

Gesamte Rechtsvorschrift für Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012, Fassung vom 04.10.2018

Langtitel

Gesetz vom 16. Oktober 2012 über Krankenanstalten in der Steiermark (Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 – StKAG)

Stammfassung: LGBl. Nr. 111/2012 (XVI. GPStLT RV EZ 1190/1 AB EZ 1190/4) (CELEX-Nr. 32002L0098, 32004L0033)

Änderung

LGBl. Nr. 87/2013 (XVI. GPStLT RV EZ 2008/1 AB EZ 2008/4)

LGBl. Nr. 51/2016 (XVII. GPStLT RV EZ 443/1 AB EZ 443/4) (CELEX-Nr. 32010L0053, 32011L0024)

LGBl. Nr. 3/2018 (XVII. GPStLT RV EZ 1974/1 AB EZ 1974/4)

LGBl. Nr. 63/2018 (XVII. GPStLT RV EZ 2498/1 AB EZ 2498/5) [CELEX-Nr.: 32016R0679]

Präambel/Promulgationsklausel

Inhaltsverzeichnis

1. Teil

Grundsätzliche Bestimmungen über Krankenanstalten

- § 1 Begriff und Einteilung der Krankenanstalten
- § 2 Ausnahmen
- § 3 Standardkrankenanstalten, Schwerpunktkrankenanstalten und Zentralkrankenanstalten
- § 3a Fachrichtungsbezogene Organisationsformen
- § 3b Referenzzentren
- § 3c Entnahmeeinheiten
- § 3d Transplantationszentren

2. Teil

Allgemeine Bestimmungen über die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten

1. Abschnitt

Erteilung und Entziehung von Bewilligungen

- § 4 Errichtungsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten
- § 5 Verfahren zur Errichtung von bettenführenden Krankenanstalten
- § 6 Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten
- § 7 Errichtungsbewilligung für selbstständige Ambulatorien
- § 8 Verfahren zur Errichtung von selbstständigen Ambulatorien
- § 9 Betriebsbewilligung für selbstständige Ambulatorien
- § 10 Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre
- § 11 Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten
- § 12 Verlegung oder Veränderung einer Krankenanstalt; Vorschreibung weiterer Auflagen
- § 13 Verpachtung, Übertragung und Änderung der Bezeichnung einer Krankenanstalt
- § 14 Sperre einer Krankenanstalt
- § 15 Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligung
- § 16 Erlöschen der Errichtungsbewilligung

2. Abschnitt

Organisatorische Bestimmungen über den inneren Betrieb von Krankenanstalten

- § 17 Haftpflichtversicherung
- § 18 Anstaltsordnung
- § 19 Patientinnen-/Patientenrechte
- § 20 Transparentes Wartelistenregime
- § 21 Kollegiale Führung
- § 22 Medizinische Leitungsfunktionen
- § 23 Einrichtung des ärztlichen bzw. zahnärztlichen Dienstes
- § 24 Zahnärztlicher Dienst in selbstständigen Ambulatorien für Zahnheilkunde
- § 25 Untersuchungen und Behandlungen
- § 26 Krankenhaushygiene
- § 27 Technische Sicherheit
- § 28 Einrichtung und Aufgaben der Ethikkommission
- § 29 Zusammensetzung und Organisation der Ethikkommission
- § 30 Qualitätssicherung
- § 31 Personalbedarfsermittlung
- § 32 Blutdepot
- § 32a Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch
- § 33 Kinderschutzgruppen
- § 34 Opferschutzgruppen
- § 35 Verschwiegenheitspflicht
- § 36 Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerken
- § 37 Datenschutz in der Krankenanstalt
- § 38 Zentraler Bettennachweis
- § 39 Wirtschaftsführung
- § 40 Wirtschaftsaufsicht
- § 41 Voranschlag und Rechnungsabschluss
- § 42 Pflegedienst
- § 43 Patientinnen- /Patientenvertretung
- § 44 Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung
- § 45 Fortbildung des nichtärztlichen Personals
- § 46 Supervision
- § 47 Arztausbildungsstellen
- § 48 Informationsverbreitung

3. Teil

Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten

1. Abschnitt

Allgemeines

- § 49 Öffentlichkeitsrecht
- § 50 Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes
- § 51 Gemeinnützigkeit
- § 52 Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes
- § 53 Betriebsunterbrechung und Auflassung
- § 54 Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes
- § 54a Verwendung und Offenlegung von Drittmitteln
- § 55 Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege
- § 56 Enteignung
- § 57 Angliederungsverträge

2. Abschnitt

Organisatorische Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten

- § 58 Fachabteilungen, Pflegegruppen und Departments
- § 59 Fachbereiche
- § 60 Universitätskliniken und Universitätsinstitute
- § 61 Arzneimittelvorrat
- § 62 Einrichtung und Aufgaben der Arzneimittelkommission
- § 63 Zusammensetzung und Organisation der Arzneimittelkommission

- § 64 Prosektur
- § 65 Öffentliche Stellenausschreibung
- § 66 Gebührenklassen

3. Abschnitt

Anstaltspflege

- § 67 Aufnahme in die Anstaltspflege
- § 68 Aufnahme von Begleitpersonen
- § 69 Erste ärztliche Hilfe
- § 70 Entlassung aus der Anstaltspflege
- § 71 Leichenöffnung (Obduktion)
- § 72 Anstaltsambulatorien

4. Abschnitt

Kosten- und Finanzierungsregelungen

- § 73 Pflegegebühren (Pflegegebührenersätze) und LKF-Gebühren
- § 74 Kostenbeitrag von Patientinnen/Patienten
- § 75 Sondergebühren und Sonderaufwendungen
- § 76 Anstaltsgebühren und Arztgebühren in der Sonderklasse
- § 77 Ambulanzgebühren
- § 78 Aufteilung der Arztgebühren
- § 79 Ermittlung und Festsetzung von LKF-Gebühren, Pflegegebühren und Sondergebühren
- § 80 Besondere Regelungen für Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzte, die Bedienstete des Landes und an einer öffentlichen Krankenanstalt tätig sind
- § 81 Besondere Regelungen für besonders qualifizierte nichtärztliche Universitätsabsolventinnen/ Universitätsabsolventen, die Bedienstete des Landes und an einer öffentlichen Krankenanstalt tätig sind
- § 82 Einschränkung der Aufnahmeverpflichtung; Bezahlung der tatsächlichen Behandlungskosten
- § 83 Einbringung der LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen
- § 84 Kostentragungspflichtige Personen
- § 85 Gebührenrechnung
- § 86 Deckung der Betriebsabgänge öffentlicher Krankenanstalten

5. Abschnitt

Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den öffentlichen Krankenanstalten

- § 87 Aufnahmeverpflichtung
- § 88 Abgeltung von Krankenanstaltenleistungen durch den Gesundheitsfonds Steiermark
- § 89 Ansprüche gegenüber Versicherten und anderen Personen
- § 90 Rechte der Sozialversicherungsträger gegenüber Fondskrankenanstalten
- § 91 Elektronischer Datenaustausch
- § 92 Verträge zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Rechtsträgern von Fondskrankenanstalten
- § 93 Schiedskommission
- § 94 Stellung des Gesundheitsfonds Steiermark
- § 95 Beziehungen zwischen Sozialversicherungsträgern und Rechtsträgern von Nicht-Fondskrankenanstalten
- § 96 Leistungsabgeltung bei Nicht-Fondskrankenanstalten
- § 97 Volle Kostenübernahme
- § 98 Begriff des Versicherungsträgers

6. Abschnitt

Beziehungen der Sozialhilfeträger zu den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten

- § 99 Rechte der Sozialhilfeträger

7. Abschnitt

Besondere Bestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in öffentlichen Krankenanstalten und für öffentliche Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie

- § 100 Zweck der Aufnahme

- § 101 Offene und geschlossene Bereiche
- § 102 Besondere Regelungen der Anstaltsordnung
- § 103 Sonderregelung über die ärztliche Leitung

4. Teil

Bestimmungen für private Krankenanstalten

- § 104 Allgemeine Vorschriften
- § 105 Sonderbestimmungen für Errichtung und Betrieb sowie Kostentragung
- § 106 Fortbetriebsrechte
- § 107 Beziehungen der Versicherungsträger zu den privaten Nicht-Fondskrankenanstalten
- § 108 Sonderbestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und für private Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie

5. Teil

Besondere Vorschriften für militärische Krankenanstalten

- § 109 Militärische Krankenanstalten

6. Teil

Schlussbestimmungen

- § 110 Mitteilung an den Landeshauptmann bzw. die Bundesgesundheitsagentur
- § 111 Befreiung von Verwaltungsabgaben
- § 112 Eigener Wirkungsbereich der Gemeinden
- § 112a Übertragener Wirkungsbereich des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger
- § 113 Verweise
- § 114 Rückwirkung von Verordnungen
- § 115 Strafbestimmungen
- § 116 EU-Recht
- § 117 Übergangsbestimmungen
- § 117a Übergangsbestimmungen zur Novelle LGBl. Nr. 3/2018
- § 118 Inkrafttreten
- § 118a Inkrafttreten von Novellen
- § 119 Außerkrafttreten

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013, LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

Text

1. Teil

Grundsätzliche Bestimmungen über Krankenanstalten

§ 1

Begriff und Einteilung der Krankenanstalten

- (1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die
1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
 2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
 3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
 4. zur Entbindung,
 5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder
 6. zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation bestimmt sind.
- (2) Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.
- (3) Krankenanstalten im Sinne des Abs. 1 sind:
1. allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechtes, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung;

2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten (z. B. Anstalten für Lungenkrankheiten, für psychische Krankheiten, für Nervenkrankheiten) oder von Personen bestimmter Altersstufen (z. B. Kinderspitäler, Geriatriische Spitäler) oder für bestimmte Zwecke (z. B. Unfallkrankenhäuser, Inquisitenspitäler);
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. selbstständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbstständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige, 24 Stunden nicht überschreitende Unterbringung zur Durchführung ambulanter, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Die angemessene Zahl von Betten ist im Rahmen der Bedarfsprüfung gemäß § 7 Abs. 3 festzustellen. 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 nach dem Wehrgesetz 2001 stehen.

(4) Fondskrankenanstalten sind Krankenanstalten, die nach dem Steiermärkischen Gesundheitsfondsgesetz 2013, LGBl. Nr. 105/2013, über den Gesundheitsfonds Steiermark finanziert werden.

(5) Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationsdichte und -struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärztinnen/Ärzten oder Zahnärztinnen/Zahnärzten anzusehen. Sie unterliegen den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 2

Ausnahmen

Als Krankenanstalten im Sinne des § 1 gelten nicht:

1. Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
2. Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, und arbeitsmedizinische Zentren im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (ASchG);
3. Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;
4. Hebammenpraxen im Sinne des Hebammengesetzes;
5. die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH;
6. Gruppenpraxen im Sinne des Ärztegesetzes bzw. Zahnärztegesetzes;
7. medizinische Versorgungseinrichtungen in Betreuungseinrichtungen gemäß § 1 Z. 5 des Grundversorgungsgesetzes-Bund 2005, BGBl. I Nr. 405/1991, für Asylwerber.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018

§ 3

Standardkrankenanstalten, Schwerpunktkrankenanstalten und Zentralkrankenanstalten

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

1. Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 7 mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin. In Standardkrankenanstalten

- muss zumindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische bzw. orthopädisch/traumatologische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden;
 - müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärztinnen/Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden;
 - muss in den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern eine fachärztliche Betreuung durch Fachärztinnen/Fachärzte als Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzte gesichert sein.
2. Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 7 mit Abteilungen zumindest für:
- a) Augenheilkunde und Optometrie,
 - b) Chirurgie,
 - c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - d) Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
 - e) Innere Medizin,
 - f) Kinder- und Jugendheilkunde,
 - g) Neurologie,
 - h) Orthopädie und Traumatologie,
 - i) Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und
 - j) Urologie.

In Schwerpunktkrankenanstalten

- müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, Hämodialyse, Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, Physikalische Medizin und Intensivpflege (inklusive Intensivpflege für Neonatologie und Pädiatrie) vorhanden sein und durch Fachärztinnen/Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden;
 - hat die Betreuung in dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie entsprechend dem Bedarf durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärztinnen/Fachärzte als Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzte zu erfolgen;
 - muss in den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern eine ärztliche Betreuung durch Fachärztinnen/Fachärzte als Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzte gesichert sein;
 - müssen schließlich eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden.
3. Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen.

(2) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre der Medizinischen Universität Graz dienen, sind Zentralkrankenanstalten im Sinne des Abs. 1 Z. 3.

(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 11 geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig.

(4) In Standardkrankenanstalten kann die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische bzw. orthopädisch/traumatologische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG auch durch eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden.

(5) Von der Errichtung einzelner im Abs. 1 Z. 2 vorgesehenen 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.

(6) Ob und inwieweit die Voraussetzungen nach Abs. 3 bis Abs. 5 gegeben sind, entscheidet die Landesregierung.

(7) Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 Z. 1 und Z. 2, soweit dort vorgesehen, und nach Maßgabe des § 3a kann 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 insbesondere im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und Traumatologie,
 - d) für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische 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 Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie,
3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach sowie
4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik (Z. 1 lit. e und f) nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018

§ 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 § 23 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. 6 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie oder Remobilisation und Nachsorge mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 23 Abs. 2 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärztinnen/Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 6 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. 6 Z. 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärztinnen/Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärztinnen/Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z. 1 und § 3 Abs. 5 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z. 2 auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.

3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z. 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z. 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 5 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 § 18 Abs. 1 Z. 5 enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener 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 Z. 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. Z. 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 5 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 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

Entnahmeeinheiten

(1) Entnahmeeinheiten sind rechtskräftig bewilligte Krankenanstalten, die die Bereitstellung von Organen im Sinne des Organtransplantationsgesetzes, BGBl. I Nr. 108/2012, 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.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 3d

Transplantationszentren

(1) Transplantationszentren sind Krankenanstalten, die Transplantationen im Sinne des Organtransplantationsgesetzes vornehmen und deren Bewilligung nach den §§ 4ff 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.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

2. Teil

Allgemeine Bestimmungen über die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten

1. Abschnitt

Erteilung und Entziehung von Bewilligungen

§ 4

Errichtungsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

(1) Die Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bedarf nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen einer Bewilligung, sofern § 109 nicht anderes bestimmt; zuständige Behörde ist die Landesregierung.

(2) Eine Errichtungsbewilligung kann unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften erforderlichen Voraussetzungen nur erteilt werden, wenn

1. ein Bedarf im Sinne des Abs. 3 nach einer Krankenanstalt hinsichtlich des angegebenen Anstaltszweckes (§ 1 Abs. 3 und § 3) und des in Aussicht genommenen Leistungsangebotes gegeben ist;
2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte der Antragstellerin/des Antragstellers zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind;
3. 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 und nach seiner Lage für die Art der vorgesehenen Krankenanstalt geeignet ist;
4. gegen die Antragstellerin/den Antragsteller keine Bedenken bestehen.

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) Der Bedarf ist nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot gemäß Abs. 5 und 6 zu beurteilen, dies 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 unter Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit. Die Landesregierung kann die Anwendung der Kriterien durch Verordnung näher regeln.

(4) 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 Steiermärkische Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

(5) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG), 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. 6 anzuwenden.

(6) Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

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

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann.

(7) Bedenken sind gegen eine Antragstellerin/einen Antragsteller insbesondere dann gegeben, wenn

1. sie/er vorbestraft ist und nach der Art der Vorstrafe ein einwandfreier, den gesetzlichen Erfordernissen entsprechender Betrieb der Krankenanstalt nicht zu erwarten ist oder wenn sonstige Umstände vorliegen, die ihre/seine Eignung ausschließen, oder
2. ein Tatbestand des § 13 der Gewerbeordnung 1994, BGBl. Nr. 194, vorliegt.

(7a) 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.

(8) 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.

(9) Die Anlage, der Bau und die Einrichtung der Krankenanstalt muss den Erfordernissen der Hygiene und der Wissenschaften entsprechen, den technischen und wirtschaftlichen Anforderungen genügen und barrierefrei sein. In der Errichtungsbewilligung sind die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und zur Sicherstellung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden Errichtung der Krankenanstalt erforderlichen Bedingungen und Auflagen vorzuschreiben.

Ann.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013, LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 5

Verfahren zur Errichtung von bettenführenden Krankenanstalten

(1) Dem Antrag auf Bewilligung zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt sind maßgerechte Baupläne einer/eines befugten Sachverständigen sowie Bau- und Betriebsbeschreibungen in dreifacher Ausfertigung anzuschließen. Aus diesen Unterlagen muss insbesondere der beabsichtigte Verwendungszweck der Anstaltsräume einschließlich einer Aufstellung über die vorgesehenen medizinischen Geräte und bei den für die Behandlung und Unterbringung der Patientinnen/Patienten sowie für die Unterbringung und den Aufenthalt des Anstaltspersonals bestimmten Räumen auch die Größe der Bodenfläche und des Luftraumes sowie der Bettenstand zu ersehen sein. Diese Anträge haben den Anstaltszweck (§ 1 Abs. 3 und § 3) und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. Beabsichtigt der Rechtsträger der Krankenanstalt, Mittel aufgrund der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen, so ist dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben.

(2) Bei Prüfung des Bedarfes (§ 4 Abs. 2 Z. 1 und § 4 Abs. 3) sind neben den Parteien gemäß Abs. 6 auch die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten der jeweiligen Versorgungsregion (§ 55) zu hören. Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig.

(3) Nach Feststellung des Bedarfes, der Unbedenklichkeit der Bewerberin/des Bewerbers und nach erfolgtem Nachweis des Eigentums oder sonstiger Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlagen ist im weiteren Verfahren unter Mitwirkung medizinischer und technischer

Sachverständiger zu prüfen, ob die von der Antragstellerin/dem Antragsteller für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt im Wesentlichen vorgesehenen Einrichtungen dem im Antrag angegebenen Anstaltszweck genügen und ob die zum Schutze der Patientinnen/Patienten, des Anstaltspersonals und der Besucher erforderlichen Vorkehrungen getroffen sind. Im Verfahren ist die Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt errichtet werden soll, zu hören.

(4) Vor Entscheidung über den Antrag ist ein Gutachten des Landeshauptmannes, das hierzu vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt, einzuholen.

(5) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach § 4 Abs. 2 Z. 2 bis 4 ist nicht erforderlich, wenn eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs beantragt wird.

(6) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt und in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 4 Abs. 2 Z. 1 und § 4 Abs. 3 in Verbindung mit § 4 Abs. 6 zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinne des AVG und das Recht gegen Bescheide der Bewilligungsbehörde Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht und gegebenenfalls Revision an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben.

(7) Der Vorabfeststellungsbescheid, mit dem ein Bedarf festgestellt wurde, tritt außer Kraft

1. wenn nicht innerhalb von 18 Monaten ab seiner Rechtskraft um Errichtungsbewilligung angesucht wird;
2. mit dem rechtskräftigen Erlöschen der erteilten Errichtungsbewilligung;
3. mit dem rechtskräftigen Versagen der Errichtungsbewilligung.

Anm.: in der Fassung LGBL Nr. 51/2016, LGBL Nr. 3/2018

§ 6

Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

(1) Der Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt bedarf nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen einer Bewilligung, sofern § 109 nichts anderes bestimmt; zuständige Behörde ist die Landesregierung. Diese ist zu erteilen, wenn

1. eine Errichtungsbewilligung nach § 4 vorliegt und die Krankenanstalt nach deren Bedingungen und Auflagen entsprechend errichtet und eingerichtet worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und dieselben, wie überhaupt die ganze Betriebsanlage, den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben der Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG bzw. des Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;
3. bei genehmigungspflichtigen Bauvorhaben die baurechtliche Benützungsbewilligung vorliegt;
4. gegen die zur Regelung des inneren Betriebes der Krankenanstalt bestimmte Anstaltsordnung (§ 18) keine Bedenken bestehen;
5. eine geeignete Ärztin/ein geeigneter Arzt zur verantwortlichen Leitung des ärztlichen Dienstes (§ 22 Abs. 1) namhaft gemacht wurde und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzte namhaft gemacht worden sind (§ 22 Abs. 3) sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;
6. die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;
7. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 17 erforderlich ist.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb der bettenführenden Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 2 bis 6 gegeben sind.

(3) In der Bewilligung (Abs. 1) sind die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen eines einwandfreien Krankenanstaltenbetriebes erforderlichen Bedingungen und Auflagen vorzuschreiben.

Anm.: in der Fassung LGBL Nr. 87/2013, LGBL Nr. 3/2018

§ 7

Errichtungsbewilligung für selbstständige Ambulatorien

(1) Selbstständige Ambulatorien bedürfen, sofern § 109 nichts anderes bestimmt, zu ihrer Errichtung einer Bewilligung; zuständige Behörde ist die Landesregierung.

