu vernichten. Im Falle der Auflösung einer Krankenanstalt

sind die Krankengeschichten der Bezirksverwaltungsbehörde zur Aufbewahrung während der vorgesehenen Frist zu übergeben.

(6) Abschriften (Kopien) von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten sind auf Verlangen den Gerichten und den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, kostenlos zu übermitteln. Das Vorliegen der öffentlichen Interessen ist bei der Anforderung anzuführen. Ferner sind mit der Aufnahmezahl den Sozialversicherungsträgern und den Organen des Landesgesundheitsfonds bzw. den von diesem beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten, Zahnärzten oder Krankenanstalten über Aufforderung kostenlos sowie mit dem Auftrag des Weitergabeverbotes Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspatienten zur Verfügung zu stellen. Mit Zustimmung des Patienten sind Abschriften (Kopien) von Krankengeschichten auch dem Patientenanwalt kostenlos zur Verfügung zu stellen. Krankheitsspezifische nicht anonymisierte Daten dürfen nur mit Zustimmung des Patienten verwertet werden. Den aus diesem Absatz ableitbaren Verpflichtungen kann auch durch die Bereitstellung eines elektronischen Zuganges oder durch elektronische Übermittlung entsprochen werden.

(6a) Patienten sowie deren Vertreter, die mit einer ausdrücklich auf die Einsicht in die Krankengeschichte oder deren Ausfolgung Bezug nehmenden Vollmacht ausgestattet sind, haben das Recht auf Einsichtnahme in oder auf die Ausfolgung einer Kopie der Krankengeschichte. Für die Herstellung von Kopien und deren allfälligen Versand darf ein angemessener Kostenersatz verlangt werden.

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

(8) Über die Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation sowie die Entnahme von Zellen oder Gewebe von Verstorbenen ist eine Niederschrift zur Krankheitsgeschichte aufzunehmen und gemäß Abs. 5 zu verwahren. In dieser Niederschrift hat der den Tod feststellende Arzt darzustellen, wie der Tod festgestellt wurde und wann dieser eingetreten ist. Der die Entnahme durchführende Arzt hat Angaben über die Entnahme, insbesondere die entnommenen Organe oder Organteile, und den Zeitpunkt der Durchführung, in die Niederschrift aufzunehmen. Die Niederschrift ist sowohl vom Arzt, der den Tod festgestellt hat, als auch von dem Arzt, der die Entnahme durchgeführt hat, zu unterfertigen. In der Krankengeschichte des Empfängers ist auf die Niederschrift über die Entnahme hinzuweisen.

(9) Bei der Führung der Krankengeschichte sind Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 Patientenverfügungsgesetz) des Patienten zu dokumentieren. Gleiches gilt für Erklärungen, mit denen ein Patient oder sein gesetzlicher Vertreter für den Todesfall eine Organspende ausdrücklich ablehnt.

(10) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch psychologischen, gesundheits-psychologischen und psychotherapeutischen Berufes und deren Hilfspersonal in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke im Sinne des Abs. 1 sowie der Aufzeichnungen gemäß § 33 Abs. 1 nicht geführt werden.

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

(12) Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 9 gelten für die Dokumentation und Aufbewahrung der nach dem Unterbringungsgesetz, BGBl Nr 155/1990, zu führenden Aufzeichnungen sinngemäß.

§ 34a

Datenerfassung

(1) Alle Daten von Patienten, die in Anstaltspflege genommen oder ambulant untersucht oder behandelt werden, unterliegen dem Datenschutz nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Daten von Patienten dürfen auch mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung, von der Krankenanstalt nur erhoben, gespeichert, verarbeitet und übermittelt werden, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben der Krankenanstalt, insbesondere im Sinne der Bestimmung der §§ 33 und 34 notwendig ist.

(3) Den betroffenen Personen ist auf ihr Verlangen von der Krankenanstalt darüber Auskunft zu geben, welche Daten über sie ermittelt, verarbeitet und gespeichert werden und an wen welche Daten

weitergegeben wurden. Soweit es sich um Daten handelt, die sich unmittelbar auf die Krankheit (Krankheitsbehandlung) beziehen, kann die Übermittlung von Daten auf Anordnung des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt oder eines von ihm beauftragten Arztes verweigert oder eingeschränkt werden, wenn durch diese Übermittlung der Fortgang des Behandlungsprozesses nachteilig beeinflusst werden kann. Der Patient hat einen Rechtsanspruch auf Berichtigung falscher Daten.

(4) Das medizinische Personal und das Verwaltungspersonal der Krankenanstalten und der Rechtsträger der Krankenanstalten dürfen auf Patientendaten insoweit zugreifen, als dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. Im Übrigen sind der Zugriff auf solche Daten und deren Weitergabe, sofern dadurch die betreffenden Personen identifiziert werden können, nur mit deren Zustimmung und nur dann gestattet, wenn kein öffentliches Interesse entgegensteht.

(5) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind ermächtigt, personenbezogene Daten von Patienten zu Zwecken der Ausbildung an Ausbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe zu übermitteln. Die Übermittlung darf nur im erforderlichen Ausmaß und mit den gelindesten zur Verfügung stehenden Mitteln erfolgen.

§ 35

Wirtschaftsführung

(1) Für jede Krankenanstalt sind eine hierfür geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten (Verwaltungsleiter) und das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen. Für die Ausbildung und Weiterbildung der in der Krankenanstaltsverwaltung und -leitung tätigen Personen ist durch den Rechtsträger der Krankenanstalt Vorsorge zu treffen. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Anstalt gegenüber seinen Organen wird dadurch nicht berührt.

(2) Falls der Verwaltungsleiter nicht gleichzeitig auch ärztlicher Leiter der Krankenanstalt ist, hat der Träger der Krankenanstalt sein Aufgabengebiet genau abzugrenzen. Eine Verantwortung für das gesundheitliche Wohl der Patienten darf ihm nicht übertragen werden.

§ 36

Wirtschaftsaufsicht

(1) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungs- oder zum Betriebsaufwand oder sonstige Zahlungen durch das Land Kärnten oder durch den Kärntner Gesundheitsfonds erhalten, unterliegen der Wirtschaftsaufsicht durch die Landesregierung und durch den Kärntner Gesundheitsfonds nach Maßgabe der Abs. 2 bis 5.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten nach Abs. 1 haben

1. ihr Vermögen durch genaue Inventare in ständiger Übersicht zu halten und Aufzeichnungen über ihre Einnahmen und Ausgaben zu führen, aus denen die für den Betrieb der Krankenanstalt auflaufenden Kosten sowie deren Zuordnung zu den einzelnen Kostenstellen ersichtlich sind;
2. ihre Verwaltungs- und Wirtschaftsführung einfach und sparsam zu halten und Auslagen zu vermeiden, die nicht durch die Erhaltung der Krankenanstalt, die Fortführung des Betriebes und die Leistungen an die Patienten unbedingt geboten sind;
3. den Voranschlag unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Rechnungsabschlusses des Vorjahres, der Voranschlagsansätze des laufenden Gebarungsjahres und unter Bedachtnahme auf die Entwicklung der Krankenanstalt zu erstellen; dieser hat sämtliche Ausgaben, die für den ordentlichen Betrieb und die Erhaltung der Anstalt erforderlich sind, und alle aus dem laufenden Betrieb erwarteten Einnahmen zu enthalten;
4. im Wege des Kärntner Gesundheitsfonds der Landesregierung jährlich bis längstens 30. September Voranschläge und Dienstpostenpläne für das folgende Jahr und bis längstens 30. April oder, wenn der Rechtsträger eine Kapitalgesellschaft ist, bis längstens 30. Juni des dem Gebarungsjahr nachfolgenden Jahres Rechnungsabschlüsse zur Genehmigung vorzulegen; die nachträgliche Genehmigung der Überschreitung einzelner Ansätze des Voranschlages ist anlässlich der Vorlage des Rechnungsabschlusses zu beantragen;
5. den nach Z 4 in Verbindung mit Abs. 3 genehmigten Voranschlag der Gebarung der Krankenanstalt zu Grunde zu legen, sofern die Landesregierung nicht die Einhaltung eines Voranschlagsprovisoriums gemäß Abs. 4 aufgetragen hat;
6. Verträge, die sie nach § 148 Z 10 ASVG abschließen, bei sonstiger Rechtsunwirksamkeit durch die Landesregierung genehmigen zu lassen, wenn der Rechtsträger der Krankenanstalt nicht das Land ist;

7. den mit der Handhabung der Wirtschaftsaufsicht betrauten und ausgewiesenen Mitarbeitern der Geschäftsstelle des Kärntner Gesundheitsfonds jederzeit Zutritt zu allen Räumen, Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt und Einsicht in alle sie betreffenden Aufzeichnungen zu gewähren sowie ihnen alle verlangten Auskünfte über die Krankenanstalt zu erteilen und ihnen von den eingesehenen Unterlagen Abschriften und Kopien herstellen zu lassen.

(3) Der Kärntner Gesundheitsfonds hat die nach Abs. 2 Z 4 vollständig vorgelegten Voranschläge, Dienstpostenpläne und Rechnungsabschlüsse in finanzieller und betriebswirtschaftlicher Hinsicht nach Maßgabe des Abs. 2 Z 1 bis 3 zu prüfen und unter Anschluss einer Darstellung des Prüfungsergebnisses an die Kärntner Landesregierung weiterzuleiten. Die Landesregierung hat einen Voranschlag, Dienstpostenplan oder Rechnungsabschluss zu genehmigen, wenn dieser den Vorschriften des Abs. 2 Z 1 bis 3 entspricht. Die nachträgliche Genehmigung der Überschreitung einzelner Ansätze des Voranschlages anlässlich der Vorlage des Rechnungsabschlusses ist zu erteilen, wenn die Überschreitung im Interesse einer ordnungsgemäßen Abwicklung des laufenden Betriebes notwendig wurde.

(4) Wird der Voranschlag nicht oder nicht rechtzeitig eingebracht oder kann er aus einem sonstigen Grunde nicht rechtzeitig genehmigt werden, hat die Landesregierung der Krankenanstalt aufzutragen, als Richtlinie für die monatliche Gebarung ein Zwölftel der Ansätze des vorjährigen Voranschlages zu verwenden (Voranschlagsprovisorium).

(5) Die Verträge nach Abs. 2 Z 6 sind innerhalb von sechs Wochen nach ihrem Abschluss der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder der Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 2 Z 6 ist zu erteilen, wenn der Vertrag nicht gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht innerhalb von zwei Monaten die Genehmigung schriftlich versagt.

(6) Die Abs. 1 bis 5 gelten für die Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft hinsichtlich der von ihr geführten Landeskrankenanstalten nur insoweit, als das Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetz nicht Abweichendes vorschreibt.

§ 37

Pflegedienst

(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist ein geeigneter Angehöriger der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, insbesondere Schwerpunktkrankenanstalten, ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben.

(2) Bei Verhinderung muss für eine Vertretung durch einen geeigneten Angehörigen der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege gesorgt werden.

(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 Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes - AÜG, so ist das in § 35 Abs. 2 Z 1 und im § 90 Abs. 2 Z 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten. Dies gilt nicht für militärische Krankenanstalten.