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

1. 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 kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte, Dentistinnen und Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
 - a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
 - b) unter Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann;
2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind;
3. 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 und nach seiner Lage für die Art des vorgesehenen selbstständigen Ambulatoriums geeignet ist;
4. gegen die Antragstellerin/den Antragsteller keine Bedenken bestehen.
5. Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien ausschließlich gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sind.

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:

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

Die Landesregierung kann dazu nähere Vorschriften durch Verordnung erlassen.

(3a) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG, 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 anzuwenden.

(4) Bedenken sind gegen eine Antragstellerin/einen Antragsteller insbesondere dann gegeben, wenn

1. sie/er vorbestraft ist und nach der Art der Vorstrafe ein einwandfreier, den gesetzlichen Erfordernissen entsprechender Betrieb des selbstständigen Ambulatoriums nicht zu erwarten ist oder wenn sonstige Umstände vorliegen, die ihre/seine Eignung ausschließen, oder
2. ein Tatbestand des § 13 der Gewerbeordnung 1994, BGBl. Nr. 194, vorliegt.

(5) Die Anlage, der Bau und die Einrichtung des selbstständigen Ambulatoriums müssen den Erfordernissen der Hygiene und der Wissenschaften entsprechen, den technischen und wirtschaftlichen

Anforderungen genügen und barrierefrei sein. In der Errichtungsbewilligung sind die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und zur Sicherstellung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden Errichtung des selbstständigen Ambulatoriums erforderlichen Bedingungen und Auflagen vorzuschreiben.

(6) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z. 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

(7) Die Errichtungsbewilligung hat – ausgenommen im Fall des Abs. 6 – im Rahmen des Antrags jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen) sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und – soweit sinnvoll – die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen.

(8) Die Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für Steiermark 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 dem Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017 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 dritte Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums betraut.

(9) Die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist abweichend von § 7 Abs. 2 Z. 1, Abs. 3 und Abs. 7 sowie § 8 Abs. 2 nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und – als Ergebnis eines Auswahlverfahrens nach dem Primärversorgungsgesetz – zumindest eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrages vorliegt.

Ann.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013, LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 8

Verfahren zur Errichtung von selbstständigen Ambulatorien

(1) Dem Antrag auf Bewilligung zur Errichtung sind maßgerechte Baupläne einer/eines befugten Sachverständigen sowie Bau- und Betriebsbeschreibungen in dreifacher Ausfertigung anzuschließen. Aus diesen Unterlagen muss insbesondere der beabsichtigte Verwendungszweck der Anstaltsräume einschließlich einer Aufstellung über die vorgesehenen medizinischen Geräte und bei den für die Behandlung der Patientinnen/Patienten sowie für die Unterbringung und Aufenthalt des Anstaltspersonals bestimmten Räumen auch die Größe der Bodenfläche und des Luftraumes zu ersehen sein. Anträge auf Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärztinnen/Ärzten bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzten) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des § 7 Abs. 3 ist zulässig.

(2) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark zum Vorliegen der Kriterien gemäß § 7 Abs. 3 einzuholen.

(3) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach § 7 Abs. 2 Z. 2 bis 4 ist nicht erforderlich, wenn eine gesonderte Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen nach § 7 Abs. 3 beantragt wird.

(4) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums – ausgenommen im Fall des § 7 Abs. 6 – und in Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des § 7 Abs. 3 haben betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die Ärztekammer für Steiermark bzw. bei selbstständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer, hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des AVG und das

Recht gegen Bescheide der Bewilligungsbehörde Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht und gegebenenfalls Revision an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben.

(5) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer eigenen Einrichtung für Zwecke der Primärversorgung eines gesetzlichen Krankenanstaltenträgers gemäß § 339 ASVG kommen einer Beschwerde der Ärztekammer für Steiermark an das Landesverwaltungsgericht und einer Revision der Ärztekammer für Steiermark an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Abs. 4 keine aufschiebende Wirkung zu.

- (6) Der Vorabfeststellungsbescheid, mit dem ein Bedarf festgestellt wurde, tritt außer Kraft
1. wenn nicht innerhalb von 18 Monaten ab seiner Rechtskraft um Errichtungsbewilligung angesucht wird;
 2. mit dem rechtskräftigen Erlöschen der erteilten Errichtungsbewilligung;
 3. mit dem rechtskräftigen Versagen der Errichtungsbewilligung.

Anm.: in der Fassung LGBL Nr. 51/2016, LGBL Nr. 3/2018

§ 9

Betriebsbewilligung für selbstständige Ambulatorien

(1) Der Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums bedarf einer Bewilligung der Landesregierung, sofern § 109 nichts anderes bestimmt. Diese ist zu erteilen, wenn insbesondere

1. die Errichtungsbewilligung nach § 7 vorliegt und die Krankenanstalt nach deren Bedingungen und Auflagen entsprechend errichtet und eingerichtet worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
3. bei genehmigungspflichtigen Bauvorhaben die baurechtliche Benützungsbewilligung vorliegt;
4. gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 18) keine Bedenken bestehen;
5. eine geeignete Ärztin/ein geeigneter Arzt zur verantwortlichen Leitung des ärztlichen Dienstes oder eine geeignete Zahnärztin/ein geeigneter Zahnarzt des zahnärztlichen Dienstes (§§ 22 Abs. 1 und 24 Abs. 1) namhaft gemacht wurde sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird und
6. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 17 erforderlich ist.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb des selbstständigen Ambulatoriums eines Krankenversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn eine Einigung gemäß § 339 ASVG oder eine Errichtungsbewilligung gemäß § 7 Abs. 8 zweiter Satz vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 1 Z. 2 bis 5 gegeben sind.

(2a) Die Bewilligung zum Betrieb einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 oder 2 erfüllt sind. Der § 18 ist nicht anzuwenden.

(3) In der Betriebsbewilligung sind die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen eines einwandfreien Krankenanstaltenbetriebes erforderlichen Bedingungen und Auflagen vorzuschreiben.

Anm.: in der Fassung LGBL Nr. 87/2013, LGBL Nr. 51/2016, LGBL Nr. 3/2018

§ 10

Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre

Bei Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre der Medizinischen Universität Graz dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt ist in einer Vereinbarung zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und der Medizinischen Universität Graz näher zu regeln.

Anm.: in der Fassung LGBL Nr. 3/2018

§ 11

Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten

(1) Eine örtlich getrennte Unterbringung gemäß § 3 Abs. 3 im grenznahen Gebiet eines Nachbarstaates ist nur für einzelne vorgesehene Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten in ihrer Gesamtheit zulässig und bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur räumlich beschränkt für beidseits in Staatsgrenznähe gelegene Krankenanstalten und nur dann erteilt werden, wenn nachgewiesen ist, dass

1. durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
2. das Vorhaben in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG bzw. im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehen ist,
3. den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird,
4. auf den Behandlungsvertrag österreichisches Recht anwendbar und ein österreichischer Gerichtsstand gegeben ist,
5. die Behandlung und Pflege von Patientinnen/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 Patientinnen/Patienten der im Ausland gelegenen Krankenanstalt und ausschließlich durch Personal dieser Krankenanstalt sowie unter der Leitung der im Ausland gelegenen Krankenanstalt zu erfolgen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018

§ 12

Verlegung oder Veränderung einer Krankenanstalt; Vorschreibung weiterer Auflagen

(1) Die Verlegung einer Krankenanstalt an einen anderen Betriebsort bedarf einer Bewilligung der Landesregierung. In einem solchen Fall sind die Vorschriften der §§ 4 bis 9 sinngemäß anzuwenden. Bei einer Verlegung des Betriebsortes innerhalb desselben Einzugsgebietes unter Beibehaltung des bewilligten Umfangs und der Funktionen der Anstalt ist von einer neuerlichen Bedarfsprüfung abzusehen.

(2) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Diese ist insbesondere nur dann zu erteilen, wenn das Vorhaben den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG bzw. dem Landeskrankenanstaltenplan nicht widerspricht und bei Fondskrankenanstalten zudem die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

(3) Wesentliche Veränderungen sind insbesondere Vorhaben zur Schaffung neuer Betriebsbereiche (Abteilungen, Departements, Stationen, Institute, Ambulatorien und dergleichen) oder Maßnahmen zur Änderung des Umfangs der Krankenanstalt. Für den zu ändernden Teil der Krankenanstalt sind die Bestimmungen der §§ 4 bis 9 sinngemäß anzuwenden. 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 der §§ 6 und 9; einem Antrag auf eine derartige Bewilligung sind jedoch eine Funktionsbeschreibung samt Raumzuordnung sowie Übersichtspläne in jeweils dreifacher Ausfertigung anzuschließen.

(4) Für die Erwerbung oder die Erweiterung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers sind die Bestimmungen der §§ 7 bis 9 sinngemäß anzuwenden.

(5) Ergibt sich nach rechtskräftiger Erteilung einer Bewilligung gemäß §§ 4 bis 6 bzw. §§ 7 bis 9, 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 Patientinnen/Patienten und Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern nicht hinreichend gewährleistet ist, so ist

die Abänderung bestehender Auflagen und die Vorschreibung weiterer Auflagen für den Betrieb unter möglichster Schonung erworbener Rechte zulässig.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 13

Verpachtung, Übertragung und Änderung der Bezeichnung einer Krankenanstalt

Die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung – auch einen Teils – auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung bedarf einer Bewilligung der Landesregierung. Diese ist nur zu erteilen, wenn Bedenken weder gegen die neu als Betriebsinhaber namhaft gemachte Person oder den neuen Rechtsträger (§ 4 Abs. 2 Z. 4 und § 7 Abs. 2 Z. 4) noch gegen die neue Bezeichnung bestehen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 14

Sperre einer Krankenanstalt

(1) Die Sperre einer Krankenanstalt oder einzelner Betriebsbereiche ist durch die Landesregierung anzuordnen, wenn die Krankenanstalt oder der betreffende Betriebsbereich ohne die vorgeschriebene Bewilligung betrieben wird oder wenn schwer wiegende Mängel, durch welche ein einwandfreier Betrieb nicht mehr gesichert erscheint, trotz Aufforderung innerhalb einer angemessenen, von der Landesregierung festzusetzenden Frist nicht behoben werden. Bei der Aufforderung zur Behebung der Mängel ist der Rechtsträger der Krankenanstalt auf die Möglichkeit einer Sperre wie auch auf die Möglichkeit einer Zurücknahme der Betriebsbewilligung nach § 15 Abs. 3 aufmerksam zu machen.

(1a) Zur Kontrolle ist Organen der Landesregierung bzw. der von dieser beauftragten Personen während der Betriebszeit jederzeit auch unangemeldet zu allen Räumlichkeiten, Apparaten, sonstigen Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt Zutritt zu gewähren. Auf ihr Verlangen ist diesen Organen in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die den Betrieb der Anstalt betreffen. Die Einsicht nehmenden Organe bzw. beauftragten Personen sind auch berechtigt, von den eingesehenen Unterlagen kostenlos Abschriften und Kopien herzustellen.

(2) Mit dem Zeitpunkt der Sperre ist der Krankenanstalt jede weitere Aufnahme von Kranken untersagt. Die in Anstaltspflege befindlichen Patientinnen/Patienten sind bei gleichzeitiger Sicherstellung einer allenfalls notwendigen Unterbringung in einer anderen Krankenanstalt zu verhalten, die gesperrte Krankenanstalt sofort zu verlassen. Für die weitere Behandlung und Pflege der wegen Transportunfähigkeit in der Anstalt verbleibenden Patientinnen/Patienten ist durch geeignete Maßnahmen auf Kosten des Rechtsträgers der gesperrten Anstalt vorzusorgen.

(3) Maßnahmen nach Abs. 2 sind auch zu treffen, wenn sich der Landeshauptmann aus dem Grunde der sanitären Aufsicht veranlasst findet, die Weiterführung des Betriebes einer Krankenanstalt wegen wiederholter Verletzung sanitärer Vorschriften oder wegen anders nicht zu behobender gesundheitlicher Missstände zu untersagen.

(4) Die Sperre ist aufzuheben, wenn die für die Verhängung maßgeblichen Gründe weggefallen sind.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013, LGBl. Nr. 3/2018

§ 15

Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligung

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung, insbesondere durch eine Änderung der Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG bzw. des Landeskrankenanstaltenplanes 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

1. eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betrieb vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Erteilung der Betriebsbewilligung ausgeschlossen hätte, nachträglich hervorkommt;
2. der Betrieb der Krankenanstalt nicht innerhalb eines Jahres nach Erteilung der Betriebsbewilligung aufgenommen oder entgegen den Vorschriften des § 53 unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

(3) Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten kann zurückgenommen werden, wenn sonstige schwer wiegende Mängel trotz Aufforderung innerhalb einer festgesetzten Frist nicht behoben werden.

(4) Die Landesregierung kann eine unerstreckbare Frist von höchstens einem Jahr zur Behebung des Mangels einräumen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 16

Erlöschen der Errichtungsbewilligung

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt (§ 4 bzw. § 7) erlischt, wenn

1. nach Erteilung der Errichtungsbewilligung nicht innerhalb von fünf Jahren die Betriebsbewilligung (§ 6 bzw. § 9) erteilt worden ist, wobei Änderungen der Errichtungsbewilligung gem. § 12 den Lauf der Frist nicht beeinflussen;
2. der Anstaltsbetrieb mehr als fünf Jahre unterbrochen worden ist.

(2) Die im Abs. 1 gesetzten Fristen können auf Grund eines vor ihrem Ablauf gestellten Antrages aus wichtigen Gründen einmal für maximal fünf Jahre verlängert werden. Durch den Antrag wird die Frist bis zur rechtskräftigen Entscheidung erstreckt.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

2. Abschnitt

Organisatorische Bestimmungen über den inneren Betrieb von Krankenanstalten

§ 17

Haftpflichtversicherung

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

(2) Für den Versicherungsvertrag muss Folgendes gelten:

1. Die Mindestversicherungssumme für jeden Versicherungsfall muss 2 000 000 Euro betragen,
2. eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode das Fünffache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten und
3. der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig.

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

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

§ 18

Anstaltsordnung

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

1. 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;

2. die Organisation der Krankenanstalt, die Person ihres Rechtsträgers und die wesentlichen, dem Betrieb der Anstalt zugrundeliegende Rechtsverhältnisse sowie die Regelung ihrer Vertretung nach außen;
3. die Anstaltsorgane, deren Wirkungsbereich und die Grundzüge der Verwaltung und die Betriebsform der Krankenanstalten; 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 Abs. 7 aufgenommen werden;
4. Regelungen betreffend die Leitung der in § 3a genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in Abs. 7 genannten Betriebsformen;
5. Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
6. die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
7. die Regelung der Verschwiegenheitspflicht (§ 35) und die disziplinarische Ahndung von Verletzungen derselben;
8. den für die Aufnahme in Krankenanstaltspflege in Betracht kommenden Personenkreis, die Bedingungen und den Vorgang der Aufnahme in die Anstaltspflege und der Entlassung, besonders bei der Entlassung aus disziplinarischen Gründen;
9. das von Patientinnen/Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beachtende Verhalten (Hausordnung);
10. die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;
11. Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (Abs. 7);
12. die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindenführhunde, Servicehunde und Signalhunde) und Therapiehunden nach dem Bundesbehindertengesetz aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist.

(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 Patientinnen/Patienten von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patientinnen/-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 für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre der Medizinischen Universität Graz dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor ihrer Genehmigung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt das Rektorat der Medizinischen Universität Graz zu hören.

(5) Die Anstaltsordnung und jede Änderung derselben bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die Anstaltsordnung den Vorschriften des Abs. 1 nicht entspricht oder sonstige gesetzwidrige Bestimmungen enthält.

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt ist verpflichtet die Anstaltsordnung an geeigneter für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen; überdies sind die Teile der Anstaltsordnung gem. Abs. 1 Z. 1 bis 3 und Z. 9 und 10 der Patientin/dem Patienten zugänglich zu machen. Mit der Genehmigung der Anstaltsordnung ist dem Rechtsträger der Krankenanstalt aufzutragen, dass er allen in der Krankenanstalt beschäftigten Personen die im Abs. 1 Z. 6 und 7 bezeichneten Bestimmungen nachweisbar zur Kenntnis bringt und sie auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht nach § 115 Abs. 1 aufmerksam zu machen hat.

(7) 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 Patientinnen/Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 3a vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die

- Patientinnen/Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können.
2. Als Wochenklinik geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im 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 Patientinnen/Patienten für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren 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 Patientinnen/Patienten in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Die Ambulante Erstversorgungseinheit kann über eine angemessene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und -therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal 8 Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind Z. 4 und § 72 sinngemäß anzuwenden.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 19

Patientinnen-/Patientenrechte

(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt ist unter Beachtung des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes verpflichtet, Sorge zu tragen, dass die Rechte der Patientinnen/Patienten in der Krankenanstalt beachtet werden und dass den Patientinnen/Patienten die Wahrnehmung ihrer Rechte in der Krankenanstalt ermöglicht wird.

(2) Dies betrifft insbesondere folgende Patientinnen-/Patientenrechte:

1. Recht auf Informationsmöglichkeit über die zustehenden Patientinnen-/Patientenrechte;
2. Recht auf rücksichtsvolle Behandlung;
3. Recht auf Verschwiegenheit (§ 35);
4. Recht auf Aufklärung und Information über Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken sowie Recht auf aktive Beteiligung an den ihren Gesundheitszustand betreffenden Entscheidungsprozessen;
5. Recht auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung (§ 25 Abs. 2);
6. Recht auf Einsichtnahme in die Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer Kopie gegen Ersatz der Kosten;
7. Recht darauf, dass ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt bestehen und dass Vertrauenspersonen der Patientin/des Patienten im Fall einer nachhaltigen

Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch außerhalb der Besuchszeiten Kontakt mit der Patientin/dem Patienten aufnehmen können;

8. Möglichkeit einer seelsorgerischen Betreuung auf Wunsch der Patientin/des Patienten;
9. Recht auf vorzeitige Entlassung nach Maßgabe des § 70 Abs. 4 bis 6;
10. Recht auf Ausstellung eines Entlassungsbriefes (§ 70 Abs. 2);
11. Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden;
12. Recht auf ausreichende Wahrung der Intimsphäre auch in Mehrbetträumen;
13. Möglichkeit einer psychologischen Unterstützung auf Wunsch der Patientin/des Patienten;
14. Recht auf möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenzimmer bei stationärer Versorgung von Kindern;
15. Recht auf Sicherstellung eines würdevollen Sterbens und die Möglichkeit der Kontaktpflege von Vertrauenspersonen mit dem Sterbenden;
16. Recht auf medizinische Information, die auf Wunsch der Patientin/des Patienten ihr/ihm oder Vertrauenspersonen gegenüber durch eine/einen zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärztin/berechneten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben wird.

(3) Die Organisations- und Behandlungsabläufe in der Krankenanstalt sind nach den Bedürfnissen der Patientinnen/Patienten so weit auszurichten, als dadurch ein ungestörter und effizienter Betriebsablauf nicht nachteilig beeinträchtigt wird; dabei ist auf die Möglichkeit des Rechtsträgers und die kostengünstige Erbringung von Anstaltsleistungen Bedacht zu nehmen.

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

(4) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat dafür zu sorgen, dass die Patientinnen/Patienten bzw. deren Vertrauenspersonen über ihre Rechte und deren Durchsetzung in der Krankenanstalt sowie auf Verlangen über die Haftpflichtversicherung nach § 17 schriftlich informiert werden.

(5) In jeder Krankenanstalt ist den Patientinnen/Patienten eine Person oder Stelle bekannt zu geben, die ihnen für Informationen, Anregungen oder Beschwerden zur Verfügung steht.

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Patientinnen/Patienten über die Steiermärkische Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung zu informieren.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 20

Transparentes Wartelistenregime

(1) Die Rechtsträger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten sind verpflichtet, in den Abteilungen für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie Wartelisten für solche elektive Operationen und invasive Diagnosemaßnahmen zu führen, bei denen die Wartezeit regelmäßig 4 Wochen übersteigt.

(2) In die Warteliste sind alle Personen aufzunehmen, mit denen ein voraussichtlicher Termin für den Eingriff vereinbart wird. Die Terminvergabe hat ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten und nach betriebsorganisatorischen Aspekten zu erfolgen. Das Wartelistenregime (Wartelistenmanagement) ist in pseudonymisierter (Art. 4 Z 5 Datenschutz-Grundverordnung) Form zu führen.

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

1. die Wartezeit der einzelnen Patientinnen/Patienten, d.h. die Zeit, die zwischen der Aufnahme in die Warteliste und dem Eingriffstermin liegt;
2. die Anzahl der Personen auf der Warteliste, wobei die Anzahl der Sonderklassepatientinnen/Sonderklassenpatienten getrennt zu führen ist.

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

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 63/2018

§ 21

Kollegiale Führung

(1) Bei öffentlichen Krankenanstalten sowie bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten, die von einer Gebietskörperschaft oder einem Sozialversicherungsträger betrieben werden oder die Beiträge zum Betriebsabgang erhalten, hat deren Rechtsträger unbeschadet seiner Verfügungsrechte zur Besorgung der Aufgaben, die den ärztlichen, den Verwaltungs- und den Pflegebereich gemeinsam betreffen, die kollegiale Führung der Krankenanstalt durch die Personen, die zur ärztlichen Leitung, zur Verwaltungsleitung und zur Leitung des Pflegedienstes (Anstaltsleitung) bestellt sind, vorzusehen.

(2) Der Rechtsträger einer im Abs. 1 bezeichneten Krankenanstalt kann mit Bewilligung der Landesregierung von der Einrichtung einer kollegialen Führung Abstand nehmen, wenn dies im Interesse einer effizienten Organisation und Betriebsführung geboten ist. Im Bewilligungsverfahren ist der Gesundheitsfonds Steiermark zu hören.

(3) Die Aufgaben der Anstaltsleitung, die Grundzüge für ihre Tätigkeit und die Geschäftsführung sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt in den Anstaltsordnungen festzulegen.

(4) Die durch Entscheidungen der kollegialen Führung in ihrem Aufgabenbereich unmittelbar betroffenen Mitglieder der Anstaltsleitung haben ein Appellationsrecht an den jeweiligen Rechtsträger. Bis dahin kann bei Gefahr im Verzug jedes Mitglied der Anstaltsleitung für den eigenen Bereich Verfügungen treffen; handelt es sich um Fragen der Pflege als Teil der medizinischen Behandlung, so steht die Entscheidung für den Fall, dass keine Übereinstimmung erzielt werden kann, jedenfalls der ärztlichen Leiterin/dem ärztlichen Leiter zu.

(5) Durch die kollegiale Führung dürfen die der ärztlichen Leitung, der Verwaltungsleitung und der Pflegedienstleitung nach § 22 Abs. 1, § 39 Abs. 1 und § 42 Abs. 1 zukommenden Aufgaben nicht beeinträchtigt werden. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die kollegiale Führung ihre Aufgaben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 30 Abs. 3 erfüllen kann.

(6) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre der Medizinischen Universität Graz dient und in der eine kollegiale Führung eingerichtet ist, ist die Rektorin/der Rektor oder eine Universitätsprofessorin/ein Universitätsprofessor der Medizinischen Universität Graz, die/der von der Universität vorgeschlagen wurde, den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 22

Medizinische Leitungsfunktionen

(1) Für jede Krankenanstalt ist durch deren Rechtsträger eine geeignete Ärztin/ein geeigneter Arzt, bei fachbezogenen Krankenanstalten eine Fachärztin/ein Facharzt des einschlägigen medizinischen Sonderfaches zur verantwortlichen Leitung des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der in Anstaltspflege genommenen Personen zusammenhängenden Aufgaben zu bestellen. Diese Person kann gleichzeitig auch mit Aufgaben nach Abs. 3 betraut werden. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, jedenfalls im Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz (Zentralkrankenanstalt), ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben. Ist der Rechtsträger der Anstalt eine physische Person und selbst mit der Führung der ärztlichen Angelegenheiten befasst, so kann von der Bestellung einer eigenen Person für die ärztliche Leitung abgesehen werden. Dies gilt auch für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums, wobei die ärztliche Leiterin/der ärztliche Leiter zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet ist. Ebenso kann die Landesregierung für Pflegeanstalten für chronisch Kranke (§ 1 Abs. 3 Z. 3) von der Verpflichtung zur Bestellung einer ärztlichen Leitung Abstand nehmen, wenn die Aufsicht durch eine geeignete Ärztin/einen geeigneten Arzt gewährleistet ist. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Anstalt in organisatorischen und wirtschaftlichen Angelegenheiten (§ 39) bleibt unberührt.

(2) Bei Verhinderung der Person, die zur ärztlichen Leitung bestellt ist, muss diese durch eine geeignete Ärztin/einen geeigneten Arzt vertreten werden.

(3) Mit der Führung von Abteilungen, Departements oder Fachschwerpunkten für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen von Krankenanstalten dürfen nur Fachärztinnen/Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzte, wenn aber ein Sonderfach nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärztinnen/Ärzte

betrault werden. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch eine in gleicher Weise qualifizierte, zur ärztlichen bzw. zahnärztlichen Berufsausübung berechnigte Person sicherzustellen.

(3a) Sofern bestehende Abteilungen der medizinischen Sonderfächer Orthopädie und Unfallchirurgie zu einer Abteilung des medizinischen Sonderfachs Orthopädie und Traumatologie zusammengeführt werden, kann diese Abteilung von einer Fachärztin/einem Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie oder von einer Fachärztin/einem Facharzt für Unfallchirurgie nach Maßgabe der Ärztinnen/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) geleitet werden, sofern in dieser Abteilung mindestens zwei Fachärztinnen/Fachärzte des jeweils anderen medizinischen Sonderfachs tätig sind.

(4) Die Bestellung einer Person zur ärztlichen Leitung und zur Leitung der Prosektur einer Krankenanstalt bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die in Betracht kommenden Ärztinnen und Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs. 1 bis 3 sowie § 23 Abs. 1 vorgesehenen Bedingungen entsprechen. Eine solche Genehmigung ist bei der Errichtung einer Krankenanstalt gleichzeitig mit der Bewilligung zum Betrieb und sonst vor Dienstantritt der Ärztin/des Arztes zu erteilen.

(5) Von den Bestimmungen des Abs. 4 sind jene Stellen ausgenommen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden.

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

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018

§ 23

Einrichtung des ärztlichen bzw. zahnärztlichen Dienstes

(1) Der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst darf in Krankenanstalten nur von Personen versehen werden, die nach den Vorschriften des Arztesgesetzes bzw. Zahnärztesgesetzes zur Ausübung des ärztlichen bzw. zahnärztlichen Berufes berechnigt sind.

(2) Der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass

1. ärztliche bzw. zahnärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
2. in Zentralkrankenanstalten uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärztinnen/Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben ist; in Betracht kommende Sonderfächer sind über die in Z. 3 genannten hinaus jene, in denen in Hinblick auf ein akutes Komplikationsmanagement eine fachärztliche Anwesenheit erforderlich ist. Dabei ist die gebotene Anzahl anwesender Fachärzte sicherzustellen. Im Übrigen kann auch in Zentralkrankenanstalten im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;
3. in Schwerpunktkrankenanstalten jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie und Unfallchirurgie eine Fachärztin/ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist; im Übrigen kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärztinnen/Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist und für diese Abteilungen zumindest eine/ein in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt stehende Turnusärztin/stehender Turnusarzt, die/der sich im 3. bzw. 4. Ausbildungsjahr des Hauptfaches befindet, Dienst verrichtet;
4. in Standardkrankenanstalten im Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfall-medizinische Versorgung durch eine/einen in der Krankenanstalt anwesende/anwesenden Fachärztin/Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie gewährleistet ist und eine Rufbereitschaft von Fachärztinnen/Fachärzten der jeweiligen in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben ist; während der übrigen Zeiten müssen auch in Standardkrankenanstalten Fachärztinnen/Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein;
5. in Fachschwerpunkten außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärztinnen/Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden kann, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;

6. in dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmung zur Rufbereitschaft gemäß Z. 3 und 4 sinngemäß und kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärztinnen/Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patientinnen/Patienten durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist;
7. in dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärztinnen/Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sichergestellt ist;
8. in Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärztinnen/Turnusärzte ausgebildet werden, an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst so organisiert sein kann, dass ärztliche bzw. zahnärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), für Heilmasseurinnen/Heilmasseure nach dem Medizinischen Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG) sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseurinnen/Masseur nach dem MMHmG und Personal nach dem Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie (MABG) und dem Bundesgesetz über die Regelung des medizinischen-technischen Fachdienstes und der Saniätshilfsdienste (MTF-SHD-G) gewährleistet ist;
9. die in der Krankenanstalt tätigen Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können;
10. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärztinnen/Turnusärzte gewährleistet ist.

(3) In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten, die als Universitätskliniken oder als Klinische Institute in Klinische Abteilungen untergliedert sind, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht der/dem gemäß § 22 Abs. 3 mit der Führung der Abteilung bzw. sonstigen Organisationseinheit betrauten Ärztin/Arzt bzw. Zahnärztin/Zahnarzt, sondern der Leitung der Klinischen Abteilung zu.

(4) In Gemeinsamen Einrichtungen von Kliniken und Instituten an der Medizinischen Universität Graz, zu deren Aufgabe auch die Erbringung ärztlicher Leistungen gehört, kommt die Verantwortung für diese ärztlichen Aufgaben der Leiterin/dem Leiter der Gemeinsamen Einrichtung zu.

(5) In Abteilungen von Krankenanstalten, in deren Rahmen Departments geführt werden, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht der/dem gem. § 22 Abs. 3 mit der Führung der Abteilung betrauten Ärztin/Arzt bzw. Zahnärztin/Zahnarzt, sondern der Leitung des Departments zu.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018

§ 24

Zahnärztlicher Dienst in selbstständigen Ambulatorien für Zahnheilkunde

(1) Mit der Führung von selbstständigen Zahnambulatorien dürfen entsprechend dem vorgesehenen Leistungsspektrum nur Zahnärztinnen/Zahnärzte oder Fachärztinnen/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 eine geeignete Zahnärztin/ein geeigneter Zahnarzt oder eine geeignete Fachärztin/ein geeigneter Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu betrauen. Dabei ist sicherzustellen, dass dem zahnärztlichen bzw. ärztlichen Dienst ausreichend Zahnärztinnen/Zahnärzte und Fachärztinnen/Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie angehören. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung der Leitung durch eine/einen in gleicher Weise qualifizierte Zahnärztin/qualifizierten Zahnarzt oder Fachärztin/Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sicherzustellen.

(2) Der zahnärztliche Dienst in selbstständigen Zahnambulatorien darf nur von Personen, die zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes berechtigt sind, sowie entsprechend dem vorgesehenen Leistungsspektrum auch von Fachärztinnen/Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, die zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind, versehen werden.

(3) Die Bestellung einer Person zur verantwortlichen Leitung eines Zahnambulatoriums bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die in Betracht kommenden Zahnärztinnen/Zahnärzte bzw. Ärztinnen/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 der Zahnärztin/des Zahnarztes bzw. der Ärztin/des Arztes zu erteilen.

(4) Von Abs. 3 sind jene Stellen ausgenommen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden.

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

§ 25

Untersuchungen und Behandlungen

(1) Ärztliche bzw. zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen dürfen in Krankenanstalten nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Wissenschaft vorgenommen werden. Erforschungen und Erprobungen neuer Grundsätze und neuer Methoden sind vornehmlich Angelegenheiten der zugleich dem Unterricht an der Medizinischen Universität Graz dienenden Krankenanstalten (Kliniken).

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

(3) Ist eine Einwilligung bzw. Zustimmung nach den § 252 Abs. 4, § 253 Abs. 3 und § 254 Abs. 3 ABGB nicht erforderlich, entscheidet über die Dringlichkeit einer Behandlung die ärztliche Leitung der Krankenanstalt oder die/der für die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung verantwortliche Ärztin/Arzt bzw. Zahnärztin/Zahnarzt. Ist eine Abteilung in Departments bzw. Fachschwerpunkte gegliedert, so entscheidet darüber die Departmentleitung bzw. die Leitung des Fachschwerpunktes.

Ann.: in der Fassung LGBL Nr. 3/2018

§ 26

Krankenhaushygiene

(1) Für jede Krankenanstalt ist eine Fachärztin/ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygienikerin/-hygieniker) oder eine sonst fachlich geeignete, zur selbstständigen ärztlichen Berufsausübung berechnete Person (Hygienebeauftragte/Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Für jedes selbstständige Zahnambulatorium ist eine Fachärztin/ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygienikerin/-hygieniker) oder eine/einer sonst fachlich geeignete/geeigneter, zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Zahnärztin/berechneter Zahnarzt oder Fachärztin/Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragte/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.

(2) In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung der/des Krankenhaushygienikerin/-hygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, jedenfalls im Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz, hauptberuflich auszuüben.

(3) In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem die/der Krankenhaushygienikerin/-hygieniker bzw. die/der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören. Die Dienstobliegenheiten des Hygieneteams (Protokoll, Beschlüsse, Weiterleitung und Verantwortung) sind in der Anstaltsordnung (§ 18) zu regeln.

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung/Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden

Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch 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 Verantwortlichen, wie ärztliche Leitung der Krankenanstalt, Pflegedienstleitung oder Verwaltungsleitung, zu übermitteln.

(5) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, personenbezogene Daten der Patientinnen/Patienten in pseudonymisierter Form zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

(6) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien kann die Funktion der/des Krankenhaushygienikerin/-hygienikers oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung durch die ärztliche Leitung ausgeübt werden. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls die/der Krankenhaushygienikerin/-hygieniker oder die/der Hygienebeauftragte beizuziehen.

(7) Soweit ein bestimmter Immunstatus für die Tätigkeit in einer oder mehreren Organisationseinheiten der Krankenanstalt aus medizinischen, hygienischen oder rechtlichen Gründen geboten ist, ist dafür zu sorgen, dass nur Personal, das über diesen Impfstatus verfügt, dort Zutritt hat. Das gilt auch für auszubildende Personen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018, LGBl. Nr. 63/2018

§ 27

Technische Sicherheit

(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 (Technische Sicherheitsbeauftragte/Technischer Sicherheitsbeauftragter). Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Zur/zum technischen Sicherheitsbeauftragten dürfen nur Personen bestellt werden, wenn sie auf dem Gebiete der Technischen Sicherheit mit den speziellen Erfordernissen einer Krankenanstalt besonders vertraut sind und eine einschlägige Ausbildung an einer Universität, einer berufsbildenden höheren Lehranstalt, einer Fachhochschule oder eine Meisterprüfung in einem einschlägigen Fach mit Erfolg absolviert haben und drei Jahre praktische Betätigung auf diesem Gebiet nachweisen können.

(3) Die Bestellung von ein und derselben Person zur/zum Technischen Sicherheitsbeauftragten für mehrere Krankenanstalten bzw. mehreren Technischen Sicherheitsbeauftragten jeweils für bestimmte Gruppen von medizinisch-technischen Geräten und technischen Einrichtungen ist zulässig. Sie ist unter Angabe der Anstaltsbereiche bzw. der Tätigkeitsabgrenzung der Landesregierung anzuzeigen.

(4) Die/Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat die medizinisch-technischen 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 im Zusammenwirken mit der Verwaltungsleitung (§ 39 Abs. 1) zu sorgen. Vom Ergebnis der Überprüfung bzw. von festgestellten Mängeln und deren Behebung sind unverzüglich die ärztliche Leitung (§ 22 Abs. 1) und die Verwaltungsleitung (§ 39 Abs. 1) in Kenntnis zu setzen.

(5) Die/Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat bei ihrer/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 ASchG zusammenzuarbeiten.

(6) Die/Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat ferner die ärztliche Leitung und die Verwaltungsleitung in allen Fragen der Betriebssicherheit und des einwandfreien Funktionierens der medizinisch-technischen Geräte und der technischen Einrichtungen zu beraten. Sie/Er ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten der Krankenanstalt sowie bei der Anschaffung von medizinisch-technischen Geräten und technischen Einrichtungen zuzuziehen.

§ 28

Einrichtung und Aufgaben der Ethikkommission

- (1) Die Träger von Krankenanstalten haben Ethikkommissionen zur Beurteilung
1. klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten,

2. der Anwendung neuer medizinischer Methoden und Nicht-interventioneller Studien,
3. angewandter medizinischer Forschung und
4. der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden in der Krankenanstalt einzurichten.

Dabei kann auch für mehrere Krankenanstalten eine gemeinsame Ethikkommission eingerichtet werden. Die Rechtsträger sind verpflichtet, durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung den Ethikkommissionen zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen. Die Rechtsträger sind berechtigt, vom Sponsor bzw. von der sonst zur Befassung berechtigten oder verpflichteten Person einen Kostenbeitrag entsprechend den erfahrungsgemäß im Durchschnitt erwachsenden Kosten einer Beurteilung im Rahmen einer klinischen Prüfung zu verlangen.

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

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

(3) Neue medizinische Methoden im Sinne des Abs. 1 sind Methoden, die in Österreich noch nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen und die auf Grund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der medizinischen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, dass eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist. Vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat die Befassung der Ethikkommission durch die Leitung der Organisationseinheit zu erfolgen, in deren Bereich die neue medizinische Methode angewendet werden soll.

(4) Vor der Durchführung angewandter medizinischer Forschung und von Pflegeforschungsprojekten sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden kann die Ethikkommission befasst werden. Dies hat hinsichtlich Pflegeforschungsprojekte und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden durch die Pflegedienstleitung, hinsichtlich angewandter medizinischer Forschung und neuer Behandlungskonzepte und -methoden durch die Leitung der Organisationseinheit, in deren Bereich das Forschungsprojekt, das Konzept oder die Methode angewandt werden soll, zu erfolgen.

(5) Für Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre der Medizinischen Universität Graz dienen, ist eine Ethikkommission nach Abs. 1 nicht zu errichten, wenn an der Medizinischen Universität Graz nach universitätsrechtlichen Vorschriften eine gleichwertige Kommission eingerichtet ist, die die Aufgaben der Ethikkommission wahrnimmt.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018

§ 29

Zusammensetzung und Organisation der Ethikkommission

(1) Der Ethikkommission, die sich aus Frauen und Männern in einem ausgewogenen Verhältnis zusammensetzen hat, gehören mindestens an:

1. eine Ärztin/ein Arzt, die/der im Inland zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt ist und die/der weder ärztliche Leiterin/ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüferin/Prüfer bzw. Klinische Prüferin/Klinischer Prüfer ist,
2. eine Fachärztin/ein Facharzt, in deren/dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt, oder gegebenenfalls eine Zahnärztin/ein Zahnarzt, und die nicht Prüfer sind, und gegebenenfalls eine sonstige entsprechende Person, die Angehörige eines Gesundheitsberufes ist,
3. eine Angehörige/ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege,
4. eine Juristin/ein Jurist,
5. eine Pharmazeutin/ein Pharmazeut,

6. eine Patientenvertreterin/ein Patientenvertreter (Gesetz über die Patientinnen- /Patienten- und Pflegevertretung, LGBl. Nr. 66/2003),
7. eine Person, die über biometrische Expertise verfügt,
8. eine Vertreterin/ein Vertreter einer repräsentativen Behindertenorganisation sowie eine Vertreterin/ein Vertreter der Seniorinnen/Senioren, welche/welcher einer Seniorenorganisation, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz entspricht, anzugehört hat und
9. eine weitere, nicht unter Z. 1 bis 8 fallende Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt.

Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen. Die Bestellung der Mitglieder (Ersatzmitglieder) hat der Rechtsträger der Krankenanstalt zu veranlassen.

(2) Die Landesregierung hat das Recht, die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Ethikkommission aus wichtigem Grund mit Bescheid abzuberufen. Ein wichtiger Grund liegt vor, wenn

1. die Voraussetzungen für die Bestellung nachträglich weggefallen sind oder ihr Fehlen nachträglich bekannt wird oder
2. das Mitglied oder Ersatzmitglied gröblich oder wiederholt gegen seine Pflichten verstößt oder ein mit seiner Stellung unvereinbares Verhalten gezeigt hat oder
3. das Mitglied oder Ersatzmitglied seine Funktion aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann oder
4. gegen das Mitglied oder Ersatzmitglied rechtskräftig eine Disziplinarstrafe oder eine in die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte fallende Strafe verhängt wurde.

Das abberufene Mitglied oder Ersatzmitglied ist für den Rest der Funktionsperiode durch ein neues zu ersetzen.

(3) Bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden hat der Ethikkommission überdies eine Person anzugehört, die über Expertise hinsichtlich Methoden der qualitativen Forschung verfügt.

(4) Die Leitung 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 zu der Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden Stellung zu nehmen.

(5) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist jedenfalls eine Technische Sicherheitsbeauftragte/ein Technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen. Wird die Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen klinischen Prüfung eines Arzneimittels befasst, so haben ihr weiters eine Fachärztin/ein Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie anzugehört. Erforderlichenfalls sind weitere Experten beizuziehen.

(6) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Ethikkommission sind in Ausübung ihres Amtes an keine Weisungen gebunden. Sie unterliegen im Rahmen ihrer Tätigkeit der Aufsicht der Landesregierung. Diese hat das Recht, sich über alle Gegenstände der Geschäftsführung zu unterrichten. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Ethikkommission sind verpflichtet, die von der Landesregierung verlangten Auskünfte unter Wahrung des Grundrechts auf Datenschutz zu erteilen.