§ 38

Personalplanung, Supervision, Fortbildung

(1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten sind dazu verpflichtet, jährlich den Personalbedarf, bezogen auf die in den Krankenanstalten tätigen Berufsgruppen sowie auf die einzelnen Organisationseinheiten zu ermitteln. Die Personalplanung (zB Personalbedarfsermittlung, Personaleinsatz und Dienstpostenplan) ist von hiefür fachlich geeigneten Personen wahrzunehmen. Der Rechtsträger hat jährlich der Landesregierung über die Personalplanung einen Bericht zu erstatten. Diese Bestimmungen gelten nicht für den Betrieb militärischer Krankenanstalten.

(2) Die Träger von Krankenanstalten haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß die in einer Krankenanstalt beschäftigten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision, die durch fachlich qualifizierte Personen auszuüben ist, geboten wird. In der Anstaltsordnung ist für die Festlegung der geeigneten Maßnahmen, des erforderlichen Ausmaßes und des betroffenen Personenkreises nach Maßgabe und Beurteilung des Anstaltszweckes, des Leistungsangebotes der Anstalt, sowie der eine berufsbegleitende Supervision bedingenden entsprechenden Belastung unter Berücksichtigung bestehender Ressourcen und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Anstalt Vorsorge zu treffen.

(3) Die Träger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, daß den in den Krankenanstalten tätigen Ärzten (§ 31 Abs. 2 lit. c) und den Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, den Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie dem übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personal nach Maßgabe der betrieblichen Erfordernisse, dem Leistungsangebot der einzelnen Anstalten sowie dem Kenntnisstand der Medizin, der Krankenpflege und der Gesundheitsvorsorge im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Fortbildung geboten wird.

§ 39

Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung

(1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten haben für eine ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung der Patienten durch einen Gesundheitspsychologen oder klinischen Psychologen im Sinne des Psychologengesetzes 2013, und eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiete der Psychotherapie durch nach dem Psychotherapiegesetz, BGBI Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechnete Personen Sorge zu tragen.

(2) Vereinbarungen von zwei oder mehreren Krankenanstaltenträgern zur gemeinsamen Erfüllung der Verpflichtung nach Abs. 1 sind zulässig, solange eine ausreichende Versorgung gesichert erscheint.

§ 40

Verbot unsachlichen Wettbewerbs

Den Trägern einer Krankenanstalt ist es untersagt, selbst oder durch andere physische oder juristische Personen unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu geben.

III. Abschnitt

Öffentliche Krankenanstalten

§ 41

Begriffsbestimmung

Öffentliche Krankenanstalten sind Krankenanstalten der im § 2 Z 1 bis 3 bezeichneten Arten, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen worden ist.

§ 42

Öffentlichkeitsrecht

Das Öffentlichkeitsrecht kann einer dem Landes-Krankenanstaltenplan entsprechenden Krankenanstalt verliehen werden, wenn:

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

§ 43

Gemeinnützigkeit

Eine Krankenanstalt ist gemeinnützig, wenn:

- a) ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt,
- b) jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird (§ 52 Abs. 2),
- c) die Patienten so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, als es ihr Gesundheitszustand nach dem Ermessen des behandelnden Arztes erfordert,
- d) für die ärztliche Behandlung der Patienten einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand maßgeblich ist,

- e) das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt (LKF-Gebühren, Pflegegebühren) für alle Patienten derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutranke und für Langzeitbehandlung (§ 22 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie dem halbstationären Bereich (§ 22 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe festgesetzt ist,
- f) die Bediensteten der Krankenanstalt von den Patienten oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen und
- g) die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.

§ 44

Verleihung

(1) Das Öffentlichkeitsrecht wird von der Landesregierung verliehen. Die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes ist im Landesgesetzblatt kundzumachen.

(2) Bei Erweiterung einer öffentlichen Krankenanstalt durch Einrichtung einer neuen Abteilung, sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten oder eines neuen Ambulatoriums, bei ihrer Verlegung oder bei sonstigen erheblichen Veränderungen in ihrem Betrieb sind die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht erneut zu überprüfen.

§ 45

Sicherstellung der Krankenanstaltspflege

(1) Unter Bedachtnahme auf den Landes-Krankenanstaltenplan (§ 4) ist die Krankenanstaltenpflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 52 Abs. 3) entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten durch das Land oder durch Vereinbarung der Landesregierung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Hierbei ist darauf Bedacht zu nehmen, daß für anstaltsbedürftige, insbesondere unabweisbare Personen eine ausreichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse vorhanden ist und der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitversorgung sowie die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung berücksichtigt wird.

(2) Für Personen, die im Grenzgebiet zu einem benachbarten Bundesland wohnen, kann die Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden, daß diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Bundeslandes aufgenommen werden.

(3) (entfällt)

§ 46

Blutabnahme zur Bestimmung des Alkohol- oder Suchtgiftgehaltes des Blutes

Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt hat dem diensthabenden Arzt jene Einrichtungen zur Verfügung zu stellen, die zur Blutabnahme gemäß § 5 Abs. 4a, 8 und 10 der Straßenverkehrsordnung 1960, BGBl Nr 159.

§ 47

Angliederungsverträge

(1) Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Patienten der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederten Krankenanstalt) und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(2) Eine Genehmigung nach Abs. 1 ist zu erteilen, wenn

1. ein Bedarf nach Abschluß eines solchen Vertrages vorliegt,
2. die ärztliche Aufsicht der Hauptanstalt über ihre Patienten in der angegliederten Krankenanstalt gewährleistet ist,
3. die Beobachtung der für die Hauptanstalt hinsichtlich Aufnahme, ärztliche Behandlung, Pflege, Unterbringung, Verpflegung und Entlassung der Patienten geltenden Vorschriften auch in der angegliederten Krankenanstalt gesichert ist,
4. eine angemessene, dem voraussichtlichen Bedarf entsprechende Gültigkeitsdauer oder bei Abschluß auf unbestimmte Zeit die jederzeit mögliche Kündigung unter Einhaltung einer angemessenen Kündigungsfrist vorgesehen ist,

5. die Höhe der Pflegegebühren festgesetzt ist, die von der Hauptanstalt für jeden auf ihre Rechnung aufgenommenen Patienten an die angegliederte Anstalt zu leisten ist.

(3) Eine Genehmigung nach Abs. 1 ist zu versagen und eine erteilte Genehmigung zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem Landes-Krankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(4) Haben die beteiligten Krankenanstalten ihren Sitz in verschiedenen Bundesländern, ist ein Angliederungsvertrag nur dann rechtsgültig, wenn jede der örtlich zuständigen Landesregierungen nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften den Vertrag genehmigt hat.

§ 48

Anstaltsambulanzen, ambulante Untersuchungen und Behandlungen

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

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) 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,
- c) 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,
- d) über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- e) im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- und Blutspenden,
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin,

notwendig ist.

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

(3) Die Träger können ihrer Verpflichtung nach Abs. 1 auch durch Vereinbarung mit anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten, mit Gruppenpraxen oder anderen ärztlichen Kooperationsformen entsprechen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass alle einschlägigen Bestimmungen dieses Gesetzes eingehalten werden. Solche Verträge bedürfen der Genehmigung der Landesregierung.

(4) Öffentliche allgemeine Krankenanstalten (§ 2 Z 1) und öffentliche Sonderkrankenanstalten (§ 2 Z 2) dürfen Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Krankenanstalten durchführen, soweit es sich um Tätigkeiten handelt, die in Zusammenarbeit mit den extramuralen Gesundheitsdiensteanbietern insbesondere zur Sicherstellung der Betreuungskontinuität erforderlich sind und/oder im Rahmen des integrierten Gesundheitssicherungssystems im Sinne der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit erbracht werden. Die Art und Weise der Tätigkeit ist in der Anstaltsordnung festzulegen. Die beabsichtigte Durchführung derartiger Untersuchungen und Behandlungen ist der Landesregierung drei Monate vor Beginn der Tätigkeit unter Nachweis der Voraussetzungen schriftlich anzuzeigen. Zur Frage des Vorliegens der Voraussetzungen der Leistungserbringung im Rahmen des integrierten Gesundheitssicherungssystems im Sinne der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit ist von der Behörde eine Stellungnahme des Kärntner Gesundheitsfonds einzuholen. Die Behörde hat die Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb von Krankenanstalten mit Bescheid binnen drei Monaten zu untersagen, soweit die Voraussetzungen hierfür nicht oder nicht mehr vorliegen.

§ 48a

Führung von Ordinationen

Die Rechtsträger der Krankenanstalten können Ärzten unter der Voraussetzung, dass

1. der Betrieb der Krankenanstalt keine Beeinträchtigung erfährt,
 2. ein angemessenes Entgelt für den auflaufenden Personal- und Sachaufwand entrichtet wird
- und

3. eine eindeutige Kennzeichnung der Ordinationsräumlichkeiten erfolgt,
die Führung einer Ordination in den Räumlichkeiten der Krankenanstalt erlauben.

§ 49

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 Gebietskörperschaften als Anstaltsträger nicht über eigene Fachkräfte verfügen, unter Beiziehung eines Bediensteten des Bundesinstitutes für Arzneimittel in Wien mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen.

(3) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen.

(4) Öffentliche Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, haben 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 und zumindest im überwiegenden Ausmaß in einer inländischen Apotheke tätig sowie 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.

§ 49a

Arzneimittelkommission

(1) Die Träger von Krankenanstalten haben in ihren Krankenanstalten eine Arzneimittelkommission - wenn sie mehrere Krankenanstalten betreiben, darf eine Arzneimittelkommission für mehrere oder für alle gemeinsam eingerichtet werden - zur Beratung über die Auswahl und den Einsatz von Arzneimitteln einzurichten; es können auch mehrere Rechtsträger für die von ihnen betriebenen Krankenanstalten eine gemeinsame Arzneimittelkommission einrichten.

(2) Eine Arzneimittelkommission hat mindestens zu bestehen aus:

- a) dem (einem) Leiter des ärztlichen Dienstes der (einer) Krankenanstalt, für die die Arzneimittelkommission eingerichtet wird (als Vorsitzenden);
- b) einem zur Leitung einer Anstaltsapotheke oder zur Bestellung zum Konsiliarapotheker befähigten Magister der Pharmazie (als Stellvertreter des Vorsitzenden);
- c) einem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorgeschlagenen Vertreter.

(3) Den Beratungen der Arzneimittelkommission ist im Hinblick auf Abs. 6 lit. e und Abs. 7 lit. c bei Bedarf, mindestens aber jährlich einmal ein von der Ärztekammer für Kärnten aus dem Kreis der niedergelassenen Ärzte vorgeschlagener Vertreter mit beratender Stimme beizuziehen.

(4) Für jedes Mitglied der Arzneimittelkommissionen ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen, der das Mitglied im Falle seiner Verhinderung zu vertreten hat. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Arzneimittelkommissionen sind in Wahrnehmung ihrer Aufgaben weisungsfrei. Die Landesregierung hat das Recht, sich über alle Gegenstände aus dem Aufgabenbereich der Arzneimittelkommissionen zu unterrichten. Die Arzneimittelkommissionen sind verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte zu erteilen.