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

(8) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die von der Landesregierung zu genehmigen ist. Die Geschäftsordnung gilt als genehmigt, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten ab Vorlage untersagt wird. Die Genehmigung darf nur bei Gesetzeswidrigkeit versagt werden.

(9) Über jede Sitzung der Ethikkommissionen ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind der ärztlichen Leitung der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch der Prüferin/dem Prüfer, bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode, einem angewandten medizinischen Forschungsprojekt oder neuem/neuer Behandlungskonzept und -methode auch der Leitung der Organisationseinheit, bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden der Pflegedienstleitung und den ärztlichen Leitungen der betroffenen Organisationseinheiten zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen gemäß § 36 Abs. 7 aufzubewahren.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013, LGBl. Nr. 51/2016

§ 30

Qualitätssicherung

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, für den Betrieb jeder Krankenanstalt ein Qualitätssicherungssystem vorzusehen. Im Rahmen dieses Systems sind Maßnahmen der Qualitätssicherung für die Leistungen der Krankenanstalten zu setzen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Dieses Qualitätssicherungssystem ist so zu gestalten, dass es regelmäßige vergleichende Prüfungen dieses Systems mit anderen Krankenanstalten ermöglicht. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben im Rahmen ihres Qualitätssicherungssystems die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

(3) Die kollegiale Führung hat die Umsetzung eines umfassenden Qualitätssicherungssystems sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt sicherzustellen, dass durch die jeweiligen Verantwortlichen die Umsetzung dieses Qualitätssicherungssystems gewährleistet wird.

(4) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Qualitätssicherungskommission einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person (Qualitätsmanagerin/Qualitätsmanager) steht. Dieser Kommission haben zumindest eine Vertreterin/ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre der Medizinischen Universität Graz dienen, gehört der Kommission der Vizerektor für den medizinischen Bereich oder ein vom Vizerektor für den medizinischen Bereich vorgeschlagener Universitätsprofessor an.

(5) Aufgabe der Qualitätssicherungskommission (Abs. 4) ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen (Abs. 2) zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

(6) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind verpflichtet, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004, erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind. Weiters sind die Rechtsträger der Krankenanstalten verpflichtet, an regelmäßigen sektorentübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 31

Personalbedarfsermittlung

Die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan ist hierfür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen jährlich der Landesregierung im Zusammenhang mit der Antragstellung nach § 40 Abs. 3 Z. 3 für die Voranschläge zu berichten.

§ 32

Blutdepot

(1) Jede bettenführende Krankenanstalt mit Leistungsangeboten aus einem blutverbrauchenden Fachbereich hat über ein Blutdepot zu verfügen. Dieses dient der Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen sowie der Durchführung der Kompatibilitätstests für krankenhausinterne Zwecke. Es ist von einer/einem fachlich geeigneten Fachärztin/Facharzt zu leiten und mit dem zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen und fachlich qualifizierten Personal auszustatten. Die Leitung und das Personal müssen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig und regelmäßig, zumindest einmal jährlich, auf den neuesten Stand der Wissenschaften gebracht werden.

(2) 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.

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

(4) Die Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen durch Blutdepots hat den Anforderungen nach Artikel 29e der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Jänner 2003 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen, ABl. Nr. L 33 vom 8. Februar 2003, S. 30, zu entsprechen.

§32a

Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch

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

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018

§ 33

Kinderschutzgruppen

(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten mit Leistungsangebot in Kinder- und Jugendheilkunde, Kinderchirurgie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie sind verpflichtet, Kinderschutzgruppen einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, können Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

1. zur Vertretung des ärztlichen Dienstes eine Fachärztin/ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinderchirurgie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
2. Vertreterinnen/Vertreter des Pflegedienstes, insbesondere Angehörige der Kinder- und Jugendlichenpflege und
3. Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt berufen sind.

Die Kinderschutzgruppe kann, gegebenenfalls auch im Einzelfall, beschließen, eine Vertreterin/einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen.

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

§ 34

Opferschutzgruppen

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten mit dem Leistungsangebot der Akut- und Erstversorgung im ambulanten und stationären Bereich sind verpflichtet, Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Opferschutzgruppe erfordert, können Opferschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Opferschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

1. zwei Vertreterinnen/Vertreter des ärztlichen Dienstes, die bei einem entsprechenden Leistungsangebot Fachärztinnen/Fachärzte der Sonderfächer Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu sein haben,
2. Vertreterinnen/Vertreter des Pflegedienstes und

3. Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt berufen sind.

(3) Den Opferschutzgruppen obliegen insbesondere die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt.

(4) Von der Einrichtung einer Opferschutzgruppe kann abgesehen werden, wenn die Kinderschutzgruppe (§ 33) unter Beachtung der personellen Vorgaben des Abs. 2 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 des Abs. 2 sowie des § 33 Abs. 2 die Aufgaben nach Abs. 3 sowie nach § 33 Abs. 3 wahrnimmt.

§ 35

Verschwiegenheitspflicht

(1) Für die bei Rechtsträgern von Krankenanstalten und in Krankenanstalten beschäftigten Personen, für jene, die im Zuge ihrer Ausbildung Zutritt in die Krankenanstalt haben, sowie für Mitglieder von Ausbildungskommissionen (§ 47 Abs. 5) und für die Mitglieder von Ethikkommissionen gem. § 29 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 Patientinnen/Patienten, die ihnen in Ausübung ihrer Funktion bekannt geworden sind, bei Eingriffen zum Zwecke der Entnahme von Organen oder Organteilen zum Zwecke der Transplantation auch auf die spendende und empfangende Person.

(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 ein öffentliches Interesse, insbesondere durch Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege gerechtfertigt ist bzw. wenn die Patientin/der Patient in die Offenbarung des Geheimnisses eingewilligt hat.

(3) Die Erteilung von Auskünften, welche die Verschwiegenheitspflicht berühren, bedarf vorbehaltlich anderweitiger gesetzlicher oder dienstrechtlicher Regelung der Einwilligung der ärztlichen Leitung der Krankenanstalt.

(4) Zuwiderhandlungen gegen die Verschwiegenheitspflicht sind nach Maßgabe der Bestimmungen der Anstaltsordnung (§ 18 Abs. 1 Z. 7) und nach § 115 Abs. 1 zu ahnden.

Ann.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 63/2018

§ 36

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerken

(1) Jede Krankenanstalt hat über die Aufnahme und die Entlassung von Patientinnen/Patienten Vormerke zu führen; in diesen sind jedenfalls unter fortlaufenden Nummern festzuhalten:

1. Vor- und Zuname (Geburtsname), Geburtsdatum und Anschrift,
2. bei nicht eigenberechtigten Personen auch der Vor- und Zuname und die Anschrift ihrer gesetzlichen Vertreterin/ihres gesetzlichen Vertreters,
3. der Aufnahme- und der Entlassungstag (Todestag und Todesursache),
4. jene Personen und Stellen, die von besonderen Vorfällen zu verständigen sind,
5. im Fall der Ablehnung der Aufnahme sowie bei der Aufnahme nach § 67 Abs. 1 zweiter Satz die jeweils dafür maßgebenden Gründe.

(2) Jede Krankenanstalt ist verpflichtet, Krankengeschichten anzulegen, in denen für jede Patientin/jeden Patienten folgende Inhalte darzustellen bzw. zu dokumentieren sind:

1. Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese),
2. Zustand zur Zeit der Aufnahme (status praesens),
3. Krankheitsverlauf (decursus morbi),
4. angeordnete Maßnahmen,
5. erbrachte ärztliche und gegebenenfalls zahnärztliche Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Bezeichnung, Dosis und Darreichungsform),

6. sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste,
7. die Aufklärung der Patientin/des Patienten,
8. Patientenverfügungen nach dem Patientenverfügungsgesetz,
9. Widersprüche zur Heranziehung zu Unterrichtszwecken gemäß § 44 KAKuG und zur Entnahme von Organen gemäß § 5 Abs. 1 Organtransplantationsgesetz, BGBl. I Nr. 108/2012,
10. die Durchführung der Transplantation von Organen und Organteilen bzw. Zellen und Gewebe einschließlich eines Hinweises auf die Niederschrift über die Entnahme von Organen und Organteilen bzw. Zellen und Gewebe der Spenderin/des Spenders (Abs. 3), sofern dies nicht möglich ist, einen Hinweis auf die Herkunft des Transplantates,
11. Zustand und Art der Behandlung zur Zeit des Abganges aus der Krankenanstalt,
12. als Bestandteil angeschossen: die über Operationen eigens zu führenden Operationsprotokolle, ärztliche Zeugnisse und Beurkundungen nach dem Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990, sowie eine Abschrift der etwaigen Obduktionsniederschrift.

(2a) Die Krankenanstalt ist verpflichtet, bei Entlassung bzw. nach Abschluss der ambulanten Behandlung noch ausstehende Befunde und die dadurch allenfalls erforderlichen Anordnungen unter sinngemäßer Anwendung des § 70 Abs. 2 unverzüglich nachzureichen. Wenn nachgereichte Befunde auf bösartige oder sonstige schwere Erkrankungen hinweisen, muss die Patientin/der Patient darüber hinaus zu einer Befundbesprechung eingeladen werden. Die Nachreichung der Befunde sowie das Ergebnis einer allfälligen Befundbesprechung sind in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

(3) Über Entnahmen von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation nach § 5 Organtransplantationsgesetz und über Entnahmen von Zellen und Gewebe Verstorbener nach § 4 Abs. 5 Gewebesicherheitsgesetz haben die Krankenanstalten Niederschriften zur Krankengeschichte aufzunehmen. Eine solche Niederschrift hat mindestens zu enthalten:

1. wie der Tod der spendenden Person festgestellt wurde und wann dieser eingetreten ist sowie die Unterschrift der/des diese Feststellungen treffenden Ärztin/Arztes;
2. die angewandte Entnahmetechnik bzw. operative Vorgangsweise, die entnommenen Organe oder Organteile bzw. Zellen und Gewebe, den Durchführungszeitpunkt sowie die Unterschrift der/des die Entnahme durchführenden Ärztin/Arztes.

(4) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der Vormerke im Sinne des Abs. 1 nicht geführt werden.

(5) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

1. gemäß Abs. 2 Z. 1 bis 5 sowie Z. 7 bis 12 der/dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Ärztin/Arzt, gegebenenfalls der/dem für die zahnärztliche Behandlung Verantwortlichen und
2. gemäß Abs. 2 Z. 6 der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.

(6) Krankengeschichten und Operationsprotokolle sowie Niederschriften nach Abs. 3 sind bei ihrem Abschluss von der/dem für ihren Inhalt verantwortlichen behandelnden Ärztin/Arzt bzw. Zahnärztin/Zahnarzt zu unterfertigen.

(7) Krankengeschichten und Operationsprotokolle sowie Niederschriften nach Abs. 3 sind, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder automationsunterstützt erstellten Datenträgern, deren Lesbarkeit für die Dauer der vorgeschriebenen Aufbewahrung gesichert sein muss,

1. gesichert und geschützt vor unbefugter Kenntnisnahme aufzubewahren, dies
 - a) grundsätzlich für die Dauer der Behandlung und nach deren Abschluss für mindestens 30 Jahre,
 - b) bei Röntgenbildern, Videoaufnahmen und anderen Bestandteilen von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, für mindestens zehn Jahre, falls nicht die ärztliche Leitung der Krankenanstalt aus besonderen Gründen für den Einzelfall eine längere Aufbewahrung anordnet;
2. bei Auflassung der Krankenanstalt unter Wahrung des Datenschutzes der Landesregierung oder einem von dieser benannten Dritten zur Aufbewahrung bis zur vorgenannten Frist zu übermitteln,
3. nach Ablauf dieser Fristen unter Aufsicht verantwortlicher Organe sorgfältig zu vernichten, sofern eine weitere Aufbewahrung nicht notwendig erscheint.

(8) Krankenanstalten müssen Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patientinnen/Patienten kostenlos übermitteln:

1. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist,
2. den Sozialversicherungsträgern und Organen des Gesundheitsfonds Steiermark im Sinne der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie
3. vorbehaltlich der Einwilligung der Patientin/des Patienten, den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärztinnen/Ärzten oder Zahnärztinnen/Zahnärzten oder Krankenanstalten.

(9) Krankenanstalten müssen den mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst betrauten Behörden alle Mitteilungen erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften erforderlich sind.

(10) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Bestimmungen über die Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerken nicht berührt.

(11) Soweit die oben stehenden Bestimmungen für ambulante Untersuchungen und Behandlungen in Betracht kommen, gelten sie mit der Maßgabe, dass die Aufbewahrungsfrist mindestens 10 Jahre beträgt.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018, LGBl. Nr. 63/2018

§ 37

Datenschutz in der Krankenanstalt

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

(2) Rechtsträger von Krankenanstalten sind ermächtigt, die im Rahmen des Betriebes einer Krankenanstalt nach den Bestimmungen dieses Gesetzes erforderlichen personenbezogenen Daten zum Zweck der

1. Dokumentation und Auskunftserteilung (§ 26 Abs. 5, § 35 Abs. 3, § 36, § 55 Abs. 7, § 90, § 91),
2. Abrechnung (§§ 73 bis 79, § 82, § 83, § 85, § 88 sowie § 105 und § 106) unter Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung zu verarbeiten. Jede Datenverarbeitung darf nur im erforderlichen Ausmaß und mit den gelindesten zur Verfügung stehenden Mitteln erfolgen.

(3) Hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Abs. 2 sind die Pflichten und Rechte gemäß Art. 13, 14, 18 und 21 Datenschutz-Grundverordnung ausgeschlossen. Personenbezogene Daten gemäß Abs. 2 Z 2, die der Geltendmachung, Ausübung und Verteidigung von Rechtsansprüchen dienen, dürfen jedenfalls bis zu 30 Jahre verarbeitet werden.

(4) Den betroffenen Personen ist auf ihr Verlangen von der Krankenanstalt darüber Auskunft zu geben, welche personenbezogene Daten über sie verarbeitet werden und an wen welche Daten übermittelt wurden. Die Patientin/Der Patient hat Anspruch auf Berichtigung falscher Daten.

(5) Das medizinische Personal und das Verwaltungspersonal der Krankenanstalten dürfen auf personenbezogene Patientendaten insoweit zugreifen, als dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. Im Übrigen sind der Zugriff auf solche Daten und deren Übermittlung, sofern dadurch die betroffene Person identifiziert werden kann, nur mit deren Einwilligung und nur dann gestattet, wenn kein öffentliches Interesse entgegensteht.

(6) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind ermächtigt, personenbezogene Daten von Patientinnen/Patienten in pseudonymisierter Form zu Zwecken der Ausbildung an Ausbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe zu übermitteln.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 63/2018

§ 38

Zentraler Bettennachweis

(1) Im Rahmen der Sicherung der Krankenanstaltspflege kann die Landesregierung einen zentralen Krankenbettennachweis einrichten.

(2) In diesem Falle können durch Verordnung die Rechtsträger allgemeiner Krankenanstalten, von Sonderkrankenanstalten und von Pflegeanstalten für chronisch Kranke verpflichtet werden, den dazu

bestimmten Leitstellen die Angaben zu machen, die zur Führung des zentralen Bettennachweises erforderlich sind.

(3) Das Recht des Einzelnen auf freie Krankenanstaltswahl wird durch diese Einrichtung nicht berührt.

§ 39

Wirtschaftsführung

(1) Für jede Krankenanstalt sind durch deren Rechtsträger eine geeignete Person zur verantwortlichen Leitung der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten (Verwaltungsleiterin/Verwaltungsleiter) und das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen. Ist der Rechtsträger der Anstalt eine physische Person und selbst mit der Führung der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten befasst, kann von der Bestellung einer eigenen Person für die verantwortliche Leitung abgesehen werden.

(2) Vor Verfügungen in wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten, die den ärztlichen oder pflegerischen Betrieb der Anstalt berühren, hat sich die Verwaltungsleitung, soweit nicht die Anstaltsleitung zuständig wird, mit der ärztlichen Leitung der Krankenanstalt (Abteilung) oder mit der verantwortlichen Pflegedienstleitung der Krankenanstalt ins Einvernehmen zu setzen. Die Verfügungsrechte des Anstaltsträgers gegenüber seinen Organen werden hierdurch nicht berührt.

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

(4) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben Aufzeichnungen über ihre Einnahmen und Ausgaben zu führen, welche die für den Betrieb der betreffenden Krankenanstalt anfallenden Kosten und deren Zuordnung zu den einzelnen Kostenstellen ersichtlich machen.

§ 40

Wirtschaftsaufsicht

(1) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang gemäß § 88 oder zum Errichtungsaufwand oder Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds Steiermark erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.

(2) Für Fondskrankenanstalten wird die wirtschaftliche Aufsicht durch den Gesundheitsfonds Steiermark wahrgenommen. Dieser unterliegt dabei der Aufsicht der Landesregierung.

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

1. das Anstaltsvermögen durch genaue Inventare in ständiger Übersicht zu halten und über die Einnahmen und Ausgaben gewissenhaft Buch zu führen;
2. die Wirtschaftsführung und die Verwaltung der Anstalt einfach und sparsam zu halten und Ausgaben zu vermeiden, die nicht zur Erhaltung der Krankenanstalt, zur Fortführung ihres Betriebes und zur Behandlung der Kranken unter Berücksichtigung des Zweckes der Anstalt und ihrer Einrichtungen unbedingt geboten sind;
3. spätestens acht Wochen vor Ablauf jeden Jahres Voranschläge und Dienstpostenpläne für das folgende Jahr und bis längstens 15. März bzw. bei Kapitalgesellschaften bis längstens sechs Monate des dem Rechnungsjahr folgenden Jahres Rechnungsabschlüsse des Vorjahres der Landesregierung zur Genehmigung vorzulegen. Den Voranschlägen sind Aufstellungen über die Ermittlung des Gesamtaufwandes, der Pflegegebühren und der Behandlungsgebühren (Ambulanzgebühren) anzuschließen.

(4) Die für im Abs. 1 genannten Krankenanstalten nach § 95 sowie die für Fondskrankenanstalten, deren Rechtsträger nicht das Land ist, nach § 92 abgeschlossen Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(5) Die Verträge nach Abs. 4 sind innerhalb von vier Wochen nach erfolgtem Abschluss der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder der Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 4 ist zu versagen, wenn der Vertrag gesetzwidrige Bestimmungen enthält. Erfolgt eine schriftliche Versagung durch die Landesregierung nicht innerhalb von zwei Monaten, so gilt die Genehmigung als erteilt.

(6) Zur Wahrnehmung der Wirtschaftsaufsicht haben die Rechtsträger der im Abs. 1 genannten Krankenanstalten der Landesregierung alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen sowie die angeforderten Unterlagen vorzulegen und den mit der Wirtschaftsaufsicht betrauten Organen, die sich durch einen schriftlichen Auftrag ausweisen, jederzeit Zutritt zu allen Räumen, Anlagen und Einrichtungen der

Krankenanstalt und Einsicht in alle sie betreffenden Unterlagen zu gewähren, weiters alle Auskünfte, die verlangt werden, zu erteilen und ihnen über Verlangen von den eingesehenen Unterlagen Abschriften und Kopien herzustellen. Behandlungs- und Untersuchungsräume sowie Krankenzimmer können nur in Begleitung der ärztlichen Leitung bzw. einer/eines von ihr beauftragten Ärztin/Arztes besichtigt werden.

§ 41

Voranschlag und Rechnungsabschluss

(1) Der Voranschlag ist unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Rechnungsabschlusses des Vorjahres, der Voranschlagsansätze des laufenden Haushaltsjahres und unter Bedachtnahme auf die Entwicklung der Anstalt zu erstellen. 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. Der genehmigte Voranschlag ist für die Anstalten die Grundlage der Gebarung.

(2) Die Genehmigung des Voranschlages ist zu versagen, wenn seine Ansätze dem Mindestanfordernis zur Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Betriebes nicht entsprechen. Wird der Voranschlag nicht oder nicht rechtzeitig eingebracht oder kann er aus einem sonstigen Grunde nicht rechtzeitig genehmigt werden, ist der Krankenanstalt aufzutragen, als Richtlinie für die monatliche Gebarung ein Zwölftel der Ansätze des vorjährigen Voranschlages zu verwenden (Voranschlagsprovisorium). Auch ein Nachtragsvoranschlag bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die nachträgliche Genehmigung der Überschreitung einzelner Ansätze des Voranschlages ist anlässlich der Vorlage des Rechnungsabschlusses zu beantragen. Sie ist zu erteilen, wenn die Überschreitung im Interesse einer ordnungsgemäßen Abwicklung des laufenden Betriebes notwendig wurde.

(3) Im Rechnungsabschluss sind alle angefallenen Einnahmen und Ausgaben nachzuweisen. Nicht genehmigte Ausgaben sind bei der Ermittlung des Betriebsabganges nicht zu berücksichtigen.