(5) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in den betreffenden Krankenanstalten Anwendung finden (Arzneimittelliste) und deren allfällige Adaptierung;
- b) Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln.

(6) Die Träger 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:

- a) für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgeblich;
- b) die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen;
- c) die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln sichergestellt ist;
- d) (entfällt)
- e) Sicherung der Behandlungskontinuität bei der Verordnung von Medikamenten in der Krankenanstalt und der Weiterbetreuung im ambulanten Bereich.

(7) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 6 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

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

(8) Die Träger von Krankenanstalten haben dafür Sorge zu tragen, dass die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel in der Krankenanstalt Anwendung finden und dass bei Abweichungen von der Arzneimittelliste im Einzelfall die medizinische Notwendigkeit dieser Abweichung der Arzneimittelkommission nachträglich zur Kenntnis gebracht und begründet wird.

(9) Die Arzneimittelkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, in der insbesondere Festlegungen über die Einberufung der Kommission, die Verhandlungsführung sowie die Beschlussfähigkeit zu treffen sind. In der Geschäftsordnung der Arzneimittelkommission ist festzulegen, dass die Vorgangsweise gemäß Abs. 7 lit. c mit dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namhaft gemachten Mitglied abzustimmen ist. Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung der Landesregierung.

§ 50

Gebührenklassen

(1) In jeder öffentlichen Krankenanstalt muß eine allgemeine Gebührenklasse bestehen.

(2) Die Träger öffentlicher Krankenanstalten können nach Maßgabe des § 43 lit. g neben der allgemeinen Gebührenklasse eine Sonderklasse einrichten, wenn dort den besonderen Anforderungen des Abs. 3 entsprochen werden kann.

(3) Die Sonderklasse unterscheidet sich von der allgemeinen Gebührenklasse dadurch, daß ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entspricht.

(4) In der Sonderklasse sind Patienten nur über eigenes (des gesetzlichen Vertreters) Verlangen aufzunehmen. Die Aufnahme erfolgt nur nach schriftlicher Verpflichtungserklärung des Patienten (seines gesetzlichen Vertreters), die Pflege- und Sondergebühren aus eigenem zu tragen. Der Patient (sein gesetzlicher Vertreter) ist über den Umfang der Verpflichtung in geeigneter Weise aufzuklären. Die Aufnahme in die Sonderklasse ist ferner vom Erlag einer entsprechenden Vorauszahlung oder von der Beibringung einer verbindlichen Kostenübernahmserklärung einer mit der Krankenanstalt direkt verrechnenden privatrechtlichen Versicherung abhängig zu machen.

§ 51

Öffentliche Stellenausschreibung

(1) Die Stellen jener Ärzte, die eine Krankenanstalt, eine Abteilung, ein Department, einen Fachschwerpunkt, ein Institut für Pathologie oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als ständige Konsiliarärzte oder als Konsiliarzahnärzte bestellt werden sollen, sowie die

Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapotheke betraut werden sollen, sind öffentlich auszuschreiben. Die Ausschreibung hat im Anforderungsprofil den Versorgungsauftrag der Einrichtung zu berücksichtigen, für die die Ausschreibung erfolgt. Dies gilt nicht für Stellen in den Landes-Krankenanstalten; hierfür gelten die Bestimmungen des 4. Abschnittes des Kärntner Objektivierungsgesetzes.

(2) Die im Abs. 1 bezeichneten offenen Stellen sind unter Angabe der bei der Anstellung zur Anwendung gelangenden arbeits- und entlohnungsrechtlichen Vorschriften und der beizubringenden Unterlagen (Abs. 3) in der "Kärntner Landeszeitung" zu verlautbaren. Der Ausschreibungstext ist der Landesregierung spätestens vier Wochen vor der Verlautbarung vorzulegen. Wenn die Landesregierung gegen den Text der geplanten Ausschreibung nicht spätestens drei Wochen nach der Vorlage bei ihr wegen Nichtbeachtung der Erfordernisse nach diesem Gesetz Einspruch erhebt, kann die Ausschreibung in der der Landesregierung vorgelegten Fassung verlautbart werden. Erhebt die Landesregierung Einspruch, darf die Ausschreibung nur mit einer Fassung des Ausschreibungstextes erfolgen, die den Einspruch der Landesregierung berücksichtigt. Die Ärztekammer für Kärnten bzw. die Österreichische Apothekerkammer ist von der Ausschreibung gesondert zu verständigen. Die Bewerbungsfrist muß mindestens sechs Wochen betragen.

(3) Die Bewerbungsgesuche um die offenen Stellen sind mit den erforderlichen Urkunden zum Nachweis des Alters und der Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen bzw. Apothekerberufes nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, gegebenenfalls mit dem Nachweise der fachlichen Qualifikation bzw. der Facharzteigenschaft sowie mit einem Lebenslauf, in dem besonders die medizinische Ausbildung und die bisherige Tätigkeit zu berücksichtigen sind, und bei Bewerbern, die nicht im öffentlichen Dienste stehen, mit einem amtsärztlichen Gesundheits- und einem polizeilichen Führungszeugnis zu belegen.

(4) Nach Ablauf der Bewerbungsfrist hat der Träger der öffentlichen Krankenanstalt die Gesuche mit allen Unterlagen dem Landessanitätsrat zur Begutachtung zu übermitteln. Der Landessanitätsrat hat die Bewerber zu reihen und die Reihung der Bewerber eingehend zu begründen. Die Begründung hat sich auf die Eignung des Bewerbers unter Bedachtnahme auf das Anforderungsprofil für die zu besetzende Stelle, auf die fachliche Qualifikation und auf die Befähigung für eine leitende ärztliche (pharmazeutische) Stelle zu erstrecken. Das Gutachten mit den vorgelegten Unterlagen ist dem Träger der Krankenanstalt, eine weitere Ausfertigung des Gutachtens der Landesregierung zu übermitteln.

(5) Der Träger der öffentlichen Krankenanstalt hat bei der Besetzung der offenen Stellen nach Maßgabe der Bestimmungen des § 26 die Wahl unter den gereihten Bewerbern.

(6) Im Fall der Behandlung eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 3c) ist der Patient einer der Krankenanstalt, in der er sich befindet.

§ 52

Aufnahme der Patienten

(1) Patienten können nur durch die Anstaltsleitung auf Grund der Untersuchung durch den hiezu bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden. Soll die Aufnahme des Patienten nur für die Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden sind, so 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.

(2) Die Aufnahme von Patienten ist auf anstaltsbedürftige Personen und auf Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, beschränkt. Bei der Aufnahme ist auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen Bedacht zu nehmen. Unabweisbare Kranke müssen in Anstaltspflege genommen werden. Öffentliche Krankenanstalten sind weiters verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Patienten aufzunehmen.

(3) Als anstaltsbedürftig im Sinne des Abs. 2 gelten

- a) Personen, deren aufgrund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger, seelischer oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert,
- b) Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweisen,
- c) gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes sowie

d) Personen, die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen.

(4) Als unabweisbar im Sinne des Abs. 2 sind Personen zu betrachten, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren gesundheitlichen Schädigung 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, 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) Im Fall der Behandlung eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 3c) ist der Patient einer der Krankenanstalt, in der er sich befindet.

§ 53

Aufnahme von nichtanstellungsbedürftigen Personen

(1) Kann ein Säugling nur gemeinsam mit der nicht anstellungsbedürftigen Mutter oder einer anderen Begleitperson oder eine anstellungsbedürftige Mutter nur gemeinsam mit ihrem Säugling aufgenommen werden, so sind Mutter (Begleitperson) und Säugling gemeinsam in Krankenanstaltspflege zu nehmen. Dies gilt auch in den Fällen, in denen die Aufnahme einer nichtanstellungsbedürftigen Begleitperson aus medizinischer Sicht unumgänglich ist.

(2) In sonstigen Fällen ist die Aufnahme nicht anstellungsbedürftiger Personen als Begleitpersonen zu ermöglichen, wenn die räumlichen Verhältnisse in der jeweiligen Krankenanstalt dies zulassen und der ärztliche Leiter dagegen keinen Einwand aus medizinischer Sicht erhebt.

§ 54

Entlassung von Patienten

(1) Patienten, die nach anstaltsärztlicher Feststellung der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, sind unverzüglich aus der Anstaltspflege zu entlassen. Anstellungsbedürftige Patienten sind zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig wird und sichergestellt ist.

(2) 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.

(3) Die von der Anstaltsleitung bestimmten Anstaltsärzte haben vor jeder Entlassung durch Untersuchung festzustellen, ob der Patient geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird.

(4) Kann der Patient nicht sich selbst überlassen werden, ist der Träger der Sozialhilfe vor der Entlassung rechtzeitig zu verständigen.

(5) 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 medizinischtechnischen 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 Verschreibeweise 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 oder

a) dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt bzw. Zahnarzt und

b) bei Bedarf den für die weitere Betreuung in Aussicht genommenen Angehörigen eines Gesundheitsberufes und

- c) bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung zu übermitteln.

§ 55

Leichenöffnung (Obduktion)

(1) Die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbenen Patienten sind zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder strafprozessual angeordnet worden oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes, erforderlich ist.

(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 zur Krankengeschichte aufzunehmen und gemäß § 34 Abs. 4 und 5 zu verwahren.

§ 56

Leistungsabgeltung

(1) Von den Patienten oder ihren Angehörigen dürfen als Entgelt nur Pauschalen pro Krankheitsfall (LKF-Gebühren), Pflegegebühren und allfällige Sondergebühren eingehoben werden.

(2) Mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren sind, unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 3 und des § 57, alle Leistungen der Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse mit Ausnahme des Entgeltes gemäß § 58 Abs. 1 lit. b abgegolten.

(3) Die Kosten der Beförderung des Patienten in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes - sofern dieser 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 den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Patienten erbracht werden.

(4) Eine aus organisatorischen Gründen notwendige Überstellung des Patienten in eine andere Krankenanstalt ist durch die LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten.

(5) Für den Aufnahme- und Entlassungstag eines Patienten sind die LKF-Gebühren oder Pflegegebühren in voller Höhe zu entrichten. Bei Überstellungen nach Abs. 4 hat nur die aufnehmende Krankenanstalt Anspruch auf die LKF-Gebühren oder Pflegegebühren für diesen Tag.

(6) In den Fällen des § 53 Abs. 1 werden LKF-Gebühren oder Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Für Begleitpersonen im Sinne des § 53 Abs. 2 darf ein Entgelt in der Höhe der durch ihre Unterbringung und Verpflegung in der Krankenanstalt tatsächlich entstehenden Kosten verlangt werden.

(7) In Fondskrankenanstalten sind die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse an Patienten, die nicht über den Kärntner Gesundheitsfonds abgerechnet werden, mit Pflegegebühren abzugelten. Die Leistungen der öffentlichen und der privaten gemeinnützigen Krankenanstalten, auf die das Kärntner Gesundheitsfondsgesetz keine Anwendung findet, sind ebenfalls mit Pflegegebühren abzugelten. Die Landesregierung kann für einzelne dieser Krankenanstalten durch Verordnung die Abgeltung durch LKF-Gebühren anordnen, wenn dies dem Ziel der Eindämmung der Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich dient.

§ 57

Aufenthaltskostenbeitrag

(1) Von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung LKF-Gebührenersätze zur Gänze (ohne Selbstbehalt) durch den Kärntner Gesundheitsfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Sozialversicherungsträger oder Entgelte durch eine Körperschaft öffentlichen Rechts, welche für ihre Bediensteten eine Krankenfürsorge eingerichtet hat, getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Aufenthaltskostenbeitrag in der Höhe von 3,63 Euro pro Verpflegungstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Patient höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingenommen werden. Er ist auch für den Aufnahme- und Entlassungstag einzuheben. Im Falle einer Transferierung ist der Beitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird.

(2) Von der Verpflichtung zur Leistung eines Aufenthaltskostenbeitrages sind Personen ausgenommen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen, sowie jene Personen, die nachweislich von der Rezeptgebühr im Sinne sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen befreit sind und Patienten, die die Anstaltspflege im Zusammenhang mit einer Organspende in Anspruch nehmen.

(3) Der Aufenthaltskostenbeitrag gemäß Abs. 1 vermindert oder erhöht sich zum 1. Jänner eines jeden Jahres im Ausmaß der Veränderung des Oktoberindex des Verbraucherpreisindex 1986 (oder des an seine Stelle tretenden Index) des abgelaufenen Jahres gegenüber dem Oktoberindex des Jahres 1987. Der Aufenthaltskostenbeitrag ist jeweils auf volle zehn Cent zu runden. Die Höhe ist von der Landesregierung im Landesgesetzblatt kundzumachen. Im Falle einer Transferierung ist der Beitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird.

(4) Zusätzlich zum Aufenthaltskostenbeitrag nach Abs. 1 ist für jeden Verpflegstag, für den ein Aufenthaltskostenbeitrag eingehoben wird, durch den Träger der Krankenanstalt ein Beitrag in der Höhe von 1,45 Euro pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag wird im Namen der Sozialversicherungsträger für den Kärntner Gesundheitsfonds eingehoben.

(5) Von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse ist zusätzlich zum Aufenthaltskostenbeitrag nach Abs. 1 und zum Beitrag nach Abs. 4, ebenso wie von Patienten der Sonderklasse ein Beitrag von 2 0,73 pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Er ist auch für den Aufnahme- und Entlassungstag einzuheben. Wer nach Abs. 2 von der Verpflichtung zur Leistung eines Aufenthaltskostenbeitrages ausgenommen ist, hat auch den im ersten Satz genannten Beitrag nicht zu leisten. Im Falle einer Transferierung ist der Beitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird.

(6) Der Beitrag gemäß Abs. 5 ist von den Trägern der Krankenanstalten einzuheben und dem Kärntner Gesundheitsfonds zur Wahrnehmung der Aufgaben gemäß den §§ 14 und 15 des Gesetzes über die Einrichtung des Kärntner Gesundheitsfonds und über die Zielsteuerung-Gesundheit im Land Kärnten (Kärntner Gesundheitsfondsgesetz – K-GFG), LGBl. Nr. 67/2013, zur Verfügung zu stellen.

(7) Die Kostenbeiträge gemäß Abs. 1, 4 und 5 sind für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht einzuheben.

§ 58

Sondergebühren

(1) Für die Inanspruchnahme der allgemeinen Gebührenklasse dürfen durch den Rechtsträger der Krankenanstalt neben den LKF-Gebühren oder Pflegegebühren folgende besondere Gebühren eingehoben werden:

- a) der Ersatz der Kosten der im § 56 Abs. 3 genannten Aufwendungen,
- b) der Ersatz des Entgeltes für den Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme.

(2) Für die Inanspruchnahme der Anstaltsambulanz darf durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Ambulanzbeitrag eingehoben werden, insoweit nicht eine Leistungspflicht eines Sozialversicherungsträgers besteht.

(3) Bei Inanspruchnahme der Sonderklasse dürfen durch den Rechtsträger der Krankenanstalt eingehoben werden:

- a) ein Zuschlag zur LKF-Gebühr oder Pflegegebühr für den vom Rechtsträger zusätzlich aufzubringenden Aufwand für bessere Lage und Ausstattung der Krankenzimmer, für Sonderverpflegung sowie für erhöhte Personal- und Sachleistungen (Anstaltsgebühren),
- b) Sondergebühren für zusätzliche ärztliche Leistungen (Behandlungsgebühren).

§ 59

Ermittlung der LKF-Gebühren, der Pflege- und Sondergebühren

(1) Der Eurowert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie die Pflege- und Sondergebühren sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Patienten ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Eurowert je LKF-Punkt (§ 60 Abs. 1). Das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten

Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems ist zur allgemeinen Einsicht in den Fondskrankenanstalten und im Amt der Landesregierung während der Amtsstunden aufzulegen.

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

§ 60

Festsetzung der LKF-Gebühren, der Pflege- und Sondergebühren

(1) Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Eurowert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren und die Sondergebühren nach § 58 Abs. 2 und 3 lit. a sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, um die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung zu sichern, durch Verordnung festzusetzen. In der Verordnung sind auch der kostendeckend ermittelte Eurowert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren kundzumachen. Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die mit der Festsetzung der LKF-Gebühren, der Pflege- und Sondergebühren zusammenhängenden Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen.

(2) Die Sondergebühren für Leistungen nach § 58 Abs. 1 sind in der der Krankenanstalt im einzelnen Fall tatsächlichen erwachsenen Höhe zu bestimmen.

(3) Die Behandlungsgebühren (§ 58 Abs. 3 lit. b) sind unter Bedachtnahme auf das Ausmaß und die Schwierigkeit der erbrachten ärztlichen Leistungen durch Verordnung der Landesregierung festzusetzen, wobei für nach Aufwand, Ausmaß und Schwierigkeit vergleichbare Leistungen einheitliche Durchschnittssätze bestimmt werden können.

(4) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und die Sondergebühren nach § 58 Abs. 2 und 3 lit. a einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(5) Die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und die Sondergebühren nach § 58 Abs. 2 und 3 lit. a von öffentlichen Krankenanstalten, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet werden, dürfen nicht niedriger sein als die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und Sondergebühren der nächstgelegenen, von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung. Die von der Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft geführten Krankenanstalten des Landes gelten hinsichtlich der Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit als von einer Gebietskörperschaft betriebene Krankenanstalten.

§ 61

Arztgebühren

(1) Den Ärzten an Krankenanstalten des Landes, einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes ist monatlich eine Arztgebühr auszuführen. Die Arztgebühr ist weder ruhegenußfähiger Monatsbezug noch anspruchsbegründende Nebengebühr im Sinne des Kärntner Dienstrechtsgesetzes. Die Arztgebühr ist der Berechnung einer Urlaubsschädigung oder Urlaubsabfindung im Sinne der §§ 69 und 70 des Kärntner Landesvertragsbedienstetengesetzes 1994 nicht zugrunde zu legen.

(2) Die Landesregierung hat die Höhe der Arztgebühren durch Verordnung festzusetzen, wobei auf die von den einzelnen Abteilungen zu erbringenden ärztlichen Leistungen und die damit verbundene ärztliche Verantwortung sowie auf die dienstrechtliche Stellung der Ärzte Bedacht zu nehmen ist.

(3) Ob und inwieweit in anderen als den im Abs. 1 genannten Anstalten Anspruch auf Arztgebühren oder auf Anteile an Behandlungsgebühren besteht, wird durch privatrechtliche Verträge zwischen den Ärzten und dem Rechtsträger der Krankenanstalt bestimmt.

§ 62

Tragung der Gebühren

(1) Soweit nicht eine andere juristische oder physische Person auf Grund der Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen zum Ersatz der in einer Krankenanstalt aufgelaufenen LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Sondergebühren oder Aufenthaltskostenbeiträge verpflichtet ist, hat der Patient hierfür selbst aufzukommen.

(2) Für die Einbringung der LKF-Gebühren, der Pflegegebühren, der Sondergebühren und des Aufenthaltskostenbeitrages beim Patienten gelten die Bestimmungen der §§ 63 und 64. Ansprüche gegenüber unterhaltspflichtigen Personen sind im ordentlichen Rechtsweg geltend zu machen.

(3) Wird einem Beschädigten nach dem Heeresversorgungsgesetz, BGBl Nr 27/1964, zuletzt geändert durch BGBl Nr 411/1996, Anstaltspflege in einer öffentlichen Krankenanstalt gewährt, so sind dieser Anstalt die im § 56 festgesetzten Leistungsentgelte vom Bund zu ersetzen, insoweit nicht eine Leistungspflicht eines Sozialversicherungsträgers besteht.

§ 63

Gebührenrechnung

(1) Der Träger einer öffentlichen Krankenanstalt hat nach Beendigung des Pflegefalles dem zur Zahlung der LKF-Gebühren, der Pflegegebühren, der Sondergebühren und des Aufenthaltskostenbeitrages verpflichteten Patienten eine Gebührenrechnung mit der Aufforderung zu übermitteln, den ausgewiesenen Betrag binnen zwei Wochen zu bezahlen.

(2) In berücksichtigungswürdigen Fällen kann an Stelle der Zahlungsfrist von zwei Wochen eine längere Zahlungsfrist oder die Aufforderung gestellt werden, den ausgewiesenen Betrag in Teilbeträgen zu bezahlen.

(3) Wird die Verpflichtung zur Zahlung dem Grunde oder der Höhe nach bestritten, hat die nach dem Sitz der Krankenanstalt zuständige Bezirksverwaltungsbehörde zu entscheiden. Der Antrag auf eine solche Entscheidung ist von dem zur Zahlung Aufgeforderten binnen zwei Wochen nach Zustellung der Gebührenrechnung bei der zur Entscheidung berufenen Bezirksverwaltungsbehörde zu stellen.

§ 64

Rückstandsausweis

(1) Bleibt der zur Zahlung verpflichtete Patient mit der Zahlung im Rückstand, hat die Krankenanstalt einen Rückstandsausweis in der erforderlichen Zahl von Ausfertigungen auszustellen und zusammen mit einer Abschrift der Gebührenrechnung und dem Nachweis ihrer Zustellung an den zur Zahlung Verpflichteten der nach ihrem Sitze zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zur Bestätigung der Vollstreckbarkeit vorzulegen. Die Bezirksverwaltungsbehörde hat die Vollstreckbarkeit des Rückstandsausweises zu bestätigen, wenn der mittels Gebührenrechnung zur Zahlung Aufgeforderte diese Verpflichtung nicht bestritten hat (§ 63 Abs. 3) oder in einem solchen Verfahren dessen Zahlungspflicht rechtskräftig festgestellt wurde. Der Träger der Krankenanstalt hat sodann unverzüglich die Vollstreckung einzuleiten.

(2) Die LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Sondergebühren und Aufenthaltskostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstage verrechnet werden.

§ 65

Gebühren für ausländische Staatsangehörige

(1) Die Landesregierung kann durch Verordnung die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren, Pflegegebühren oder Sondergebühren sowie Aufenthaltskostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 52 Abs. 4) beschränken. Dies gilt nicht für Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.