(4) Die Landesregierung kann nähere Vorschriften für Voranschlag und Rechnungsabschluss der im § 40 Abs. 1 genannten Krankenanstalten unter Bedachtnahme auf die für das Land geltenden einschlägigen Vorschriften durch Verordnung erlassen.

§ 42

Pflegedienst

(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine geeignete Person, die Angehörige der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege ist, zur verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des § 65 Abs. 1 und 3 zu bestellen.

(2) Der verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes fällt insbesondere die Aufgabe zu, den Dienst im pflegerischen Bereich der Krankenanstalt zu koordinieren und auf die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der pflegerischen Versorgung der Krankenanstalt hinzuwirken. Das ärztliche Anweisungsrecht in Fragen der Pflege als Teil der medizinischen Behandlung wird hierdurch nicht berührt.

(3) Bei Verhinderung der verantwortlichen Pflegedienstleitung muss diese von einer geeigneten Person, die Angehörige der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege ist, vertreten werden.

(4) Für die Fortbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ist anstaltsmäßig Vorsorge zu treffen.

(5) In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, jedenfalls in Schwerpunktkrankenanstalten und im Landeskrankenhaus – Universitätsklinikum Graz ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben.

(6) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung, so ist das in § 35 Abs. 2 Z. 1 und in § 90 Abs. 2 Z. 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.

§ 43

Patientinnen- /Patientenvertretung

Zur Prüfung allfälliger Beschwerden und auf Wunsch zur Wahrnehmung der Patientinnen-/Patienteninteressen hat eine unabhängige Patientinnen- /Patientenvertretung zur Verfügung zu stehen; diese wird durch das Gesetz über die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung (Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsschaft), LGBl. 66/2003 geregelt.

§ 44

Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung

In Krankenanstalten, in denen es auf Grund des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes erforderlich ist, ist eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie sowie eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung vorzusehen.

§ 45

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, dass eine regelmäßige Fortbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste, Hebammen sowie des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals gewährleistet ist.

§ 46

Supervision

Die Rechtsträger der nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten haben vorzusorgen und durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass den in der Krankenanstalt beschäftigten und einer entsprechenden Belastung ausgesetzten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird. Die Supervision ist durch fachlich qualifizierte Personen durchzuführen.

§ 47

Arztausbildungsstellen

(1) Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, entsprechend dem ausgewiesenen Leistungsspektrum sicherzustellen, dass dem künftigen Bedarf an Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin entsprechend und unter Bedachtnahme auf die Beratungsergebnisse der Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. Nr. 55/2008 zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 103/2013, eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für die Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung steht.

(2) Auf die Zahl der gemäß Abs. 1 zu beschäftigenden, in Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin stehenden Ärztinnen/Ärzte können in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt stehende Ärztinnen/Ärzte angerechnet werden, sofern sie auf Ausbildungsstellen beschäftigt werden, die wegen eines dringenden Bedarfes an Fachärztinnen/Fachärzten der betreffenden Sonderfächer nach dem 31. Dezember 1987 geschaffen wurden. Diese Sonderfächer sind von der Landesregierung durch Verordnung zu bestimmen. In Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt eines solchen Sonderfaches stehende Ärztinnen/Ärzte können auch während der Absolvierung der erforderlichen Ausbildung in hierfür einschlägigen Nebenfächern entsprechend angerechnet werden. Durch eine Verminderung der Schlüsselzahl wird das Beschäftigungsverhältnis in Ausbildung stehender Ärztinnen/Ärzte für das laufende Jahr nicht berührt.

(3) Verbleiben Ärztinnen/Ärzte aus irgendwelchen Gründen nach Zurücklegung der für die Berufsbezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ vorgeschriebenen Ausbildungszeit weiter in einer Krankenanstalt, so dürfen sie auf die Zahl der in Ausbildung stehenden Ärztinnen/Ärzte auch dann nicht angerechnet werden, wenn ihre Ausbildung ganz oder teilweise an anderen öffentlichen oder hierfür zugelassenen österreichischen Krankenanstalten erfolgte.

(4) Die Leitungen der im Abs. 1 genannten Krankenanstalten haben die durchschnittliche Zahl der im vergangenen Kalenderjahr belegten Betten und die Anzahl der in Ausbildung stehenden Ärztinnen/Ärzte alljährlich bis längstens 31. Jänner dem Amt der Landesregierung zu melden.

(5) Den Mitgliedern des Ausschusses für ärztliche Ausbildung der Ärztekammer für Steiermark ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt worden sind, zu gestatten und in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die die Ausbildung der Turnusärztinnen/Turnusärzte betreffen. Weiters sind ihnen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Der Zutritt zu den Krankenanstalten hat in Abstimmung mit der kollegialen Führung, bei Lehrambulatorien in Abstimmung mit der ärztlichen Leitung zu erfolgen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 48

Informationsverbreitung

Dem Rechtsträger einer Krankenanstalt ist es verboten, selbst oder durch andere physische oder juristische Personen unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Krankenanstalt zu geben.

3. Teil

Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten

1. Abschnitt

Allgemeines

§ 49

Öffentlichkeitsrecht

Unter öffentlichen Krankenanstalten sind Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 Z. 1 bis 3 bezeichneten Arten zu verstehen, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen worden ist.

§ 50

Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes

Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt verliehen werden, wenn sie den Vorgaben der Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG bzw. des Landeskrankenanstaltenplanes entspricht, sie gemeinnützig ist, die Erfüllung der ihr in diesem Gesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und wenn sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird. Wenn der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft ist, so ist ferner nachzuweisen, dass ihr Rechtsträger über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt. Ein Anspruch auf die Verleihung besteht nicht.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018

§ 51

Gemeinnützigkeit

- (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn
 1. ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
 2. jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird;
 3. die Patientinnen/Patienten so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, wie es ihr Gesundheitszustand nach dem Ermessen der/des behandelnden Ärztin/Arztes erfordert;
 4. für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten maßgeblich ist;
 5. die LKF-Gebühren für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren für alle Patientinnen/Patienten derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführenden Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 18 Abs. 1 Z. 1) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie für den halbstationären Bereich (§ 18 Abs. 1 Z. 3) in gleicher Höhe (§ 79) festgesetzt sind;
 6. die Bediensteten der Krankenanstalt mit der Einschränkung der Entgelt- und Beitragsleistungen nach § 75 (Sondergebühren) sowie der besonderen Honorare der Vorstände der Universitätskliniken und die Leitung von Klinischen Abteilungen nach § 46 KAKuG von den Patientinnen/Patienten oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen;
 7. die für die Sonderklasse bestimmten Betten höchstens ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Betten ausmacht.

(2) Dem Anstaltsträger sind über Verlangen die der Patientin/dem Patienten in Rechnung gestellten besonderen Honorare nach dem KAKuG bekannt zu geben.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 52

Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes

(1) Das Öffentlichkeitsrecht wird von der Landesregierung verliehen. Die Verleihung ist in der Grazer Zeitung – Amtsblatt für die Steiermark zu verlautbaren.

(2) Bei Erweiterung einer öffentlichen Krankenanstalt durch Einrichtung einer neuen Abteilung, sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten oder eines neuen Ambulatoriums, bei ihrer Verlegung und bei sonstigen erheblichen Veränderungen in ihrem Betrieb sind die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht erneut zu überprüfen. Liegen die Voraussetzungen nicht mehr vor, ist das Öffentlichkeitsrecht von der Landesregierung zurückzunehmen. Dies ist im Sinne des Abs. 1 zu verlautbaren.

§ 53

Betriebsunterbrechung und Auflassung

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

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 40 Abs. 1) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat, wenn die Krankenanstalt Zuschüsse des Bundes erhalten hat oder wenn es sich um eine Fondsrankenanstalt handelt, das Bundesministerium für Gesundheit von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

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

§ 54

Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes

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

(2) Wird die einer öffentlichen Krankenanstalt erteilte Bewilligung zur Errichtung oder zum Betrieb zurückgenommen (§ 15), so verliert sie gleichzeitig das Öffentlichkeitsrecht.

§ 54a

Verwendung und Offenlegung von Drittmitteln

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

(2) Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt ist befugt, Drittmittel entgegen zu nehmen.

(3) Drittmittel sind entsprechend ihrer Zweckwidmung, jedenfalls aber nur für Zwecke zu verwenden, die den Aufgaben der Krankenanstalten und damit in Zusammenhang stehenden Tätigkeiten der Forschung und Lehre dienen.

(4) Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt hat der Landesregierung jährlich bis längstens 30. Juni ein Verzeichnis über die im vorangegangenen Kalenderjahr erhaltenen Drittmittel und deren Verwendung vorzulegen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 55

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege

(1) Das Land stellt unter Bedachtnahme auf die Verordnungen gemäß § 23 und § 24 G-ZG bzw. den Landeskrankenanstaltenplan Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Bundesland entweder durch die Errichtung und den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicher. Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitversorgung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu

berücksichtigen. Für Personen, die im Grenzgebiet eines benachbarten Bundeslandes wohnen, kann die Krankenanstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden, dass diese Personen im Fall der Anstandsbedürftigkeit in Krankenanstalten des Nachbarlandes aufgenommen werden.

(2) Für Fondskrankenanstalten ist in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 G-ZG in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, ein Landeskrankenanstaltenplan auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit durch Verordnung zu erlassen. Dieser Landeskrankenanstaltenplan hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages gem. § 10 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. Bei der Erstellung des Landeskrankenanstaltenplans ist der Gesundheitsfonds Steiermark zu hören.

(3) Im Landeskrankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinisch – technischen Großgeräte je Standort,
6. die maximalen Bettenzahlen je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregion oder bezogen auf die Standorte,
7. Festlegung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen je Standort.

(4) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 3 Z. 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind in Zusammenhang mit § 4 Abs. 5 und 6 die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(5) Die Landesregierung hat den auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung im Gesundheitsfonds Steiermark abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit auf der Homepage des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen.

(6) Die Krankenanstalten sind verpflichtet, entsprechend ihrer Zweckbestimmung zusammenzuarbeiten, insbesondere bei der Verteilung der Krankenhausaufnahmen, der Durchführung von Rationalisierungsmaßnahmen und bei der Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten.

(7) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, der Landesregierung oder den von ihr beauftragten Institutionen alle zur Erstellung des Landeskrankenanstaltenplanes und dessen Fortschreibung erforderlichen Auskünfte zu erteilen und angeforderte Daten bekannt zu geben. Personenbezogene Daten sind pseudonymisiert zu übermitteln.

Ann.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018, LGBl. Nr. 63/2018

§ 56

Enteignung

(1) Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen, dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Krankenanstaltspflege können für die Errichtung und Erweiterung von öffentlichen Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 Z 1 und 2 bezeichneten Art Grundstücke, Baulichkeiten, Dienstbarkeiten und andere dingliche Rechte durch Enteignung in Anspruch genommen werden, wenn ein unmittelbarer Bedarf besteht, der nach den besonderen Erfordernissen der Krankenanstalt, wie des Standortes, des Einzugsgebietes, der Verkehrslage und der Lage zu den benachbarten Krankenanstalten, auf andere geeignete Weise nicht befriedigt werden kann.

(2) Ist der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt das Land, kann eine Enteignung nur mit Zustimmung des Landtages beantragt werden.

(3) Über die Notwendigkeit, den Gegenstand und den Umfang der Enteignung entscheidet die Landesregierung.

(4) Der Ausspruch der Enteignung hat zugleich eine Bestimmung über die Höhe der Entschädigung zu enthalten, die nach Anhörung wenigstens einer/eines beeideten Sachverständigen zu ermitteln ist.

(5) Auf das Enteignungsverfahren, das Ausmaß des Entschädigungsanspruches und die Kosten des Verfahrens finden die Abschnitte I., II., III. A. und C., IV. und VII. Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetz sinngemäß Anwendung.

(6) Die Einleitung eines Enteignungsverfahrens, das sich auf verbücherte Liegenschaften oder verbücherte Rechte bezieht, ist durch die Behörde dem zuständigen Grundbuchsgericht zur Anmerkung bekannt zu geben. Diese Anmerkung hat zur Wirkung, dass jeder, der eine ihr im Range nachgehende Eintragung erwirkt, die Ergebnisse des Enteignungsverfahrens gegen sich gelten lassen muss. In gleicher Weise hat die Behörde das Grundbuchsgericht von der Einstellung des Enteignungsverfahrens zu verständigen.

(7) Zur Durchführung von Vorarbeiten kann die Bezirksverwaltungsbehörde die Bewilligung erteilen, fremde Grundstücke zu betreten und auf diesen die notwendigen Grunduntersuchungen sowie sonstige technische Arbeiten gegen angemessene Entschädigung auszuführen; Abs. 4 und 5 sind hierbei sinngemäß anzuwenden. Die Bezirksverwaltungsbehörde entscheidet auch über Einwendungen gegen die Zulässigkeit einzelner Handlungen mit Bescheid.

(8) Sollte binnen acht Jahren nach Rechtskraft der Enteignung mit dem Bau der Krankenanstalt nicht-begonnen worden sein, so hat die enteignete Person oder deren Rechtsnachfolgerin/Rechtsnachfolger das Recht, die Aufhebung der Enteignung und Wiederherstellung des früheren Rechtszustandes gegen angemessene Entschädigung zu verlangen. Für dieses Verfahren gilt Abs. 5 sinngemäß.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013

§ 57

Angliederungsverträge

(1) Zur Sicherung öffentlicher Krankenanstaltspflege können mit Genehmigung der Landesregierung zwischen Rechtsträgern öffentlicher Krankenanstalten und Rechtsträgern anderer öffentlicher Krankenanstalten oder privater Krankenanstalten Angliederungsverträge abgeschlossen werden, mit denen die stationäre und/oder ambulante Behandlung der Patientinnen/Patienten der öffentlichen Krankenanstalt (Hauptanstalt) in anderen öffentlichen oder privaten Krankenanstalten (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt vereinbart wird. Die Rechtsgültigkeit solcher Verträge hängt von der Genehmigung der Landesregierung ab. Ihr Abschluss ist nur in den Fällen eines unabweisbaren Bedarfes, insbesondere dann zulässig, wenn anstaltsbedürftige Personen bestimmter Altersstufen oder solche mit bestimmten Krankheiten nur mangels der entsprechenden Anstaltseinrichtungen in die Hauptanstalt nicht aufgenommen werden können. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(2) Im Angliederungsvertrag muss jedenfalls

1. eine angemessene, dem voraussichtlichen Bedarf entsprechende Geltungsdauer oder bei Abschluss auf unbestimmte Zeit die jederzeit mögliche Kündigung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von nicht weniger als drei Monaten und nicht mehr als einem Jahr vorgesehen sein;
2. die Höchstzahl der Patientinnen/Patienten der Hauptanstalt bestimmt sein, die jeweils in der angegliederten Krankenanstalt untergebracht werden dürfen;
3. die Beobachtung der für die Hauptanstalt hinsichtlich Aufnahme, ärztlicher Behandlung, Pflege, Unterbringung, Verköstigung und Entlassung der Patientinnen/Patienten geltenden Vorschriften auch in der angegliederten Krankenanstalt gesichert sein;
4. die Höhe der Pflegegebühr, die von der Hauptanstalt für jede/jeden auf ihre Rechnung aufgenommenen Patientinnen/Patienten an die angegliederte Krankenanstalt zu leisten ist, sowie weiters der Umfang der damit abgegoltenen Leistungen der letzteren Anstalt festgesetzt sein;
5. eine Regelung über die Rechte der Hauptanstalt hinsichtlich der ärztlichen Beaufsichtigung ihrer Patientinnen/Patienten in der angegliederten Krankenanstalt getroffen sein.

(3) Zusätzliche Bestimmungen hinsichtlich der beiderseitigen Leistungen und Verpflichtungen nach Abs. 2 Z 4 sind in besonderen Fällen zulässig.

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

(5) Die von der Hauptanstalt in der angegliederten Anstalt untergebrachten Patientinnen/Patienten gelten als Patientinnen/Patienten der Hauptanstalt. Sie sind auch in der Hauptanstalt in der vorgeschriebenen Weise in Vormerk zu führen. Zu diesem Zwecke hat die angegliederte Anstalt Veränderungen der Hauptanstalt laufend bekannt zu geben.

2. Abschnitt

Organisatorische Bestimmung für öffentliche Krankenanstalten

§ 58

Fachabteilungen, Pflegegruppen und Departments

(1) Allgemeine Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten sind in der Regel in Fachabteilungen und Pflegegruppen zu gliedern.

(2) Aus medizinisch-fachlichen, organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Gründen kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt nach Anhörung der Anstaltsleitung (§ 21) und der Leitung der betroffenen Abteilung diese in Departements untergliedert werden. Departements können nur von Fachärztinnen/Fachärzten des einschlägigen medizinischen Sonderfaches geleitet werden, ihre fachliche Verantwortung richtet sich, unbeschadet der der Leitung der Abteilung zukommenden Aufgaben, nach den Bestimmungen des Ärztegesetzes.

(3) Die Person, die ein Departement leitet, führt den Titel Departmentleiterin/Departementleiter. Die Departements sind hinsichtlich ihrer Aufgaben und Größe (Bettenanzahl bzw. Räumlichkeiten) in der Anstaltsordnung festzulegen.

(4) Bei jenen Abteilungen, in denen Departements bestehen oder gebildet werden, ist dafür Sorge zu tragen, dass im Interesse einer möglichst wirtschaftlichen Führung der Abteilung gemeinsame Einrichtungen vorgesehen werden, die allen Departements zur Verfügung stehen (insbesondere Operationssäle, Apparate, Intensiv- und Wachstationen, spezielle Bettenstationen oder Einrichtungen für die Besorgung von Verwaltungsaufgaben und die Besorgung gemeinsamer ärztlicher Dienste).

(5) Die gemeinsamen Einrichtungen unterstehen unmittelbar der Abteilungsleitung, wobei auf die Erfordernisse der Departements Bedacht zu nehmen ist.

(6) Der Anstaltsträger hat für jede Abteilung, die in Departements untergliedert ist, eine Geschäftsordnung zu erlassen, die auf die Notwendigkeiten der Abteilung und der Departements Rücksicht zu nehmen hat. Diese Geschäftsordnung hat jedenfalls die Einrichtung einer Departementleiterkonferenz vorzusehen. In dieser Departementleiterkonferenz ist insbesondere über gemeinsame Anträge an den Rechtsträger der Krankenanstalt nach den in der Anstaltsordnung aufgestellten Richtlinien mehrheitlich zu beschließen. Über die Verwendung gemeinsamer Einrichtungen sowie über den Einsatz des den Departements vom Rechtsträger der Krankenanstalt zugeteilten Personals zum rationellen Betrieb gemeinsamer Einrichtungen hat die Abteilungsleitung nach Anhörung der Departementleiterkonferenz nach den in der Anstaltsordnung aufgestellten Richtlinien zu entscheiden. Jeder Departementleitung steht das Recht zu, sich in diesen Fragen an die ärztliche Leitung der Krankenanstalt und in weiterer Folge an den Rechtsträger der Krankenanstalt zu wenden. Die Departementleiterkonferenz hat wöchentlich stattzufinden. Den Vorsitz führt die Abteilungsleitung, welche die Konferenz einzuberufen hat und für die Durchführung der Beschlüsse verantwortlich ist.

§ 59

Fachbereiche

(1) Aus Gründen des fachlichen Zusammenhanges und um einen rationellen Einsatz von Räumen, Mitteln und Personal zu gewährleisten, können Abteilungen zu Fachbereichen zusammengeschlossen werden, und zwar in einen konservativen, einen operativen und einen medizinisch-technischen Fachbereich. Die Rechte der ärztlichen Leitung, der Verwaltungsleitung und der Pflegedienstleitung sowie der ärztlichen Leitung der Abteilungen dürfen durch diese Maßnahmen nicht beeinträchtigt werden.

(2) Bei der Bildung von Fachbereichen sind zuzuzählen insbesondere

1. dem konservativen Fachbereich Einrichtungen für Innere Medizin und intern medizinische Spezialdisziplinen, Lungenkrankheiten, Kinder- und Jugendkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie, Psychiatrie sowie Geriatrie bzw. für chronisch Kranke;

2. dem operativen Fachbereich Einrichtungen für Chirurgie und chirurgische Spezialdisziplinen, Neurochirurgie, Urologie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Anästhesiologie und
3. dem medizinisch-technischen Fachbereich Einrichtungen für Radiologie, Pathologie, Physikalische Therapie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, biomedizinische Technik sowie Zentrallaboratorium, Apotheke und soziale Dienste.

Aus fachlichen oder organisatorischen Gründen sind im Einzelfall abweichende Zuordnungen zulässig.