(1a) Die Aufnahme von Personen ohne Wohnsitz in Österreich, bei denen keine Unabweisbarkeit gegeben ist, kann vom Träger der Krankenanstalt abgelehnt werden, wenn durch die Aufnahme die Krankenanstalt ihrem Versorgungsauftrag nach dem Landes-Krankenanstaltenplan (§ 4) für Personen mit Wohnsitz in Österreich nicht mehr in einem angemessenen Zeitraum nachkommen könnte. Solche Beschränkungen der Aufnahme sind auf das notwendige und angemessene Maß zu begrenzen und in geeigneter Weise vorab bekannt zu machen.

(1b) Die Landesregierung kann durch Verordnung vorsehen, 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.

(2) Die Landesregierung hat durch Verordnung vorzusehen, daß Angehörige fremder Staaten statt der LKF-Gebühren, der Pflege- und Sondergebühren und der Aufenthaltskostenbeiträge die tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten zu leisten haben. Dies gilt nicht für

- a) Fälle der Unabweisbarkeit (§ 52 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
- b) Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 2005 – AsylG 2005 Asyl gewährt wurde und Asylwerbern, denen im Sinne des AsylG 2005 eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
- c) Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
- d) Personen, die einem Träger der Sozialversicherung aufgrund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der sozialen Sicherheit oder aufgrund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr 1408/71 und Nr 574/72 zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind, und
- e) Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind.

§ 66

Überwachungsrecht der Träger der Sozialhilfe

(1) Den Trägern der Sozialhilfe steht nach Maßgabe der folgenden Absätze das Recht zu, hinsichtlich jener Pflegefälle, für deren Kosten sie aufzukommen haben, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde) Einsicht zu nehmen, sowie durch einen beauftragten Facharzt den Patienten in der öffentlichen Krankenanstalt im Einvernehmen mit der Anstaltsleitung untersuchen zu lassen.

(2) Der Träger der Sozialhilfe hat den Termin für die Einsichtnahme in die Unterlagen und für die Untersuchung des Patienten unter Einhaltung einer angemessenen Frist mit der Leitung der Krankenanstalt zu vereinbaren.

(3) Die Einsichtnahme in die Unterlagen und die Untersuchung des Patienten hat in den von der Krankenanstalt hierfür bestimmten Räumen und im Beisein des Leiters der Anstalt oder des von ihm bestimmten Vertreters zu erfolgen.

§ 67

Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel

Für alle öffentlichen Krankenanstalten in Kärnten ist das Bundesland Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel zugleich.

§ 68

Betriebsabgangsdeckung

(1) Der vom Landtag beschlossene Nettogebärungsabgang der Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft mit ihren unselbständigen Einrichtungen ist, abzüglich der Tilgung der für Investitionen aufgenommenen Anleihen, Darlehen, Kredite und ähnliche Finanzierungsformen der Landesanstalt und der Landeskrankenanstalten zu 30 Prozent auf die Gemeinden umzulegen. Zur Abdeckung dieser Umlage hat die Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft Fremdmittel zu den Bestkonditionen aufzunehmen, wobei von den Gemeinden sämtliche daraus entstehenden Kosten (Annuitäten, Zwischenfinanzierung und allfällige Gebühren) zu ersetzen sind. Diese von den Gemeinden zu übernehmenden Kosten dürfen jährlich 30 Prozent des jeweiligen Nettogebärungsabganges der öffentlichen Krankenanstalten, abzüglich der Tilgung der für Investitionen aufgenommenen Anleihen, Darlehen, Kredite und ähnliche Finanzierungsformen der Landesanstalt und der Landeskrankenanstalten des Landes nicht übersteigen. Sie werden nach Maßgabe von Abs. 4 ab Jahresmitte bis zum Jahresende in sechs monatlichen Teilbeträgen von den Ertragsanteilen der Gemeinden einbehalten.

(1a) Die Gemeinden haben für die FH-Studiengänge nach dem MTD-Gesetz und dem Hebammengesetz jährlich einen Pauschalbetrag von 511.000 Euro, sowie für die ab Oktober 2018 beginnenden FH-Bachelorstudiengänge im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 28 Abs. 3 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in Verbindung mit der FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 200/2008) jährlich einen Pauschalbetrag von 1.489.000,- Euro, somit in Summe 2,0 Mio. Euro, an das Land zu leisten. Der Pauschalbetrag in der Höhe von 1.489.000,- Euro deckt auch die Beitragsleistung der Gemeinden zum Betriebsabgang der nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz eingerichteten Schulen des Landes ab. Der Pauschalbetrag wird nach Maßgabe des Abs. 4 ab Jahresmitte bis zum Jahresende in sechs monatlichen Teilbeträgen von den Ertragsanteilen der Gemeinden einbehalten.

(2) Der Betriebsabgang (Abs. 3) einer öffentlichen Krankenanstalt, ausgenommen einer Anstalt nach Abs. 1, ist zu 2 Prozent von deren Rechtsträger, ansonsten jedoch vom Land zu tragen. Das Land hat seine Leistung jeweils im drittnachfolgenden Jahr in vier Quartalsbeiträgen zur Quartalsmitte zu erbringen. Zusätzlich ist jeweils mit den Quartalsbeiträgen eine Vorschußzahlung für die Beiträge zu den Betriebsabgängen des dem abgerechneten Jahr folgenden Jahres in der Höhe von 20 Prozent des Betrages des abgerechneten Jahres zu leisten. Die Vorschußzahlungen des Vorjahres sind anteilmäßig auf die Quartalsbeiträge zu den Betriebsabgängen des abgerechneten Jahres anzurechnen. 50 Prozent der vom Land zu leistenden Beträge zu den Betriebsabgängen sind auf die Gemeinden umzulegen, indem sie nach Maßgabe von Abs. 4 ab Jahresmitte bis zum Jahresende in sechs monatlichen Teilbeträgen von den Ertragsanteilen der Gemeinden einbehalten werden.

(3) Als Betriebsabgang einer öffentlichen Krankenanstalt nach Abs. 2 gilt der Differenzbetrag zwischen den Betriebsausgaben und den Betriebseinnahmen des laufenden Betriebes, wobei nur Betriebsausgaben für solche Leistungen zu berücksichtigen sind, die den Vorgaben des Landes-Krankenanstaltenplans sowie der Errichtungs- und Betriebsbewilligung entsprechen und durch den Kärntner Gesundheitsfonds nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. a des Gesetzes über die Einrichtung des Kärntner Gesundheitsfonds und über die Zielsteuerung-Gesundheit im Land Kärnten (Kärntner Gesundheitsfondsgesetz – K-GFG), LGBl. Nr. 67/2013, abgegolten werden; nach § 36 Abs. 3 nicht genehmigte Betriebsausgaben sind bei der Ermittlung des Betriebsabganges nicht zu berücksichtigen. Bei Berechnung des Betriebsabganges nach dem ersten Satz zählen

1. zu den Betriebsausgaben auch Ausgaben für Ersatzanschaffungen (das sind Ausgaben für Anschaffungen von beweglichen Gütern des Anlagevermögens, die der Erhaltung und der Einrichtung der Krankenanstalt dienen, wobei sie der Erhaltung dann dienen, wenn sie zwar eine Verbesserung infolge des technischen Fortschritts oder eine Verbesserung der Versorgung mit sich bringen, aber nicht der Kapazitätsausweitung oder Schaffung neu errichteter Abteilungen oder Institute dienen, sondern bereits vorhandene Einrichtungen ersetzen) und Ausgaben für die Instandsetzung von Baulichkeiten (darunter sind Ausgaben zu verstehen, die zur Erhaltung oder zeitgemäßen Adaptierung der vorhandenen Substanz und nicht der Erweiterung der Anstalt dienen), sofern die Ausgaben nach dem ersten Satz zu berücksichtigen sind und überdies den planenden Vorgaben des Landes und des Bundes und der Organe des Kärntner Gesundheitsfonds entsprechen und
2. zu den Betriebseinnahmen auch Investitionszuschüsse des Bundes, des Landes, des Gesundheitsfonds, der Gemeinden und der Gemeindeverbände zu Ausgaben für Ersatzanschaffungen und zu Ausgaben für die Instandsetzung.

(3a) Soweit Betriebsausgaben nicht in der Betriebsabgangsdeckung nach Abs. 2 und 3 zu berücksichtigen sind, sind sie vom Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt selbst zu tragen.

(4) Die Gemeindeumlagen nach Abs. 1, 1a und 2 sind auf die Gemeinden zur Hälfte nach dem Verhältnis der Zahl der Gemeindebewohner und zur Hälfte nach dem Verhältnis der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Gemeinden im Sinne des Abs. 5 umzulegen. Für die Ermittlung der Einwohnerzahl ist die Volkszahl nach dem von der Bundesanstalt Statistik Österreich festgestellten Ergebnis gemäß § 10 Abs. 7 Finanzausgleichsgesetz 2017 – FAG 2017 zugrunde zu legen.

(5) Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Gemeinden ergibt sich aus der Summe der Finanzkraft gemäß § 2 Abs. 2 Kärntner Landesumlage-Gesetz und dem Aufkommen aus den Ertragsanteilen an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben des vorangegangenen Kalenderjahres.

§ 69

Betriebsunterbrechung, Auflassung

(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 (§ 36) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung liegt im freien Ermessen. Wenn es sich um eine Fondskrankenanstalt handelt, ist das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen von der Sachlage durch die Landesregierung in Kenntnis zu setzen.

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

(4) Die Wiederaufnahme des Betriebes einer Krankenanstalt ist innerhalb von drei Jahren nach dem Beginn einer freiwilligen Betriebsunterbrechung zulässig. Sie ist der Landesregierung im Vorhinein anzuzeigen. Die Landesregierung hat über den Zustand der Krankenanstalt einen Ortsaugenschein vorzunehmen, wenn die Betriebsunterbrechung länger als drei Monate gedauert hat. Die Wiederaufnahme des Betriebes ist zu untersagen, wenn sie unzulässig ist oder die Voraussetzungen für die Erteilung der Betriebsbewilligung (§ 15) nicht mehr erfüllt werden, erforderlichenfalls kann die Wiederaufnahme von der Erfüllung von Bedingungen und Auflagen abhängig gemacht werden.

§ 70

Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes

(1) Das Öffentlichkeitsrecht ist von der Landesregierung zu entziehen, wenn eine für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes im § 42 vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes ausgeschlossen hätte, nachträglich hervorkommt.

(2) Wird die einer öffentlichen Krankenanstalt erteilte Bewilligung zur Errichtung oder zum Betrieb zurückgenommen (§ 17), so verliert sie gleichzeitig das Öffentlichkeitsrecht.

(3) Die Entziehung und der Verlust des Öffentlichkeitsrechtes ist im Landesgesetzblatt kundzumachen.

§ 71

Öffentliche Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie und Abteilungen für Psychiatrie in öffentlichen Krankenanstalten

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

(2) Zweck der Aufnahme ist

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

(3) In den Fällen des Abs. 2 lit. b, c und d kann der Zweck der Aufnahme auch die allenfalls nötige Abwehr von ernstlichen und erheblichen Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Kranken oder anderer Personen einschließen, wenn diese Gefahren im Zusammenhang mit der psychischen Krankheit stehen. In den Fällen des Abs. 2 lit. c und d können auch unheilbar psychisch Kranke in Abteilungen und in Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie aufgenommen werden.