(3) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat bei der Bildung von Fachbereichen für diese jeweils Geschäftsordnungen im Rahmen der Anstaltsordnung zu erlassen. Die Geschäftsordnungen haben jedenfalls eine Fachbereichskonferenz einzurichten, der zumindest die Leitungen der betroffenen Abteilungen angehören. In der Fachbereichskonferenz ist insbesondere über den rationellen Betrieb der gemeinsamen Einrichtungen zu beschließen. Die Vorsitzführung in der Fachbereichskonferenz ist mit Beschluss der kollegialen Führung nach Anhörung der Leitungen der betroffenen Abteilungen festzulegen. Die/Der Vorsitzende hat die Konferenz einzuberufen und für die Durchführung der Beschlüsse zu sorgen.

§ 60

Universitätskliniken und Universitätsinstitute

(1) Die organisatorischen Bestimmungen dieses Gesetzes (wie zum Beispiel Größe, Gliederung von Abteilungen usw.) sind auf Einrichtungen der Krankenanstalten, die gleichzeitig Universitätskliniken oder Universitätsinstitute sind, nur insoweit anzuwenden, als sich aus den universitätsrechtlichen Bestimmungen im Zusammenhang mit Lehre und Forschung nichts anderes ergibt.

(2) Organisatorische Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 können nur im Einvernehmen mit dem für die Universitätsangelegenheiten zuständigen Bundesminister gesetzt werden.

(3) Vereinbarungen, welche nach den universitätsrechtlichen Bestimmungen für den klinischen Bereich der Medizinischen Universität Graz mit dem Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt abgeschlossen werden, bedürfen, soweit es sich um organisatorische Maßnahmen handelt, der Zustimmung der Landesregierung. Die Landesregierung darf diese Zustimmung nur erteilen, wenn diese Maßnahmen mit den Bestimmungen dieses Gesetzes im Einklang stehen.

§ 61

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 Patientinnen/Patienten nur unter der Verantwortung einer Ärztin/eines Arztes verabreicht werden.

(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel von der Amtsärztin/vom Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde, allenfalls, soweit nicht die Gebietskörperschaften als Anstaltsträger über eigene Fachkräfte verfügen, unter Beiziehung einer/eines Bediensteten der Österreichischen Agentur für Gesundheit- und Ernährungssicherheit, 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 Konsiliarapothekerinnen/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. Zur Konsiliarapothekerin/Zum Konsiliarapotheker darf nur eine Magistra/ein Magister der Pharmazie bestellt werden, die/der die Berechtigung zur Ausübung der fachlichen Tätigkeit im Apothekenbetrieb nach erfolgter praktischer Ausbildung erlangt hat und zumindest im überwiegenden Ausmaß in einer inländischen öffentlichen Apotheke oder Anstaltsapotheke tätig und in der Lage ist, die im Abs. 5 genannten Aufgaben zu erfüllen.

(5) Die Konsiliarapothekerin/Der Konsiliarapotheker hat den Arzneimittelvorrat der Krankenanstalt hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der Arzneimittel mindestens einmal vierteljährlich zu überprüfen und allfällige Mängel der ärztlichen Leitung der Krankenanstalt zu

melden; diese hat sie/er ferner in allen Arzneimittelangelegenheiten fachlich zu beraten und zu unterstützen.

§ 62

Einrichtung und Aufgaben der Arzneimittelkommission

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

(2) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste);
2. Adaptierung der Arzneimittelliste;
3. Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln.

(3) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission in Angelegenheiten der gemeinsamen Medikamentenkommission gem. § 13 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit sowie nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

1. Für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patientinnen/Patienten maßgeblich.
2. Die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen.
3. Die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patientinnen/Patienten mit Arzneimitteln sichergestellt ist.
4. Bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre der Medizinischen Universität Graz dienen, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.

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

1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, z. B. therapeutisch gleichwertige Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher wären, ergriffen werden;
3. 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 wird und der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

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

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 63

Zusammensetzung und Organisation der Arzneimittelkommission

(1) Der Arzneimittelkommission müssen jedenfalls angehören:

1. mindestens zwei Vertreterinnen/Vertreter des ärztlichen Dienstes,
2. eine Vertreterin/ein Vertreter des Pflegedienstes,
3. eine Anstaltsapothekerin/ein Anstaltsapotheker oder eine Konsiliarapothekerin/ein Konsiliarapotheker oder eine Person, die die Voraussetzungen für diese Funktion gemäß § 61 Abs. 4 erfüllt,
4. eine vom Geschäftsausschuss der Sozialversicherungsträger der Steiermark zu entsendende Person.

(2) Die Landesregierung hat das Recht, die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Arzneimittelkommission aus wichtigem Grund mit Bescheid abzurufen. Ein wichtiger Grund liegt vor, wenn

1. die Voraussetzungen für die Bestellung nachträglich weggefallen sind oder ihr Fehlen nachträglich bekannt wird oder
2. das Mitglied oder Ersatzmitglied gröblich oder wiederholt gegen seine Pflichten verstößt oder ein mit seiner Stellung unvereinbares Verhalten gezeigt hat oder
3. das Mitglied oder Ersatzmitglied seine Funktion aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann oder
4. gegen das Mitglied oder Ersatzmitglied rechtskräftig eine Disziplinarstrafe oder eine in die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte fallende Strafe verhängt wurde..

Das abberufene Mitglied oder Ersatzmitglied ist für den Rest der Funktionsperiode durch ein neues zu ersetzen.

(3) Die Arzneimittelkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Darin ist insbesondere festzulegen, wie die Vorgangsweise gemäß § 62 Abs. 4 Z. 3 mit der Vertreterin /dem Vertreter der Sozialversicherung abzustimmen ist.

(4) Die Landesregierung kann durch Verordnung nähere Vorschriften über die Zusammensetzung, über die Geschäftsordnung, über die Einberufung der Arzneimittelkommission sowie die Verhandlungsführung erlassen und ihr Kontrollaufgaben im Zusammenhang mit dem Arzneimitteleinsatz übertragen.

(5) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Arzneimittelkommission sind in Ausübung ihres Amtes an keine Weisungen gebunden. Sie unterliegen im Rahmen ihrer Tätigkeit der Aufsicht der Landesregierung. Diese hat das Recht, sich über alle Gegenstände der Geschäftsführung zu unterrichten. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Arzneimittelkommission sind verpflichtet, die von der Landesregierung verlangten Auskünfte unter Wahrung des Grundrechts auf Datenschutz zu erteilen.

Ann.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013

§ 64

Prosektur

In öffentlichen Krankenanstalten, die der Unterbringung von mindestens 500 Patientinnen/Patienten dienen, ist eine entsprechend ausgestattete Prosektur einzurichten.

§ 65

Öffentliche Stellenausschreibung

(1) Die Stelle der ärztlichen Leiterin/des ärztlichen Leiters einer öffentlichen Krankenanstalt sowie die Stellen jener Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzte, die eine Abteilung, ein Departement, einen Fachschwerpunkt, eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als ständige Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzte oder als Konsiliarzahnärztinnen/Konsiliarzahnärzte bestellt werden sollen, weiters die Stellen jener Apothekerinnen/Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapotheke betraut werden sollen, und die Stelle der verantwortlichen Leiterin/des verantwortlichen Leiters der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten sowie der verantwortlichen Leiterin/des verantwortlichen Leiters des Pflegedienstes sind öffentlich auszuschreiben. Die Ausschreibung ist unter Angabe der bei der Anstellung zur Anwendung gelangenden Dienstvorschriften auch in dem jeweils für Kundmachungen der Landesregierung bestimmten Amtsblatt zu verlautbaren. Für die Bewerbung ist eine Frist von mindestens vier Wochen einzuräumen. Von der Ausschreibung ist die Ärztekammer für Steiermark bzw. die Landes Zahnärztekammer für Steiermark bzw. die Österreichische Apothekerkammer in Kenntnis zu setzen, soweit es sich um Arzt-, Zahnarzt- oder Apothekerstellen handelt.

(2) Die Stellen, die auf Grund der einschlägigen Hochschulvorschriften besetzt werden, sowie die Stellen der auf Zeit bestellten Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzte bzw. Konsiliarzahnärztinnen/Konsiliarzahnärzte sind von den Bestimmungen des Abs. 1 ausgenommen.

(3) Die Bewerbungsgesuche sind mit den erforderlichen Urkunden zum Nachweis des Alters und der Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen bzw. des Apothekerberufes, weiters mit den Nachweisen über die Ausbildung und bisherige fachliche Tätigkeit, mit den allenfalls von den Bewerberinnen/Bewerbern verfassten wissenschaftlichen Arbeiten sowie einem Lebenslauf zu belegen. Wer ein Bewerbungsgesuch einreicht und nicht im öffentlichen Dienst steht, hat überdies ein amtsärztliches Zeugnis über ihren/seinen Gesundheitszustand und eine Strafregisterbescheinigung beizubringen.

(4) Die eingelaufenen Bewerbungsgesuche, mit Ausnahme der für die Dienstposten von Verwaltungsleiterinnen/Verwaltungsleitern und von Leiterinnen/Leitern des Pflegedienstes bestimmten, sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt mit allen Unterlagen einschließlich eingeholter Dienstbeschreibungen dem Landessanitätsrat zur Begutachtung der Bewerberinnen/Bewerber hinsichtlich ihrer fachlichen Befähigung für die angestrebte Stelle vorzulegen. Im Gutachten ist neben der fachlichen Beurteilung eine Reihung der Bewerberinnen/Bewerber vorzunehmen, die zu begründen ist.

(5) Dem Antrag auf Genehmigung einer ärztlichen Leiterin/eines ärztlichen Leiters (Prosektors) sind die Gesuche und Unterlagen aller Bewerberinnen/Bewerber anzuschließen.

§ 66

Gebührenklassen

(1) In öffentlichen Krankenanstalten kann neben der allgemeinen Gebührenklasse nach Maßgabe der Bestimmungen des § 51 Abs. 1 Z. 7 mit Bewilligung der Landesregierung eine Sonderklasse errichtet werden, wenn die Einrichtungen der Krankenanstalt die Errichtung einer solchen Sonderklasse ermöglichen und eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse für anstaltsbedürftige Personen, insbesondere für unabweisbare Kranke, vorhanden ist. In der ärztlichen Behandlung und in der Pflege darf jedoch kein Unterschied gemacht werden. Die Sonderklasse hat durch die besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen, insbesondere auch durch eine geringere Bettenanzahl in den Krankenzimmern gegenüber der allgemeinen Gebührenklasse.

(2) Ist die Aufnahme einer unabweisbaren Person in die allgemeine Gebührenklasse wegen Platzmangels nicht möglich, hat sie die Krankenanstalt ohne Verrechnung von Mehrkosten so lange in einem Krankenzimmer der Sonderklasse unterzubringen, bis der Platzmangel in der allgemeinen Gebührenklasse behoben ist und der Zustand der Patientin/des Patienten die Verlegung zulässt.

(3) In die Sonderklasse ist eine anstaltsbedürftige Person über eigenes Verlangen oder – sofern sie wegen ihrer akuten körperlichen oder geistigen Verfassung keine verbindliche Willenserklärung abgeben kann – über Verlangen der Eltern, volljähriger Kinder, der/des im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegattin/Ehegatten, eingetragenen Partnerin/Partners oder Lebensgefährtin/Lebensgefährten aufzunehmen. Diese Aufnahme kann von der Beibringung einer schriftlichen Verpflichtungserklärung über die Tragung der Pflege- und Sondergebühren sowie vom Erlag einer entsprechenden Vorauszahlung oder von der Beibringung einer verbindlichen Kostenübernahmserklärung seitens eines mit der öffentlichen Krankenanstalt direkt verrechnenden Kostenträgers (Privatversicherung, Zuschusskasse u. a.) abhängig gemacht werden.

(4) Wer die Aufnahme in die Sonderklasse verlangt, ist vorher über die sich daraus ergebenden Verpflichtungen in geeigneter Weise aufzuklären.

(5) Kann einer Patientin/einem Patienten in der Sonderklasse bzw. der Person, die eine Kostenübernahmserklärung gemäß Abs. 3 unterzeichnet hat, die Zahlung der Pflegegebühren und der sonstigen Entgelte nicht mehr zugemutet werden, so ist sie/er in die allgemeine Gebührenklasse zu verlegen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018

3. Abschnitt

Anstaltspflege

§ 67

Aufnahme in die Anstaltspflege

(1) In Anstaltspflege können Personen nur durch die Anstaltsleitung auf Grund der Untersuchung durch die/den hierfür bestimmte Anstaltsärztin/bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden. Soll die Aufnahme der Patientin/des Patienten nur bis zur Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden sind, so dürfen nur solche Patientinnen/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 in Anstaltspflege 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 Personen müssen in Anstaltspflege genommen werden.

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

1. Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert,
2. Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein ordentliches Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist,
3. gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes sowie
4. 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 und körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Den unabweisbaren Personen sind solche gleichzuhalten, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden.

(5) Im Fall der Behandlung einer Patientin/eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 18 Abs. 7) ist diese Person Patientin/Patient der Krankenanstalt, in der sie/er sich befindet.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013

§ 68

Aufnahme von Begleitpersonen

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

(2) Im Übrigen sind nicht anstaltsbedürftige Begleitpersonen aufzunehmen, wenn dies räumlich möglich ist.

§ 69

Erste ärztliche Hilfe

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

§ 70

Entlassung aus der Anstaltspflege

(1) In Anstaltspflege befindliche Personen sind zu entlassen, wenn sie auf Grund des Ergebnisses einer anstaltsärztlichen Untersuchung der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen.

(2) Bei der Entlassung einer Patientin/eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseurinnen/Heilmasseur zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat. In diesem sind die Angaben und Empfehlungen bzw. Anordnungen übersichtlich und zusammengefasst darzustellen. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Entlassungsbrief ist der Patientin/dem Patienten und falls diese/dieser nicht widerspricht

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

zu übermitteln.

(3) Anstaltsbedürftige Personen sind zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig wird und sichergestellt ist.

(4) Sofern die Patientin/der Patient, ihre/seine namhaft gemachten Vertrauenspersonen oder ihr/sein gesetzlicher Vertreter die vorzeitige Entlassung wünschen, hat die/der behandelnde Ärztin/Arzt bzw. Zahnärztin/Zahnarzt auf allfällige für die Patientin/den Patienten nachteilige Folgen aufmerksam zu machen und darüber eine Niederschrift aufzunehmen. Eine vorzeitige Entlassung ist nicht zulässig, wenn die in Anstaltspflege befindliche Person auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde in die Krankenanstalt eingewiesen worden ist.

(5) Vor jeder Entlassung haben die von der ärztlichen Leitung dazu bestimmten Anstaltsärztinnen/Anstaltsärzte durch Untersuchung festzustellen, ob die in Anstaltspflege befindliche Person geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird. Über ihr Verlangen ist ihr über die Dauer der Anstaltsbehandlung eine Bestätigung auszustellen.

(6) Kann die in Anstaltspflege befindliche Person nicht sich selbst überlassen werden und ist ihre Übernahme durch Angehörige oder ihr nahe stehende Personen nicht sichergestellt, ist der nach dem Sitz der Krankenanstalt zuständige Träger der Sozialhilfe rechtzeitig von der bevorstehenden Entlassung zu verständigen.

(7) Die Krankenanstalt hat im Falle des Todes einer in Anstaltspflege befindlichen Person sofort die anlässlich der Aufnahme für die Meldung besonderer Vorfälle angegebenen Personen oder Stellen zu benachrichtigen. Gleichzeitig mit dieser Benachrichtigung ist bei verstorbenen Minderjährigen eine Information über eine durchzuführende Obduktion nach § 71 Abs. 1 vorzunehmen und dem vorgenannten Personenkreis vor Durchführung der Obduktion die Möglichkeit einer würdigen Verabschiedung von dem in der Krankenanstalt verstorbenen Minderjährigen in einem würdig gestalteten Raum zu gewähren. Hierdurch darf jedoch der Zweck der Durchführung einer Obduktion im Sinne des § 71 Abs. 1 nicht beeinträchtigt werden.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 71

Leichenöffnung (Obduktion)

(1) Die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbenen Personen 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 die/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 § 36 Abs. 7 zu verwahren.

(4) Die Obduktionsniederschrift hat außer den zur Feststellung der Person der/des Obduzierten erforderlichen Angaben die pathologischen Befunde an der Leiche und die Todesursache zu enthalten. Die Niederschrift ist von der/von dem obduzierenden Ärztin/Arzt zu unterfertigen. Eine Abschrift ist der Krankengeschichte (§ 36 Abs. 2) beizuschließen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 72

Anstaltsambulatorien

(1) In öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten und in öffentlichen Sonderkrankenanstalten (§ 1 Abs. 3 Z. 1 und 2) sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

1. zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
2. zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder als Nachbehandlung in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse der/des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss,

3. zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort der Patientin/des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
4. über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
5. im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- und Blutspenden,
6. zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
7. für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin

notwendig ist. Die Leistungen der Z. 1, 2, 4 und 6 können auch im Rahmen von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet der Krankenanstalt erbracht werden. Die beabsichtigte Durchführung von Hausbesuchen ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Die Rechtsträger der im Abs. 1 genannten Krankenanstalten sind verpflichtet, den Dienst habenden Ärztinnen/Ärzten die für die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften erforderlichen Einrichtungen der Krankenanstalt zur Verfügung zu stellen. Die Kosten dieser Untersuchungen sind nach den Bestimmungen des Gebührenanspruchsgesetzes 1975 vorzuschreiben.

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

(4) Die Rechtsträger 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.

(5) Die aufgrund einer Vereinbarung nach Abs. 4 in anderen Einrichtungen behandelten Patientinnen/Patienten gelten als Patientinnen/Patienten der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten. Sie sind auch in dieser Krankenanstalt in der vorgeschriebenen Weise in Vormerk zu führen. Die Vertragseinrichtung ist zum Zweck der Qualitätssicherung verpflichtet, dieser Krankenanstalt Einsicht in die Krankengeschichten der betroffenen Patientinnen/Patienten zu gewähren.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

4. Abschnitt

Kosten- und Finanzierungsregelungen

§ 73

Pfleugebühren (Pfleugebührenersätze) und LKF-Gebühren

(1) Mit den Pfleugebühren (Pfleugebührenersätzen) der allgemeinen Gebührenklasse oder den Gebühren auf der Grundlage leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Gebühren) sind, soweit Abs. 2 sowie § 74 nichts anderes bestimmen, alle Leistungen der Krankenanstalt in dieser Gebührenklasse abgegolten.

- (2) In den Pfleugebühren bzw. den LKF-Gebühren sind nachstehende Leistungen nicht inbegriffen:
1. die Kosten für die Beförderung der Patientin/des Patienten in die Krankenanstalt und aus derselben,
 2. eine aus medizinischen Gründen notwendige Überstellung der in Anstaltspflege befindlichen Patientinnen/Patienten in eine andere Anstalt,
 3. die Beistellung eines Zahnersatzes, sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung unmittelbar zusammenhängt,
 4. die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke), soweit sie nicht als therapeutische Behelfe anzusehen sind,
 5. die Kosten der Bestattung einer/eines in der Krankenanstalt Verstorbenen,
 6. Zusatzleistungen, die auf ausdrückliches Verlangen der Patientin/des Patienten erbracht werden und für die kein Anspruch auf Sachleistung gegenüber einem Sozialversicherungsträger besteht, weil sie mit den medizinischen Grundleistungen nicht im Zusammenhang stehen oder als tagesklinische Leistungen ohne medizinische Grundleistung erbracht werden.

Das Nähere hat die Landesregierung durch Verordnung zu regeln; darin ist insbesondere festzustellen, welche Gegenstände unter Bedachtnahme auf die Erkenntnisse der Wissenschaft und die Erfahrungen der Praxis unter orthopädische Hilfsmittel (Körperersatzstücke) und unter therapeutische Behelfe fallen. Vor Erlassung einer solchen Verordnung ist dem Hauptverband der österreichischen

Sozialversicherungsträger und den Rechtsträgern der Krankenanstalten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) In den Fällen des § 68 Abs. 1 werden die Pflegegebühren (Pflegegebührenersätze) bzw. LKF-Gebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt, solange die mitaufgenommene Person nicht selbst ärztlicher Behandlung in der Krankenanstalt bedarf.

(4) Sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag sind das tägliche Entgelt nach Abs. 1 und der Kostenbeitrag gemäß § 74, ausgenommen die Regelung, wenn Aufnahme und Entlassung innerhalb von 24 Stunden liegen, in voller Höhe zu entrichten. Bei Überstellung einer in Anstaltspflege befindlichen Person in eine andere Krankenanstalt hat nur die übernehmende Krankenanstalt Anspruch auf die Pflegegebühren (Pflegegebührenersätze) bzw. LKF-Gebühren und den Kostenbeitrag nach § 74 für diesen Tag.

(5) Wird die Patientin/der Patient gemäß § 66 Abs. 3 in die Sonderklasse aufgenommen, so hat sie/er für die Unterbringung sowie allenfalls für gesonderte Verköstigung einen Zuschlag zur Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse oder LKF-Gebühr zu leisten. Bei Festsetzung dieser Zuschläge ist besonders auf den gebotenen erhöhten Komfort Bedacht zu nehmen.