(4) Die Bestimmungen der §§ 52 und 54 dieses Abschnittes finden insoweit Anwendung, als sich nicht aus dem Unterbringungsgesetz, BGBl Nr 155/1990, anderes ergibt.

§ 72

Geschlossene Bereiche

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

(2) In Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dürfen geschlossene Bereiche geführt werden. Diese müssen von den übrigen Bereichen unterscheidbar sein. Die Errichtung eines geschlossenen Bereiches gilt als wesentliche Veränderung im Sinne des § 19 Abs. 1 lit. b.

(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.

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

§ 72a

Verwendung von Drittmitteln

(1) Drittmittel sind finanzielle Zuwendungen oder Sachleistungen von Dritten an öffentliche Krankenanstalten oder ihre Organisationseinheiten, die nicht oder nicht unmittelbar der Abgeltung einer konkreten Leistung dienen oder die anlässlich einer konkreten Leistung zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.

(2) Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt ist befugt, Drittmittel gemäß Abs. 1 entgegenzunehmen.

(3) Drittmittel gemäß Abs. 1 dürfen durch den Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt ausschließlich für Zwecke verwendet werden, die den Aufgaben der Krankenanstalt dienen. Bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der universitären Forschung und Lehre dienen, dürfen Drittmittel zusätzlich für diesen Zweck verwendet werden.

IV. Abschnitt

Private Krankenanstalten

§ 73

Allgemeines

(1) Private Krankenanstalten sind Krankenanstalten, die das Öffentlichkeitsrecht nicht besitzen.

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

(3) Wird die Anstaltspflege für einen Beschädigten nach dem Heeresversorgungsgesetz, BGBl Nr 27/1964, weder in einer öffentlichen Krankenanstalt noch in einer Anstalt 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 Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen abgeschlossen werden, der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales.

§ 74

Errichtung und Betrieb

(1) Für die Errichtung und den Betrieb von privaten Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des I. und II. Abschnittes und im Übrigen die Bestimmungen der §§ 43, 48, 48a, 49a, ausgenommen Abs. 7, 54 Abs. 1 zweiter Satz, Abs. 2, 3 und 5, 56 Abs. 2 und 3, 58 Abs. 2 und 3 und 69 Abs. 2 bis 4 sinngemäß, wobei § 54 Abs. 5 mit der Maßgabe gilt, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Pflegling die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird. Für Krankenanstalten, deren Betrieb die Erreichung eines Gewinns bezweckt, gilt § 49 mit der Maßgabe, dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltszweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich zu kontrollieren haben.

(2) Leichenöffnungen (§ 55) dürfen in privaten Krankenanstalten nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen und nur dann, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist, vorgenommen werden. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift (§ 55 Abs. 3) aufzunehmen.

(3) Die Bestimmungen des § 49 gelten für private Krankenanstalten, deren Betrieb die Erzielung eines Gewinnes bezweckt, mit der Maßgabe, daß diese die Arzneimittel aus einer inländischen öffentlichen Apotheke zu beziehen haben.

(4) Für die Führung von Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und von privaten Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie gelten die Bestimmungen der §§ 71 und 72.

§ 75

Fortbetriebsrecht

(1) Eine von einer physischen Person betriebene private Krankenanstalt, die nach dem Tode des Inhabers im Erbwege auf den überlebenden Ehegatten, dem eingetragenen Partner oder auf Nachkommen übergeht, kann für Rechnung des überlebenden Ehegatten, des eingetragenen Partners oder für Rechnung der Nachkommen bis zu deren Großjährigkeit aufgrund der dem Inhaber erteilten Bewilligung (§ 15), durch einen ärztlichen Leiter (§ 26 Abs. 2) fortbetrieben werden. Steht ein Nachkomme in Ausbildung zum Arzt, darf die Krankenanstalt bis zum Abschluß der Ausbildung, die ihn zur Leitung der Anstalt berechtigt, längstens aber bis zum vollendeten 35. Lebensjahr, fortbetrieben werden. Der Fortbetrieb ist der Landesregierung binnen einem Monat nach der Einantwortung anzuzeigen.

(2) Während einer Verlassenschaftsabhandlung, eines Konkurs-, oder Ausgleichsverfahrens, einer Zwangsverwaltung oder Zwangsverpachtung können private Krankenanstalten auf Grund der dem Inhaber erteilten Bewilligung (§ 15) durch einen ärztlichen Leiter (§ 26 Abs. 2) fortbetrieben werden. Der Fortbetrieb ist der Landesregierung unverzüglich anzuzeigen.

§ 75a

Patientenkosten und Rechnung

(1) Private Krankenanstalten haben die einem Patienten in Rechnung gestellten Kosten in jedem Fall nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien zu berechnen.

(2) Sofern die Leistungen nicht über den Kärntner Gesundheitsfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden, haben private Krankenanstalten nach erbrachter Leistung eine Rechnung über diese auszustellen.

V. Abschnitt

Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Krankenanstalten

§ 76

Aufnahme in Fondskrankenanstalten

(1) Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, die auf Grund sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften eingewiesenen bzw. die gemäß § 66 B-KUVG anspruchsberechtigten Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

(2) Die in Abs. 1 genannten Personen können auf ihren Wunsch auch in die Sonderklasse aufgenommen werden. In diesem Fall sind sie verpflichtet, die Sondergebühren (Anstalts- und Behandlungsgebühren) aus eigenem zu tragen.

(3) Die Aufnahme in die Sonderklasse erfolgt nur nach schriftlicher Verpflichtungserklärung des Patienten (seines gesetzlichen Vertreters), die Kosten nach Abs. 2 zu tragen. Der Patient (sein gesetzlicher Vertreter) ist über den Umfang der Verpflichtung in geeigneter Weise aufzuklären. Die Aufnahme in die Sonderklasse ist ferner vom Erlag einer entsprechenden Vorauszahlung oder von der Beibringung einer verbindlichen Kostenübernahmserklärung einer mit der Krankenanstalt direkt verrechnenden privatrechtlichen Versicherung abhängig zu machen.

(4) Zur Durchsetzung des Anspruches auf Bezahlung von Gebühren für Krankenhausleistungen gegenüber dem Patienten und dessen Angehörigen haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger über Anfrage bekanntzugeben, für welche Zeiten und durch wen (Name und Anschrift) der Patient oder dessen Angehörige zur Krankenversicherung angemeldet waren oder sind.

§ 77

Leistungen, die durch LKF-Gebührensätze abgegolten werden

(1) Alle Leistungen der Krankenanstalten in der allgemeinen Gebührenklasse (insbesondere im stationären, halbstationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen) sind, unbeschadet der Bestimmungen des § 57, zur Gänze mit den vom Kärntner Gesundheitsfonds gezahlten LKF-Gebührensätzen abgegolten. Die vom Versicherten für sich oder für Angehörige nach § 447f ASVG zu leistenden Kostenbeiträge sind von der Krankenanstalt für Rechnung des Kärntner Gesundheitsfonds einzuheben.

(2) Eine aus organisatorischen Gründen notwendige Überstellung eines Patienten in eine andere Krankenanstalt ist durch die LKF-Gebührensätze abgegolten.

(3) Abs. 1 gilt nicht für Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, für die in § 58 Abs. 1 angeführten Leistungen und die im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der

österreichischen Sozialversicherungsträger und der Landesregierung ausgenommenen Leistungen (Art. 43 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

§ 78

Überwachungsrecht der Sozialversicherungsträger und des Landesfonds

(1) Den Sozialversicherungsträgern und dem Kärntner Gesundheitsfonds steht nach Maßgabe der folgenden Absätze hinsichtlich der Patienten, für deren Anstaltspflege sie gemäß § 77 aufzukommen haben, das Recht zu,

- a) in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Anstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde) durch einen beauftragten Arzt oder eine derselben Verschwiegenheit unterstellte Person Einsicht zu nehmen und sich unter der Bedingung der Nichtweitergabe Kopien anzufertigen,
- b) den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit der Anstaltsleitung untersuchen zu lassen,
- c) Ausfertigungen aller Unterlagen zu erhalten, auf Grund deren Zahlungen des Kärntner 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 Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Kärntner Gesundheitsfonds zu Verfügung gestellt werden.

(1a) Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich ist elektronisch vorzunehmen, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit einheitlich zu gestalten sind. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden. Im Zweifelsfall sind die Identität der Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen.

(2) Der Versicherungsträger und der Kärntner Gesundheitsfonds haben den Termin für die Einsichtnahme in die Unterlagen gemäß Abs. 1 lit. a und die Untersuchung eines Patienten gemäß Abs. 1 lit. b unter Einhaltung einer angemessenen Frist mit der Leitung der Krankenanstalt zu vereinbaren. Die Einsichtnahme in die Unterlagen und die Untersuchung des Patienten haben in den von der Krankenanstalt hierfür bestimmten Räumen und im Beisein des Leiters der Krankenanstalt oder des von ihm bestimmten Vertreters zu erfolgen. Die Übermittlung der Unterlagen gemäß Abs. 1 lit. c hat unter der Bedingung der Einhaltung des Datenschutzes und der Nichtweitergabe zu erfolgen; unter Bedachtnahme auf die Patienteninteressen hat die Fallidentifikation möglichst auf Grund der Aufnahmezahlen zu erfolgen.

(3) Der Kärntner Gesundheitsfonds und die Fondskrankenanstalten haben die entsprechenden Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß der gesamte Datenaustausch zwischen den Krankenanstalten und den Sozialversicherungsträgern spätestens ab 1. Jänner 1998 auf Grundlage von bundesweit einheitlichen Datensatzaufbauten und Codeverzeichnissen elektronisch vorgenommen werden kann.

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

(5) Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Fondskrankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von LKF-Gebührenersätzen gegenüber dem Rechtsträger der Fondskrankenanstalten betreffen, gilt der Kärntner Gesundheitsfonds als Sozialversicherungsträger. Der Kärntner Gesundheitsfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Sozialversicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

§ 79

Kostentragung durch den Patienten

Wenn von Fondskrankenanstalten Leistungen gemäß § 77 Abs. 1 erbracht werden, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Kärntner Gesundheitsfonds gegenüber dem Versicherten, Patienten oder den

für ihn unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistung; ausgenommen hiervon sind nur der Aufenthaltskostenbeitrag gemäß § 57 und der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 6 ASVG.

§ 80

Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Fondskrankenanstalten

Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Fondskrankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach § 77 Abs. 3 handelt. Die Verträge, ausgenommen Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz B-KUVG, sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits, im Einvernehmen mit dem Kärntner Gesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

§ 81

Schiedskommission

(1) Beim Amt der Landesregierung wird eine Schiedskommission zur Entscheidung in folgenden Angelegenheiten eingerichtet:

- a) Abschluss von Verträgen zwischen Trägern öffentlicher, nicht durch den Kärntner Gesundheitsfonds finanzierter Krankenanstalten, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bestanden haben, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
- b) Streitigkeiten aus zwischen den Trägern der Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem Kärntner Gesundheitsfonds;
- c) Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und dem Kärntner Gesundheitsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;
- d) Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus für den Krankenanstaltenbereich (Art. 45 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) gründen.