(6) Als Pflegegebühr (Sondergebühr) für Begleitpersonen (§ 68 Abs. 2) kann durch Verordnung der Landesregierung ein Entgelt festgesetzt werden, das auf die für diese Begleitpersonen zu erbringenden Leistungen, deren soziale Schutzbedürftigkeit und auf das Lebensalter der Patientin/des Patienten Bedacht nimmt. In der allgemeinen Gebührenklasse dürfen Begleitpersonen zur Entrichtung von Pflegegebühren bzw. LKF-Gebühren, ausgenommen die Regelung im Abs. 3, bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden. Für Begleitpersonen von Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr ist kein Entgelt festzusetzen.

(7) Von der Einhebung eines Entgeltes gemäß Abs. 6 ist abzusehen, wenn die Patientin/der Patient auf die Mitbetreuung durch die mitaufgenommene Begleitperson angewiesen ist. Für Begleitpersonen von Kindern zwischen dem vollendeten dritten bis zum vollendeten 14. Lebensjahr darf diese Pflegegebühr (Sondergebühr) für höchstens 21 Tage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Ein entsprechender Antrag hat durch die Begleitperson zu erfolgen. Sie hat gleichzeitig nachzuweisen, für wie viele Tage in laufenden Kalenderjahr von ihr bereits Pflegegebühren als Begleitperson entrichtet wurden.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018

§ 74

Kostenbeitrag von Patientinnen/Patienten

(1) Von sozialversicherten Patientinnen/Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung bzw. die LKF-Gebührenersätze durch den Gesundheitsfonds Steiermark getragen werden, ist durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 3,63 Euro pro Verpflegungstag einzuheben. Dieser Betrag ist pro Patientin/Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr einzuheben. Er ist auch für den Aufnahme- und Entlassungstag zu leisten, jedoch ist dieser Kostenbeitrag, wenn Aufnahme und Entlassung innerhalb von 24 Stunden liegen, nur einmal zu entrichten. Von der Kostenbeitragspflicht sind ausgenommen:

1. Patientinnen/Patienten, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird,
2. Patientinnen, die Anstaltspflege im Falle der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen,
3. Personen, die zum Zweck der Organspende stationär in Anstaltspflege sind,
4. Personen, bei denen eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist. Bei der Beurteilung der sozialen Schutzbedürftigkeit sind die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen. Jedenfalls ausgenommen von der Verpflichtung zur Entrichtung des Kostenbeitrages sind:
 - a) Personen, die nachweislich von der Rezeptgebühr nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften befreit sind, sowie
 - b) Personen, deren Einkommen den Richtsatz für die Gewährung der Ausgleichszulage nach § 293 ASVG nicht überschreitet, das sind insbesondere Ausgleichszulagenbezieher und Sozialhilfeempfänger. Die Pflicht zum Nachweis der sozialen Schutzbedürftigkeit obliegt der Patientin/dem Patienten.

(2) Für die Einbringung des Kostenbeitrages gelten die Bestimmungen der §§ 83 bis 85 sinngemäß.

(3) Die Landesregierung hat beginnend im Jahr 1989 den Kostenbeitrag nach Abs. 1 zum 1. Jänner eines jeden Jahres zu valorisieren, und zwar in jenem Verhältnis, wie sich der Wert des vorangegangenen Oktober-Index des Verbraucherpreisindex 1986 (oder des an seine Stelle tretenden Index) gegenüber dem Oktober-Index des zweitvorangegangenen Jahres verändert hat. Dabei ist auf volle 10 Cent zu runden. Die Höhe des Kostenbeitrages ist im Landesgesetzblatt kundzumachen.

(4) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind verpflichtet, von den Versicherungsträgern die für die unverzügliche Einhebung des Kostenbeitrages notwendigen Daten zu verlangen.

(5) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist von sozialversicherten Patientinnen/Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung bzw. die LKF-Gebührenersätze durch den Gesundheitsfonds Steiermark getragen werden, durch den Rechtsträger der Krankenanstalt für den Gesundheitsfonds Steiermark ein Beitrag in der Höhe von 1,45 Euro pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Patientin/Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Beitragspflicht sind Personen ausgenommen, die auch von der Beitragspflicht nach Abs. 1 ausgenommen sind.

(6) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 und zum Beitrag gemäß Abs. 5 haben die Rechtsträger der Krankenanstalten von sozialversicherten Patientinnen/Patienten der allgemeinen Gebührenklasse und von Patientinnen/Patienten der Sonderklasse einen Beitrag von 0,73 Euro pro Verpflegstag einzuheben und zum Zweck der Patientenentschädigung zur Verfügung zu stellen. Dieser Beitrag darf pro Patientin/Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Beitragspflicht sind jedenfalls Personen im Sinne des Abs. 1 ausgenommen, wobei die Bezahlung einer Sonderklassegebühr nach § 75 Abs. 1 nicht als Kostenbeitrag nach Abs. 1 Z. 1 gilt. Die Verwaltung und Zuerkennung der Patientenentschädigungsmittel richtet sich nach dem Patientenentschädigungsgesetz, LGBl. Nr. 113/2002.

(7) Die Kostenbeiträge gemäß Abs. 1, 5 und 6 sind für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht einzuheben.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 75

Sondergebühren und Sonderaufwendungen

(1) Als Sondergebühren dürfen vom Rechtsträger der Krankenanstalt eingehoben werden:

1. in der Sonderklasse neben den Pflegegebühren (Pflegegebührenersätzen) bzw. LKF-Gebühren für operative Eingriffe und sonstige zur Behandlung oder zu diagnostischen Zwecken erforderlichen Verrichtungen, insbesondere auch für Untersuchungen, röntgendiagnostische und strahlentherapeutische Leistungen sowie physikalische Leistungen, Anstaltsgebühren und Arztgebühren;
2. in der Sonderklasse eine Hebammengebühr für den Fall des Beistandes durch eine in der Krankenanstalt angestellte Hebamme;
3. Ambulanzgebühren für jede in der Krankenanstalt vorgenommene ambulante Untersuchung und Behandlung einschließlich der Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (§ 72).

(2) Neben den Pflegegebühren bzw. LKF-Gebühren und Sondergebühren sind der Krankenanstalt als Sonderaufwendung die Kosten zu ersetzen, die ihr für die im § 73 Abs. 2 genannten, mit den Pflegegebühren bzw. LKF-Gebühren nicht abgegoltenen Aufwendungen sowie für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme erwachsen sind. Die Aufrechnung dieser Kosten in Pauschalbeträgen nach Maßgabe der durchschnittlich anfallenden Kosten ist zulässig.

§ 76

Anstaltsgebühren und Arztgebühren in der Sonderklasse

(1) Die Anstaltsgebühren in der Sonderklasse für den entsprechenden Sach- und Personalaufwand sind in Hundertsätzen der täglichen Pflegegebühr (Grundgebühr) sowie in Zuschlagsbeträgen und Gebühren für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen festzusetzen. Außerdem sind die Aufwendungen für Untersuchungen in anstaltsfremden Einrichtungen nach den Eigenkosten in Rechnung zu stellen.

(2) Für die Untersuchung und Behandlung von Ärztinnen/Ärzten bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzten in der Sonderklasse können vom Rechtsträger der Krankenanstalten Arztgebühren verlangt werden.

(3) Die der Ermittlung der Arztgebühren zu Grunde liegenden Leistungen der Sonderklasse sind von den Abteilungs-, Instituts-, Laboratoriums- und Departementleitungen sowie den Leitungen von Fachschwerpunkten dem Rechtsträger der Krankenanstalten bekannt zu geben. Von diesem sind sodann die Arztgebühren gleichzeitig mit den Anstaltsgebühren vorzuschreiben und einzubringen.

(4) Die näheren Bestimmungen über die Anstaltsgebühren und Arztgebühren in der Sonderklasse hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen. Auch kann vorgesehen werden, dass diese Gebühren nach Anhörung des Rechtsträgers der Krankenanstalt sowohl hinsichtlich der Anstaltsgebühr als auch der Arztgebühr in Pauschalbeträgen festgesetzt werden.

§ 77

Ambulanzgebühren

(1) Ambulanzgebühren (§ 75 Abs. 1 Z. 3) sind die Anstaltsgebühr für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung und Behandlung erwächst, und eine allfällige Arztgebühr für die Leistungen von Ärztinnen/Ärzten bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzten.

(2) Die näheren Bestimmungen über die Ambulanzgebühren hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen. § 76 Abs. 3 findet sinngemäß Anwendung. Auch kann vorgesehen werden, dass die Ambulanzgebühren nach Anhörung des Rechtsträgers der Krankenanstalt sowohl hinsichtlich der Anstaltsgebühr als auch der Arztgebühr in Pauschalbeträgen festgesetzt werden.

(3) Erfolgt auf Grund des Ergebnisses einer ambulanten Untersuchung die Aufnahme in stationäre Anstaltspflege am selben Tag, so entfällt die Entrichtung der Ambulanzgebühren.

§ 78

Aufteilung der Arztgebühren

(1) Sind an öffentlichen Krankenanstalten, deren Rechtsträger nicht das Land ist, Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzte tätig, die Bedienstete des Landes (Beamtinnen/Beamte, Vertragsbedienstete, Vertragsbedienstete mit Sondervertrag) sind, so sind die um einen Anstaltsanteil verminderten Arztgebühren zwischen dem Land und dem Rechtsträger aufzuteilen.

(2) Der Anstaltsanteil an der Arztgebühr ist durch Verordnung der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Art und die Ausstattung einer Krankenanstalt bzw. Abteilung sowie auf den mit ihrem Betrieb verbundenen Aufwand festzulegen.

(3) Die für die Aufteilung der um einen Anstaltsanteil verminderten Arztgebühren erforderlichen Regelungen sind mit Verordnung der Landesregierung zu treffen. Hierbei sind der Anteil der Landesbediensteten an der Gesamtzahl der an einer Einheit (Abteilung, Laboratorium, Institut) tätigen Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzte sowie deren fachliche Qualifikation und Leistung maßgebend.

§ 79

Ermittlung und Festsetzung von LKF-Gebühren, Pflegegebühren und Sondergebühren

(1) Der Eurowert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfällige Sondergebühren sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse kostendeckend zu ermitteln. Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und weiters der klinische Mehraufwand im Sinne des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) dürfen der Berechnung der Pflegegebühren bzw. der Berechnung des Eurowertes je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren nicht zugrunde gelegt werden.

(2) Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Patientinnen/Patienten ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Eurowert je LKF-Punkt. Das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems ist zur allgemeinen Einsicht bei der für das Sanitätsrecht und Krankenanstalten zuständigen Abteilung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung aufzulegen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Eurowert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse und die Zuschläge hierzu in der Sonderklasse sowie die Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Eurowert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse und die

Zuschläge hierzu in der Sonderklasse sowie die Sondergebühren aufzunehmen. Diese nach Abs. 1 kostendeckend ermittelten Tarife für die Pflegegebühren in der allgemeinen Gebührenklasse und für die Zuschläge hierzu in der Sonderklasse sowie für die Sondergebühren sind auf volle 10 Cent zu runden.

(3) Für alle öffentlichen Krankenanstalten, die nicht Fondskrankenanstalten sind, und für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über den Gesundheitsfonds Steiermark abgerechnet werden, sind die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse und die Zuschläge hierzu in der Sonderklasse sowie die Sondergebühren von der Landesregierung durch Verordnung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. Diese nach Abs. 1 kostendeckend ermittelten Tarife sind auf volle 10 Cent zu runden. Ist das Land nicht selbst Rechtsträger der Krankenanstalt, so hat diese Festsetzung nach Anhörung des Rechtsträgers unter Bedachtnahme auf Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung zu erfolgen. Vor Erlassung der Verordnung ist den Ärztevertretungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

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

(5) Die LKF-Gebühren, Pflegegebühren und allfällige Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die LKF-Gebühren und Pflege(Sonder)gebühren der nächstgelegenen, von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder der annähernden Gleichwertigkeit der Einrichtungen einer solchen Krankenanstalt obliegt der Landesregierung.

(6) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (§§ 73 bis 77 und § 82) darf durch die Krankenanstalt von den in Anstaltspflege genommenen Personen, ihren Angehörigen oder den sonstigen Kostenträgern nicht eingehoben werden.

§ 80

Besondere Regelungen für Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzte, die Bedienstete des Landes und an einer öffentlichen Krankenanstalt tätig sind

(1) Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzte, die Bedienstete des Landes und an einer öffentlichen Krankenanstalt tätig sind, haben gegenüber dem Land nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Anspruch auf ein besonderes Entgelt (Arzthonorar). Dieses ist als Teil des dem Land zukommenden Anteils an der Arztgebühr zu bemessen.

(2) Die Bemessung des auf jede Ärztin/jeden Arzt bzw. jede Zahnärztin/jeden Zahnarzt entfallenden Arzthonorars hat durch Verordnung der Landesregierung unter Berücksichtigung der fachlichen Qualifikation und Leistung auf der Grundlage eines Honorarpunkteschlüssels zu erfolgen. Der Wert der jeder Ärztin/jedem Arzt bzw. jeder Zahnärztin/jedem Zahnarzt zukommenden Honorarpunkte richtet sich nach der Organisationseinheit, an der sie/er tätig ist und ergibt sich aus dem Abs. 3 bis 12.

(3) Bei der Berechnung ist zunächst so vorzugehen, als ob sämtliche an allen Organisationseinheiten tätigen Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzte anspruchsberechtigt wären. Als Organisationseinheit gelten hierbei Abteilungen und Institute im Sinne dieses Gesetzes sowie gemeinsame Einrichtungen nach dem Universitätsgesetz 2002.

(4) Der Bemessung ist der auf jede Organisationseinheit der Krankenanstalt entfallende Betrag zugrunde zu legen, der sich zusammensetzt aus:

1. dem auf die Organisationseinheit (entsprechend ihrem Beitrag zur Erwirtschaftung) entfallenden Anteil an den Arztgebühren der Sondergebühren in der Sonderklasse und an den Arztgebühren für jene Ambulanzleistungen, die nicht von der gesetzlichen Sozialversicherung oder durch die gesetzliche Krankenanstaltenfinanzierung getragen werden, jeweils nach Abzug der Anstaltsanteile und
2. dem auf die Organisationseinheit entfallenden Prozentsatz von jährlich 12 048 658,10 Euro. Dieser Prozentsatz verändert sich nach Maßgabe des Abs. 11 und 12.

(5) Der gemäß Abs. 4 monatlich auf jede Organisationseinheit entfallende Geldbetrag wird um einen monatlichen Abzugsbetrag verringert. Der auf alle Organisationseinheiten entfallende Gesamtabzugsbetrag beträgt 11 211 945,70 Euro. Von diesem Gesamtabzugsbetrag entfällt auf jede einzelne Organisationseinheit jener Prozentsatz, der sich aus dem Verhältnis der Arzthonorarpunktesumme der jeweiligen Organisationseinheit zur Gesamthonorarpunktesumme aller

Organisationseinheiten des jeweiligen Monats ergibt. Der Abzugsbetrag ist entsprechend den Erhöhungen der Nebengebühren gemäß § 195 Abs. 2 des Gesetzes über das Dienstrecht und Besoldungsrecht der Bediensteten des Landes Steiermark (Stmk. L-DBR), LGBl. 29/2003, anzuheben.

(6) Der nun auf jede Organisationseinheit entfallende Geldbetrag wird durch die Gesamtzahl der Honorarpunkte aller im Abrechnungszeitraum dort tätigen Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzten dividiert und so der vorläufige Abteilungs-Punktwert errechnet. Wenn der vorläufige Abteilungs-Punktwert einer Organisationseinheit 110 Euro übersteigt, wird er um 10 Prozent reduziert, jedoch nicht unter 110 Euro. Übersteigt der reduzierte Abteilungs-Punktwert dann noch 150 Euro, so wird er neuerlich reduziert, und zwar um 20 Prozent des 150 Euro übersteigenden Betrages. Der so festgestellte verringerte Abteilungs-Punktwert wird mit der Gesamtzahl der Honorarpunkte aller dort tätigen Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzten multipliziert; dies ergibt die weitere Berechnungsgrundlage. Der durch die Verringerung des Abteilungs-Punktewertes abzuziehende Geldbetrag ist die Punktwertsolidarleistung.

(7) Bei Organisationseinheiten, denen nur leitende Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzte, aber keine ärztlichen bzw. zahnärztliche Mitarbeiter angehören, wird der nunmehr auf diese Organisationseinheiten entfallende Geldbetrag erneut verringert und zwar um 35 Prozent (Leiter-Solidarleistung).

(8) Dem danach auf jede Organisationseinheit entfallenden Geldbetrag wird nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen ein Aufstockungsbetrag aus der Aufstockungsmasse hinzugefügt, wenn der durchschnittliche Abteilungs-Punktwert des letzten Kalenderjahres unter einer bestimmten Höhe (Punkterichtwert) liegt:

1. Mittel der Aufstockungsmasse sind:
 - a) 5 224 701,10 Euro jährlich,
 - b) die Punktwertsolidarleistung gemäß Abs. 6,
 - c) die Leiter-Solidarleistung gemäß Abs. 7,
 - d) die Beträge über dem Höchstpunktwert gemäß Abs. 10,
 - e) ein jährlicher Betrag im Ausmaß von 295 241 Euro.
2. Die Landesregierung hat mit Verordnung die Berechnung des Punkterichtwertes so festzulegen, dass die niedrigsten durchschnittlichen Abteilungs-Punktwerte des letzten Kalenderjahres unter Berücksichtigung der mit 1. Jänner des Berechnungsjahres wirksamen Veränderungen fiktiv auf ein gemeinsames Punktwertniveau aufgefüllt werden, bis die Geldsumme, die zu diesem Zweck aufgewendet werden müsste, der aufzuteilenden Aufstockungsmasse des letzten Kalenderjahres entspricht; das so bestimmte gemeinsame Punktwertniveau ist der Punkterichtwert.
3. Die Landesregierung hat weiters mit Verordnung die Berechnung der Aufstockungsbeträge so festzulegen, dass auf eine Organisationseinheit umso mehr (pro Punkt) aus der Aufstockungsmasse entfällt, je weiter der Abteilungs-Punktwert (vor Aufstockung gemäß Abs. 8) unter dem Punkterichtwert liegt.

(9) Der schließlich insgesamt auf jede Organisationseinheit entfallende Geldbetrag (Abteilungs-Arzt-Honorarsumme) wird durch die Gesamtzahl der Honorarpunkte aller dort tätigen Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzten dividiert und so der endgültige Abteilungs-Punktwert errechnet. Ergibt sich in einem Honorarverteilungsmonat an einer Organisationseinheit eine negative Abteilungs-Arzt-Honorarsumme, so ist diese den zukünftigen Abteilungs-Arzt-Honorarsummen gegenzurechnen.

(10) Übersteigt der schließlich für die Auszahlung des Arzthonorars für jede einzelne Ärztin bzw. Zahnärztin/jeden einzelnen Arzt bzw. Zahnarzt ermittelte Punktwert einen Höchstwert von 266,- Euro unter Einrechnung der Ärztedienstzulage II (§ 195 Stmk. L-DBR), so ist der diesen Wert übersteigende Betrag zur Gänze in die Aufstockungsmasse gemäß Abs. 8 Z. 1 einzubringen.

(11) Die Beträge nach Abs. 4 Z. 2 und Abs. 8 Z. 1 lit. a sind zu valorisieren. Die Valorisierung ist entsprechend der prozentuellen Steigerung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungsträger gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr vorzunehmen. Eine vorläufige Valorisierung auf Grund von Schätzungen ist zulässig. Bei der Valorisierung ist auf volle 10 Cent zu runden.

(12) Für neu hinzukommende Organisationseinheiten ist ein Abteilungs-Punktwert gemäß Abs. 9 zu errechnen. Sollte der errechnete Abteilungs-Punktwert für die neu hinzukommende Organisationseinheit jedoch unter dem festgelegten Punkterichtwert liegen, erfolgt ab ihrer Betriebsaufnahme bis nach Ablauf eines vollen Kalenderjahres eine Aufstockung auf den festgelegten Punkterichtwert. Die erforderlichen Mittel zur Finanzierung der Aufstockung auf die Punkterichtwerte für neu hinzukommende Organisationseinheiten sind aus der Aufstockungsmasse bereitzustellen. Bei

Änderung der Organisationsstrukturen ist nach Anhörung der Ärztekammer für Steiermark bzw. Landeszahnärztekammer Steiermark folgende Anpassung vorzunehmen:

1. Bei Wegfall von Organisationseinheiten sind unter Berücksichtigung der bis dahin bestehenden Relationen die Prozentsätze gemäß Abs. 4 Z. 2 neu festzusetzen.
2. Bei Hinzukommen von Organisationseinheiten sind nach Ablauf eines vollen Kalenderjahres ab ihrer Betriebsaufnahme unter Berücksichtigung der gemäß Abs. 4 Z. 1 auf die Organisationseinheit entfallenden Anteile, der ambulanten Leistungen sowie der Ansprüche gleichartiger oder ähnlicher Organisationseinheiten und der bis dahin bestehenden Relationen die Prozentanteile gemäß Abs. 4 Z. 2 neu festzusetzen.
3. Bei wesentlichen Veränderungen innerhalb bestehender Organisationseinheiten sind die Prozentsätze gemäß Abs. 4 Z. 2 unter sinngemäßer Anwendung der Z 1 und 2 neu festzusetzen.