(2) Die Schiedskommission besteht aus folgenden von der Landesregierung auf vier Jahre zu bestellenden Mitgliedern:

- a) ein vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Graz vorgeschlagener Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des Oberlandesgerichtes Graz gehörenden Gerichte als Vorsitzender;
- b) ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger nominiertes Mitglied und ein Mitglied aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes des Landes;
- c) zwei Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhandler, wobei ein Mitglied vom Land oder vom betreffenden Träger der Krankenanstalt und ein Mitglied vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorgeschlagen wird.

(3) Für jedes nach Abs. 2 bestellte Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen, das das Mitglied im Falle der Verhinderung zu vertreten hat.

(3a) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Schiedskommission sind in Wahrnehmung ihrer Aufgaben weisungsfrei. Die Landesregierung hat das Recht, sich über alle Gegenstände aus dem Aufgabenbereich der Schiedskommission zu unterrichten. Die Schiedskommission ist verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte zu erteilen.

(4) Die Sitzungen der Schiedskommission sind vom Vorsitzenden unter Bekanntgabe der Tagesordnung rechtzeitig einzuberufen. Eine Entscheidung der Schiedskommission kommt rechtsgültig zustande, wenn sämtliche Mitglieder anwesend sind und sich die Mehrheit für diese Entscheidung ausgesprochen hat. Die Entscheidung der Schiedskommission unterliegt keinem administrativen Rechtszug.

(5) Auf das Verfahren der Schiedskommission finden die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 - AVG Anwendung.

§ 82

Sozialversicherungsträger und nichtfondsfinanzierte Krankenanstalten

Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den nichtfondsfinanzierten Krankenanstalten sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen. Sie müssen insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die im Zweifelsfall vorzunehmende Überprüfung der Identität der Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser enthalten. Hinsichtlich der Einsichtnahme in die Unterlagen ist § 78 Abs. 1 lit. a sinngemäß zu berücksichtigen. Die nichtfondsfinanzierten Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden.

§ 83

Beziehungen des Trägers der Sozialhilfe und anderer Krankenfürsorgeeinrichtungen zu den Trägern der öffentlichen Krankenanstalten

Für die Beziehungen des Landes als Träger der Sozialhilfe und jener Körperschaften öffentlichen Rechts, welche für ihre Bediensteten eine Krankenfürsorge eingerichtet haben, zu den Trägern der öffentlichen Krankenanstalten gelten sinngemäß die Bestimmungen der §§ 76 bis 81 mit der Abweichung, daß an die Stelle des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger das Land als Träger der Sozialhilfe bzw. die zum Abschluß derartiger Verträge bevollmächtigten Vertreter der Träger der Krankenfürsorgeeinrichtungen treten.

VI. Abschnitt

Straf- und Übergangsbestimmungen

§ 84

Strafbestimmungen

(1) Wer

1. eine Krankenanstalt entgegen § 6, § 13 oder § 74 Abs. 1 ohne Bewilligung errichtet, entgegen § 15 oder § 74 Abs. 1 ohne Bewilligung betreibt oder die im Zusammenhang mit einer Bewilligung gemäß § 6, § 13, § 15 oder § 74 Abs. 1 vorgeschriebenen Bedingungen und Auflagen nicht einhält,
2. entgegen § 19 Abs. 1 oder § 74 Abs. 1 eine wesentliche Veränderung ohne Bewilligung vornimmt oder die im Zusammenhang mit einer Bewilligung gemäß § 19 Abs. 3 oder § 74 Abs. 1 vorgeschriebenen Bedingungen und Auflagen nicht einhält,
3. entgegen § 20 Abs. 1 oder § 74 Abs. 1 eine Krankenanstalt ohne Bewilligung verpachtet oder auf einen anderen Rechtsträger überträgt,
4. einer Verpflichtung gemäß § 20a, § 24, § 26, § 27, § 27a, § 28, § 29, § 30b oder § 31 oder gemäß § 74 Abs. 1 in Verbindung mit § 24, § 26, § 27, § 27a, § 28, § 29, § 30b oder § 31 nicht nachkommt oder
5. (entfällt)
6. entgegen § 55 Abs. 2 oder § 74 Abs. 2 erster Satz eine Leichenöffnung vornimmt,

begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis zu 7.260 Euro zu bestrafen.

(1a) Wer entgegen § 69 Abs. 1 oder § 74 Abs. 1 den Betrieb einer Krankenanstalt nicht aufrechterhält oder entgegen § 69 Abs. 2 oder § 74 Abs. 1 ohne Genehmigung auf das Öffentlichkeitsrecht verzichtet oder bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht unterliegen (§ 36), eine freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung ohne Genehmigung vornimmt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis 15.000 Euro zu bestrafen.

(2) Wer

1. entgegen § 22 Abs. 1 oder § 74 Abs. 1 nicht eine Anstaltsordnung erlässt,
2. entgegen § 22 Abs. 5 oder § 74 Abs. 1 eine Anstaltsordnung ohne Genehmigung erlässt oder ändert,

3. entgegen § 32 Abs. 1 oder § 74 Abs. 1 die Verschwiegenheitspflicht verletzt, soweit nicht der Betrieb einer militärischen Krankenanstalt betroffen ist,
4. entgegen § 40 oder § 74 Abs. 1 unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt gibt, soweit nicht der Betrieb einer militärischen Krankenanstalt betroffen ist,
5. einer Verpflichtung gemäß § 15a Abs. 1 erster Satz, § 22 Abs. 6, § 30, § 30a, § 35, § 37, § 38, § 39, § 47, § 49, § 49a und § 51 oder gemäß § 74 Abs. 1 in Verbindung mit § 15a Abs. 1 erster Satz, § 30, § 30a, § 35, § 37, § 38, § 39, § 47, § 49, § 49a und § 51 nicht nachkommt oder entgegen dem § 48a oder § 74 Abs. 1 die Führung einer Ordination erlaubt, oder
6. entgegen den Bestimmungen dieses Gesetzes eine Anzeige oder Meldung nicht oder nicht rechtzeitig erstattet oder Vormerkungen, Dokumentationen oder Niederschriften nicht vornimmt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis zu 726 Euro zu bestrafen.

(3) Übertretungen gegen das Verbot unsachlichen Wettbewerbs (§ 40, § 74 Abs. 1) sind der Landesregierung anzuzeigen.

§ 85

Abgabenbefreiung

Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller Tatbestände nach diesem Gesetz, die Landesorgane berechtigen, eine Verwaltungsabgabe einzuheben, von deren Entrichtung befreit.

§ 86

Verweisungen

(1) Soweit in diesem Gesetz auf andere Landesgesetze verwiesen wird, bezieht sich die Verweisung auf die jeweils in Geltung stehende Fassung.

(2) Soweit in diesem Gesetz auf die nachstehend genannten Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese Verweisungen als solche in der nachstehend angeführten Fassung zu verstehen:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt in der Fassung BGBl. I Nr. 2/2018;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 161/2013;
3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 126/2017;
4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 38/2017;
5. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 26/2017;
6. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100/2005, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 145/2017;
7. Bauern-Sozialversicherungsgesetz – BSVG, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 151/2017;
8. Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 151/2017;
9. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG, BGBl. I Nr. 70/1999, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 164/2015;
10. Bundesbehindertengesetz – BBG, BGBl. Nr. 283/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 155/2017;
11. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 54/2017;
12. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 89/2012;
13. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2017;
14. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 94/2012;

15. Finanzausgleichsgesetz 2017 – FAG 2017, BGBl. I Nr. 116/2016, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 144/2017;
16. Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013;
17. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 58/2017;
18. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2017;
19. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
20. Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz – GSVG, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 151/2017;
21. Grundversorgungsgesetz-Bund 2005 – GVG-B 2005, BGBl. Nr. 408/1991, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 145/2017;
22. Heeresversorgungsgesetz – HVG, BGBl. Nr. 27/1964, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013;
23. Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG, BGBl. I Nr. 89/2012, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 131/2017;
24. Medizinischer Masseur- Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2017;
25. Organtransplantationsgesetz – OTPG, BGBl. I Nr. 108/2012;
26. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006;
27. Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017;
28. Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013, geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 120/2016;
29. Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 9/2016;
30. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. I Nr. 144/1999, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 26/2016;
31. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 133/2015;
32. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159/1960, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 68/2017;
33. Universitätsgesetz 2002 – UG, BGBl. I Nr. 120/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 129/2017;
34. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017;
35. Wehrgesetz 2001 – WG 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 65/2015.

Übergangs- und Nachfolgerecht

Artikel I

Mit § 78 der Krankenanstaltenordnung 1992, LGBl Nr 2/1993, wurden folgende Übergangsbestimmungen getroffen:

“Durch die Bestimmungen dieses Gesetzes werden nicht berührt:

- a) Rechte zur Führung öffentlicher Krankenanstalten sowie Bewilligungen und Genehmigungen, die den Rechtsträgern von Krankenanstalten auf Grund bisher geltender Vorschriften verliehen oder erteilt worden sind. Diese Rechte sind in Hinkunft nach den Bestimmungen dieses Gesetzes zu beurteilen;
- b) die Gemeinnützigkeit privater Krankenanstalten, die bisher auf Grund ihrer Satzung gemeinnützig betrieben wurden, wenn sie die Voraussetzungen des § 43 (früher 36) lit. a bis f erfüllen.”

Artikel II

Mit Art. II Z 2 und 3 des Gesetzes LGBl Nr 86/1995 wurden folgende Übergangsbestimmungen getroffen:

- „a) Art. I Z 12 gilt auch für Bewilligungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits rechtskräftig erteilt sind. Anträge um Verlängerungen von Bewilligungen, die bereits vor mehr als drei Jahren vor Inkrafttreten dieses Gesetzes rechtskräftig erteilt worden sind, sind bis längstens zwei Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu stellen.
- b) § 19 (früher 17) Abs. 2 lit. i ist auf medizinisch-technische Großgeräte nicht anzuwenden, deren Anschaffung von der Fondsversammlung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds bereits vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bewilligt worden ist.“

Artikel III

Mit Art. II Z 3 des Gesetzes LGBl Nr 82/1997 wurde folgende Übergangsbestimmung getroffen:

- „3. Der mit Beschluß der Kärntner Landesregierung vom 14. Jänner 1997 eingerichtete Beirat für Qualitäts- und Integrationsaufgaben gilt ab diesem Zeitpunkt als nach Art. I Z 4 bestellter Fachbeirat für Qualität und Integration.“

Artikel IV

Mit Art. II des Gesetzes LGBl Nr 96/1998 wurden folgende mit 1. Jänner 2001 in Kraft tretende Nachfolgeregelungen getroffen:

„Die Krankenanstaltenordnung 1992, LGBl Nr 2/1993, in der Fassung der Gesetze LGBl Nr 30/1994, 86/1995, 15/1996, 82/1996 und 82/1997 sowie der Kundmachungen LGBl Nr 28/1993 und 16/1996, wird wie folgt geändert:

- 1. In § 9 (früher 8) Abs. 2 lit. a ist nach der Wortfolge „in Aussicht genommenen Leistungsangebot“ die Wortfolge „sowohl nach dem Landes-Krankenanstaltenplan als auch“ einzufügen.
- 2. § 15 (früher 13) Abs. 1 lit. b wird folgender Halbsatz angefügt:
„sowie überdies die Vorgaben des Landes-Krankenanstaltenplanes erfüllt sind.“
- 3. § 19 (früher 17) Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:
„Bewilligungen nach Abs. 1 dürfen insbesondere nur dann erteilt werden, wenn das Vorhaben dem Landes-Krankenanstaltenplan entspricht.“
- 4. § 34 (früher 29) Abs. 6 lautet:
“(6) Abschriften (Kopien) von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten sind auf Verlangen den Gerichten und den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner mit der Aufnahmezahl den von den Sozialversicherungsträgern beauftragten Ärzten oder derselben Verschwiegenheit unterstellten Personen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten unverzüglich und kostenlos sowie mit dem Auftrag des Weitergabeverbotes zur Verfügung zu stellen. Mit Zustimmung des Patienten sind Abschriften (Kopien) von Krankengeschichten auch dem Patientenanwalt kostenlos zur Verfügung zu stellen.“
- 5. In § 43 (früher 36) lit. e ist nach dem Begriff „Nachtbetrieb“ die Wortfolge „sowie den halbstationären Bereich“ einzufügen.
- 6. § 56 (früher 49) Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:
“Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht in Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Patienten erbracht werden.“
- 7. § 56 (früher 49) Abs. 6 lautet:
“(6) In den Fällen des § 53 (früher 46) Abs. 1 werden Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Für Begleitpersonen im Sinne des § 53 (früher 46) Abs. 2 darf ein Entgelt in der Höhe der durch ihre Unterbringung und Verpflegung in der Krankenanstalt tatsächlich entstehenden Kosten verlangt werden.“
- 8. In § 65 (früher 58) Abs. 2 hat die Wortfolge „der LKF-Gebühren“, zu entfallen.

9. § 69 (früher 61) Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

“Wenn die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat, ist das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales von der Sachlage durch die Landesregierung in Kenntnis zu setzen.”

10. § 80 (früher 72) lautet:

“§ 80

Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den öffentlichen Krankenanstalten

(1) Soweit dieses Gesetz nicht besondere Bestimmungen enthält, sind die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den öffentlichen Krankenanstalten durch privatrechtliche Verträge zu regeln, die zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger - im folgenden Hauptverband - im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen sind. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Schriftform.

(2) In den Verträgen nach Abs. 1 sind insbesondere Bestimmungen über das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren vorzusehen - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe - und allfällige Sondergebühren zu zahlen sind. Die Verträge haben auch Bestimmungen zu enthalten, daß Pflegegebührenrechnungen binnen zwei Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges Verzugszinsen in der Höhe von drei v.H. über der jeweiligen Bankrate zu entrichten sind.

(3) Für Personen, die von einem Sozialversicherungsträger oder einem Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zwecke einer Befundung oder einer Begutachtung in eine Krankenanstalt eingewiesen werden (§ 52 (früher 45) Abs. 3), sind vom Träger der Sozialversicherung die Pflegegebühren in voller Höhe zu entrichten.”

11. § 82 (früher 74) lautet:

“§ 82

Sozialversicherungsträger und private Krankenanstalten

Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den privaten Krankenanstalten sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen und insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles wie zB in die Krankengeschichte, die Röntgenaufnahmen und Befunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einem vom Sozialversicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser sowie über die Höhe und die Zahlung der Pflegegebühren zu enthalten haben.”

12. Nach § 82 (früher 74) wird folgender § 82a (früher 75) eingefügt:

“§ 82a

Sonderbestimmungen

(1) Die Unfallversicherungs- und Pensionsversicherungsträger nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, die Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft als Träger der Pensionsversicherung sowie die Sozialversicherungsanstalt der Bauern als Träger der Pensionsversicherung und der Unfallversicherung, weiters die Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter als Träger der Unfallversicherung sind im Rahmen der nach den vorstehenden Bestimmungen geregelten Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten (§§ 76 bis 81 (früher §§ 68 bis 73)) dem Krankenversicherungsträger gleichgestellt.

(2) Die Bestimmungen dieses Abschnittes finden ferner Anwendung auf die Krankenversicherung der Bundesangestellten, auf die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen als Träger der Krankenversicherung im Sinne des § 473 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und auf die Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft als Träger der Krankenversicherung mit der Abweichung, daß die im § 148 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes vorgesehene Herabsetzung der vom Versicherungsträger zu zahlenden Pflegegebühren für die Angehörigen der Versicherten dieser Versicherungsträger nicht anzuwenden sind.”

Artikel V

Mit Art III des Gesetzes LGBl Nr 56/2003 wurden folgende Übergangsbestimmungen getroffen:

1. Artikel II Z 13 tritt am 1. 1. 2004 in Kraft.
2. Beurteilungen der Ethikkommission (§ 30), die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes anhängig sind, sind von der Ethikkommission in ihrer bisherigen Zusammensetzung zu Ende zu führen.

Artikel VI

Mit Artikel II des Gesetzes LGBl Nr 85/2005 wurden folgende Übergangsbestimmungen getroffen:

1. Artikel I dieses Gesetzes tritt mit Ausnahme der Ziffern 3, 5, 10, 11 bis 16, 20, 21, 24 bis 29, 32, 34, 35 und 37 am 1. Jänner 2005 in Kraft, die genannten Ziffern treten am 1. Jänner 2006 in Kraft.
2. Die mit Artikel II Z 4 des Gesetzes LGBl Nr 82/1997 in der durch Artikel IV des Gesetzes LGBl Nr 96/1998 geänderten Fassung festgelegte Außer-Kraft-Tretungs-Regelung (Art. II Z 2 der Wiederverlautbarungskundmachung, LGBl Nr 26/1999) wird dahingehend abgeändert, als das Außer-Kraft-Treten mit Ablauf des 31. Dezember 2008 erfolgt.
3. Die mit Artikel II des Gesetzes LGBl Nr 96/1998 festgelegten Nachfolgeregelungen (Anlage II Artikel IV der Wiederverlautbarungskundmachung, LGBl Nr 26/1999) treten mit 1. Jänner 2009 in Kraft.

Artikel VII

Mit Art III Abs. 1 und 2 des Gesetzes LGBl Nr 61/2008 wurden folgende Übergangsbestimmungen getroffen:

- (1) Art. I Z 1 bis 10 und Art. II Z 1 bis 6 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.
- (2) Art. I Z 11 (betreffend § 68 Abs. 4 und 5) tritt mit 1. Jänner 2010 in Kraft.

Artikel VIII

Mit Art. III des Gesetzes, LGBl Nr. 2/2010, wurden folgende Übergangsbestimmungen getroffen:
 Artikel II des Gesetzes, LGBl. Nr. 96/1998 und Artikel II Z 3 des Gesetzes LGBl. Nr. 85/2005 treten mit 31. Dezember 2007 außer Kraft.

Artikel IX

Mit Artikel II des Gesetzes, LGBl Nr 70/2011, wurden folgende Übergangsbestimmungen getroffen:

- (1) Dieses Gesetz tritt an dem der Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft.
- (2) Anhängige Verfahren zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt oder eines selbständigen Ambulatoriums sind nach den Bestimmungen des Art. I weiterzuführen.
- (3) Träger von Krankenanstalten, für die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, BGBl. I Nr. 61/2010, das ist der 19. August 2010, eine rechtskräftige Betriebsbewilligung vorlegt und die nach § 15a K-KAO zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Versicherung bis 20. August 2011 nachzukommen und dies der Landesregierung nachzuweisen.

Artikel X

Mit Artikel II des Gesetzes, LGBl Nr 82/2013, wurden folgende Übergangsbestimmungen getroffen:

- (1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten nach dem Inkrafttreten des Art. I Z 40 ihre Anstaltsordnungen anzupassen und diese Änderungen nach § 22 Abs. 5 K-KAO bei der Behörde zur Genehmigung einzureichen.
- (2) § 11 Abs. 2, § 13 Abs. 8 und § 16 K-KAO in der Fassung dieses Landesgesetzes treten mit 1. Jänner 2014 in Kraft.
- (3) Im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes anhängige Verfahren über Anträge gemäß den §§ 6, 13, 15 und 19 sind, soweit im Abs. 2 nicht anderes bestimmt wird, nach der früher geltenden Rechtslage weiterzuführen.

(4) Ist der Betrieb einer Krankenanstalt schon zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes freiwillig unterbrochen gewesen, gilt § 69 Abs. 4 erster Satz K-KAO in der Fassung dieses Landesgesetzes mit der Maßgabe, dass die Frist zur Wiederaufnahme des Betriebes mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes zu laufen beginnt.

Artikel XI

Mit Artikel III des Gesetzes, LGBl Nr 46/2015, wurden folgende Inkrafttretens- und Übergangsbestimmungen getroffen:

(1) Für Vorabfeststellungen und Bewilligungen zur Errichtung, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes aufrecht sind, gilt § 14 K-KAO in der Fassung des Art. I Z 7 mit der Maßgabe, dass die jeweilige Frist mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes zu laufen beginnt.

(2) Soweit sich die Bestimmungen des Art. I Z 15 auf Voranschläge, Dienstpostenpläne und Rechnungsabschlüsse beziehen, sind diese erstmalig bezogen auf das Gebarungsjahr 2016 anzuwenden.

(3) Art. I Z 18 und Z 27 tritt mit 1. Jänner 2016 in Kraft. § 48a und § 74 Abs. 1 K-KAO in der Fassung dieses Gesetzes sind auch auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung bestehenden Ordinationen anzuwenden.

(4) Die Bestimmungen des Art. I Z 22 bis 24 treten am 1. Jänner 2016 in Kraft.

Artikel XII

Mit Artikel IV des Gesetzes, LGBl Nr 46/2015, wurde folgendes Unionsrecht umgesetzt:

Durch dieses Gesetz werden folgende Richtlinien umgesetzt:

1. Richtlinie 2010/53/EU des Europäischen Parlaments und des Rates über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe, ABl. Nr. L 207 vom 6.8.2010 S. 14, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 243 vom 16.9.2010 S. 68;
2. Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. Nr. L 88 vom 4.4.2011 S. 45.

Artikel III (LGBl Nr 24/2018)

(1) Soweit in den folgenden Absätzen nicht Abweichendes bestimmt wird, tritt dieses Gesetz an dem der Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft.

(2) Art. I Z 67, soweit er sich auf § 31 Abs. 4 K-KAO bezieht, tritt am 1. Juli 2018 in Kraft.

(3) Art. I Z 80 (§ 57 Abs. 7) tritt am 1. Jänner 2017 in Kraft.

(4) Art. I Z 82 (§ 68 Abs. 1a) tritt am 1. Jänner 2018 in Kraft.

(5) Die vor dem 1. Jänner 2017 bestehenden Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 4 K-KAO 1999, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 46/2015, sind bis 1. Jänner 2020 in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a K-KAO, in der Fassung des Art. I Z 5 dieses Gesetzes, umzuwandeln.