(13) Soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt ist, gebührt das Arzthonorar für jenen Zeitraum, in welchem die Ärztin/der Arzt bzw. die Zahnärztin/der Zahnarzt der jeweiligen Organisationseinheit angehört. Während der Zeit des Gebührenurlaubes behält die Leiterin/der Leiter einer Abteilung, eines Instituts- und eines Departments den Anspruch auf die volle Höhe des Arzthonorars. Bei sonstiger Abwesenheit, ausgenommen kurzfristiger, im Interesse des Dienstes oder einer Körperschaft öffentlichen Rechts gelegenen Abwesenheit, gebührt der Leiterin/dem Leiter einer Abteilung, eines Instituts und eines Departments die Hälfte und die andere Hälfte ihres/seines Arzthonorars der Vertreterin/dem Vertreter. Unter kurzfristiger Abwesenheit ist ein zusammenhängender Zeitraum von höchstens zwei Wochen zu verstehen. Dauert die sonstige Abwesenheit mehr als fünf Wochen im Kalenderjahr, kommt der Vertreterin/dem Vertreter ab diesem Zeitraum das volle Arzthonorar zu. Während der Zeit der krankheitsbedingten Abwesenheit gebührt der leitenden Ärztin/dem leitenden Arzt bzw. der leitenden Zahnärztin/dem leitenden Zahnarzt im Kalenderjahr das Arzthonorar bis zu zwei Monaten voll, ab dem dritten bis zum sechsten Monat zur Hälfte und zur anderen Hälfte ihrer/seiner Stellvertretung. Ab dem siebten Monat erhält die Stellvertreterin/der Stellvertreter das Arzthonorar zur Gänze. Bei den ärztlichen bzw. zahnärztlichen Mitarbeitern ist analog vorzugehen, wobei die einbehaltenen Anteile allen Ärztinnen/Ärzten bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzten der jeweiligen Organisationseinheit gutgeschrieben sind. Im Vertretungsfalle reduziert sich der Honoraranspruch der/des vertretenden ärztlichen bzw. zahnärztlichen Mitarbeiterin/Mitarbeiters im selben Ausmaß, in dem sie/er Anspruch auf das Honorar der/des vertretenen leitenden Ärztin/Arztes bzw. der/des vertretenen leitenden Zahnärztin/Zahnarztes erhält.

(14) Ansprüche auf Arzthonorare nach diesem Gesetz können nicht auf sonstige Geldansprüche angerechnet werden, die sich aus einem Dienstverhältnis zum Land ergeben.

(15) Das Arzthonorar ist weder ruhegenussfähiger Monatsbezug noch anspruchsbegründende Nebengebühr im Sinne der gehalts- und pensionsrechtlichen Vorschriften.

§ 81

Besondere Regelungen für besonders qualifizierte nichtärztliche Universitätsabsolventinnen/Universitätsabsolventen, die Bedienstete des Landes und an einer öffentlichen Krankenanstalt tätig sind

(1) Für besonders qualifizierte nichtärztliche Universitätsabsolventinnen/Universitätsabsolventen, die Bedienstete des Landes und an einer öffentlichen Krankenanstalt tätig sind, kann nach Anhörung deren Vertretung sowie nach Anhörung der Ärztevertretungen der betroffenen medizinischen Organisationseinheiten und des Rechtsträgers der Krankenanstalt ein besonderes Entgelt festgesetzt werden.

(2) Dieses Entgelt ist als Teil der Abteilungs-Honorarsumme nach § 80 Abs. 9 zu bemessen. Das Arzthonorar der an der jeweiligen medizinischen Organisationseinheit tätigen Ärztinnen/Ärzte ist entsprechend zu verringern.

(3) Die Bemessung eines allfälligen besonderen Entgeltes nach Abs. 1 hat unter Berücksichtigung der fachlichen Qualifikation und Leistung auf der Grundlage eines Punkteschlüssels zu erfolgen.

(4) Die Bestimmungen des § 80 Abs. 3, 13 bis 15 sind sinngemäß anzuwenden.

§ 82

Einschränkung der Aufnahmeverpflichtung; Bezahlung der tatsächlichen Behandlungskosten

(1) Zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit von Personen mit Wohnsitz im Bundesgebiet oder im Sinne eines zweckmäßigen Ressourceneinsatzes kann die Aufnahme ausgenommen in Fällen der Unabweisbarkeit, abgelehnt werden, wenn

1. Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen, die voraussichtlichen LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen oder
2. eine Krankenanstalt durch die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen, ihrem Versorgungsauftrag nach den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG bzw. dem Landeskrankenanstaltenplan für Personen mit Wohnsitz im Bundesgebiet nicht mehr angemessen bzw. nicht in einem angemessenen Zeitraum nachkommen könnte.

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

(2) Fremde Staatsangehörige, für welche die Bestimmung des Abs. 1a nicht gilt, haben statt der LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten zu bezahlen; davon ausgenommen sind:

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 67 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlinge, denen im Sinne der asylrechtlichen Bestimmungen Asyl gewährt wurde und Asylwerbern, denen im Sinne der asylrechtlichen Bestimmungen eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind,
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR Abkommen) sind und
6. Personen aus Krisen-, Katastrophen- und Kriegsgebieten auf Grund der von der Landesregierung beschlossenen Gewährung humanitärer Hilfe.

Ann.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 83

Einbringung der LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen

(1) Die öffentlichen Krankenanstalten haben für die Einbringung fälliger LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen von den in Anstaltspflege genommenen Personen und für die Geltendmachung der Ansprüche gegenüber dritten Personen (Unterhaltungspflichtige, Sozialversicherungsträger u. a.) und die Berechnung und Einbringung von Pflege(Sonder)gebühren für Begleitpersonen von Patientinnen/Patienten (§ 73 Abs. 6) in der gesetzlich vorgeschriebenen Weise zu sorgen. Zu diesem Zwecke haben sie schon bei der Aufnahme die notwendigen Erhebungen einzuleiten. Die Landesbehörden und die Gemeinden haben hierbei Unterstützung zu leisten.

(2) Von zahlungsfähigen Patientinnen/Patienten, die zur Tragung der Kosten verpflichtet sind, kann verlangt werden, dass sie die LKF-Gebühren, Pflegegebühren und Sonderaufwendungen in der allgemeinen Gebührenklasse bis zu jeweils 10 Tagen, die Sondergebühren in der Sonderklasse bis zu jeweils 30 Tagen und die Kostenbeiträge bis zu jeweils 28 Tagen im Vorhinein entrichten. Die endgültige Abrechnung erfolgt bei der Entlassung aus der Anstaltspflege.

(3) Die LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Kostenbeiträge, allfälligen Sondergebühren und Sonderaufwendungen für die in einer angegliederten Krankenanstalt untergebrachten Patientinnen/Patienten sind von der Hauptanstalt (§ 57) einzubringen.

§ 84

Kostentragungspflichtige Personen

(1) Soweit nicht eine andere physische oder juristische Person auf Grund der Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder auf Grund sonstiger gesetzlicher Vorschriften zum Ersatz der in einer öffentlichen Krankenanstalt aufgelaufenen LKF-Gebühren, Pflegegebühren (Sondergebühren

und Sonderaufwendungen) und Kostenbeiträge verpflichtet ist, hat in erster Linie die Patientin/der Patient hierfür aufzukommen.

(2) Wenn die LKF-Gebühren, Pflegegebühren (Sondergebühren und Sonderaufwendungen) und Kostenbeiträge nicht bei der Patientin/beim Patienten selbst oder bei den sonst in Abs. 1 genannten Personen hereingebracht werden können, sind zum Ersatz die für sie/ihn unterhaltspflichtigen Personen heranzuziehen.

§ 85

Gebührenrechnung

(1) Soweit LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen nicht im Vorhinein entrichtet wurden, sind sie mit dem letzten Tag eines jeden Pflegemonats beziehungsweise mit dem Tag der Entlassung aus der Anstaltspflege abzurechnen und ohne Verzug zur Zahlung vorzuschreiben. Sie sind mit dem Tage der Verschreibung fällig und innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag sind die gesetzlichen Verzugszinsen zu verrechnen. Aus berücksichtigungswürdigen Gründen kann über Antrag der Verpflichteten/des Verpflichteten die Abstattung vorgeschriebener LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen in Teilbeträgen gestattet bzw. gestundet werden. Die Gebührenrechnung für die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften nach den Bestimmungen des Gebührenanspruchsgesetzes 1975 (§ 34 Abs. 2) ist der Bezirksverwaltungsbehörde bzw. Landespolizeidirektion, soweit diese für das Gebiet einer Gemeinde zugleich Sicherheitsbehörde ist, zu übermitteln, deren Organ der Straßenaufsicht die Blutuntersuchung veranlasst hat, sofern die Blutabnahme nicht auf Verlangen der/des Untersuchten erfolgt ist.

(2) Zur Einbringung fälliger LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Kostenbeiträge, Sondergebühren und Sonderaufwendungen ist der Verpflichteten/dem Verpflichteten eine Gebührenrechnung zuzustellen; diese hat zu enthalten:

1. die Dauer der Krankenanstaltspflege,
2. die Höhe der täglichen LKF-Gebühr, Pflegegebühr,
3. die Höhe der aufgelaufenen LKF-Gebühren, Pflegegebühren,
4. die Höhe der aufgelaufenen Kostenbeiträge,
5. die Höhe der aufgelaufenen Sondergebühren und Sonderaufwendungen,
6. die geleisteten Teilzahlungen,
7. die Höhe des aushaftenden Rückstandes,
8. einen Hinweis auf die Fälligkeit der Forderung (Abs. 1) und auf allfällige Verzugszinsen,
9. einen Hinweis auf die Regelung der Abs. 3 und 4.

(3) Gegen die Gebührenrechnung kann die/der Verpflichtete binnen zwei Wochen nach Zustellung schriftlich bei der Stelle einen begründeten Einspruch erheben, welche die Gebührenrechnung ausgestellt hat. Wird innerhalb dieser Frist kein begründeter Einspruch erhoben, so gilt die in der Gebührenrechnung ausgewiesene Zahlungsverpflichtung als endgültig. Ansuchen um Gewährung eines Zahlungsaufschubes oder von Teilzahlung gelten nicht als Einspruch. Falls dem Einspruch vom Rechtsträger der Krankenanstalt nicht voll Rechnung getragen wird, ist er vom Rechtsträger der nach dem Sitz der öffentlichen Krankenanstalt zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde vorzulegen. Diese hat darüber mit Bescheid zu entscheiden.

(4) Die Gebührenrechnung ist vollstreckbar und gilt als Rückstandsausweis entweder

1. nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist (Abs. 1) oder
2. nach Ablauf von zwei Wochen, gerechnet vom Tage des Ablaufes der erstreckten Zahlungsfrist (Abs. 1) oder
3. bei Nichtbezahlung von Teilbeträgen bezüglich des gesamten aushaftenden Betrages nach Ablauf von zwei Wochen nach Fälligkeit eines Teilbetrages oder
4. nach Ablauf von zwei Wochen nach rechtskräftiger Entscheidung.

(5) Auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge ist gegen Patientinnen/Patienten die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wurde.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013

§ 86

Deckung der Betriebsabgänge öffentlicher Krankenanstalten

(1) Die Deckung der um die Zweckzuschüsse des Bundes nach dem KAKuG verminderten Betriebsabgänge der öffentlichen Krankenanstalten und die Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln für Zwecke der Beitragsleistung zu den Betriebsabgängen werden durch Landesgesetz geregelt.

(2) Bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß Abs. 1 gilt für die Fondskrankenanstalten, dass der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Land zu decken ist. Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Landes von der Landesregierung so festzusetzen, dass sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken. Dabei kann die Verteilung der Mittel durch den Gesundheitsfonds Steiermark vorgesehen werden.

(3) Bei Fondskrankenanstalten, die vom Land betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, dass an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.

5. Abschnitt

Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 87

Aufnahmeverpflichtung

(1) Öffentliche Krankenanstalten sind nach Maßgabe der Bestimmungen des § 67 verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Patientinnen/Patienten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

(2) Werden die Personen über ihren Wunsch in die Sonderklasse aufgenommen, sind sie bzw. die Versicherten vorbehaltlich einer anderen Regelung in dem zwischen dem Versicherungsträger und dem Rechtsträger der Krankenanstalt abgeschlossenen Vertrag verpflichtet, die Sondergebühren und Sonderaufwendungen (§ 75) selbst zu tragen.

(3) Für die Aufnahme in die Sonderklasse finden die Bestimmungen des § 66 Abs. 3 und 4 Anwendung.

§ 88

Abgeltung von Krankenanstaltenleistungen durch den Gesundheitsfonds Steiermark

(1) Die an sozialversicherten Patientinnen/Patienten in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen (ambulanter und stationärer Bereich) sowie allfällige Leistungen im Nebenkostenstellenbereich sind mit Ausnahme von Sondergebühren gemäß § 75 nach Maßgabe der folgenden Absätze über den Gesundheitsfonds Steiermark abzurechnen.

(2) Alle Leistungen der Fondskrankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich, einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit folgenden Zahlungen abgegolten:

1. LKF-Gebührenersätze (Abs. 4) mit Ausnahme der ambulanten Bereiche;
2. Kostenbeiträge nach § 74;
3. Pauschalbeträge für ambulante Bereiche und allenfalls für Leistungen im Nebenkostenstellenbereich;
4. allfällige vom Gesundheitsfonds Steiermark vorgesehene Ausgleichszahlungen.

(3) Ausgenommen von Abs. 2 sind:

1. Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen,
2. im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Land ausgenommene Leistungen (Artikel 25 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) und
3. die im § 73 Abs. 2 angeführten Leistungen.

(4) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen Personen erbracht werden, sind über den Gesundheitsfonds Steiermark leistungsorientiert durch nach den folgenden Grundsätzen zu ermittelnde LKF-Gebührensätze abzurechnen:

1. Im LKF-Kernbereich werden auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung die LKF-Punkte für die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten ermittelt.
2. Im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches kann die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus dem Gesundheitsfonds Steiermark auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen. Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:
 - a) Zentralversorgung,
 - b) Schwerpunktversorgung,
 - c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und
 - d) Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.
 Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.
3. Die Höhe der LKF-Gebührensätze richtet sich nach der Dotation des Gesundheitsfonds Steiermark und nach der Höhe der für den LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel.
4. § 73 Abs. 2 und 3 sind bei der Abrechnung zu berücksichtigen.

(5) Ambulante Leistungen an Patientinnen/Patienten gemäß Abs. 1 und allenfalls Leistungen im Nebenkostenstellenbereich werden durch den Gesundheitsfonds Steiermark abgegolten. Dieser legt bis zur Einführung eines bundesweit einheitlichen Abrechnungssystems die Form der Abgeltung fest.

(6) Voraussetzung dafür, dass der Rechtsträger der Fondskrankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erhält, ist die Übereinstimmung mit den Zielen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) und die Übereinstimmung mit den Verordnungen gemäß § 23 und § 24 G-ZG bzw. dem Landeskrankenanstaltenplan (§ 55), die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen sowie die Erfüllung der Strukturqualitätskriterien. § 3 Abs. 3 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004, ist anzuwenden.

(7) Der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 ASVG ist von der Fondskrankenanstalt für Rechnung des Gesundheitsfonds Steiermark einzuheben.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 89

Ansprüche gegenüber Versicherten und anderen Personen

Wenn Leistungen gemäß § 88 gewährt werden, hat der Rechtsträger der Fondskrankenanstalt oder der Gesundheitsfonds Steiermark gegenüber der/dem Versicherten, Patientin/Patienten oder den für sie/ihn unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hiervon sind nur der Kostenbeitrag gemäß § 74 und der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 ASVG.

§ 90

Rechte der Sozialversicherungsträger gegenüber Fondskrankenanstalten

(1) Die Sozialversicherungsträger haben hinsichtlich der Patientinnen/Patienten, für deren Anstaltspflege sie aufzukommen haben – ohne Einschaltung des Gesundheitsfonds Steiermark – folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger einer Fondskrankenanstalt:

1. das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (z. B. Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);
2. das Recht, Kopien der in Z. 1 genannten Unterlagen im Sinne des § 40 zu erhalten;
3. das Recht, die Patientin/den Patienten durch eine beauftragte Fachärztin/einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;
4. das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen auf elektronischem Weg zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen des Gesundheitsfonds Steiermark oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Fondskrankenanstalt 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 die Patientin/den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können nur dann gegenüber einer Fondskrankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden.

(2) Die Sozialversicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen oder endgültigen Punktwerte durch den Gesundheitsfonds Steiermark.

(3) Der Versicherungsträger hat bei Ausübung der Rechte nach Abs. 1 Z 1 und 3 im Vorhinein unter Einhaltung einer angemessenen Frist den Termin für eine Einsichtnahme in die Unterlagen der Anstalt bzw. für die Untersuchung der Patientin/des Patienten mit der ärztlichen Leitung der Krankenanstalt zu vereinbaren.

(4) Die Einsichtnahme in die Unterlagen der Anstalt bzw. die Untersuchung der Patientin/des Patienten hat in den von der Krankenanstalt hierfür bestimmten Räumen und im Beisein der ärztlichen Leitung der Anstalt oder der von ihr bestimmten Vertretung zu erfolgen.

§ 91

Elektronischer Datenaustausch

Der gesamte Datenaustausch zwischen Fondskrankenanstalten und Sozialversicherungsträgern ist für den stationären und ambulanten Bereich elektronisch vorzunehmen, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse entsprechend der bundesweit einheitlichen Gestaltung zu übernehmen sind. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur zu verwenden und die Identität der Patientin/des Patienten sowie die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen. Die Überprüfung der Identität ist für Patientinnen/Patienten bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 92

Verträge zwischen Sozialversicherungsträgern und den Rechtsträgern von 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 § 88 Abs. 3 handelt. Die Verträge 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 Gesundheitsfonds Steiermark abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

§ 93

Schiedskommission

Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten wird beim Amt der Steiermärkischen Landesregierung eine Schiedskommission eingerichtet. Näheres regelt das Steiermärkische Gesundheitsfondsgesetz 2013, LGBl. Nr. 105/2013.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 94

Stellung des Gesundheitsfonds Steiermark

Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Fondskrankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß § 88 gegenüber den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten betreffen, gilt der Gesundheitsfonds Steiermark als Versicherungsträger. Der Gesundheitsfonds Steiermark kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

§ 95

Beziehungen zwischen Sozialversicherungsträgern und Rechtsträgern von Nicht-Fondskrankenanstalten

(1) Soweit in diesem Gesetz nicht besonders bestimmt ist, sind die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten, insbesondere das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren – unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe – und allfälligen Sondergebühren sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 durch privatrechtliche Verträge zu regeln. Die Verträge haben zudem insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die im Zweifelsfall vorzunehmende Überprüfung der Identität der Patientin/des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie z. B. in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten. Die Überprüfung der Identität ist für Patientinnen/Patienten bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden. Zudem haben die Verträge auch Bestimmungen zu enthalten, dass Pflegegebührenabrechnungen binnen sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges Verzugszinsen in der Höhe von 3 v.H. über dem jeweiligen Basiszinssatz zu entrichten sind.

(2) Diese Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und nach Maßgabe des § 40 Abs. 4 und 5 der Genehmigung der Landesregierung.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 96

Leistungsabgeltung bei Nicht-Fondskrankenanstalten

(1) Mit den vom Versicherungsträger gezahlten Pflegegebührenersätzen einschließlich des von der versicherten Person für Angehörige zu entrichtenden Anteiles sind nur die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse (§ 73 Abs. 1) abgegolten.

(2) Andere Leistungen, insbesondere die im § 73 Abs. 2 angeführten, ferner die konservierende Zahnbehandlung und eine erweiterte Heilfürsorge sind mit den Pflegegebührenersätzen nicht abgegolten.

(3) Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat gegenüber der aufgenommenen Patientin/dem aufgenommenen Patienten und den für sie/ihn unterhaltspflichtigen Personen, soweit nichts anderes bestimmt ist, keinen Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege. Nach Ablauf der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege hat die/der Versicherte für den weiteren Anstaltsaufenthalt die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren zu tragen. § 74 wird dadurch nicht berührt.

(4) Für die von der versicherten Person selbst zu tragenden Pflege-, Sondergebühren und Sonderaufwendungen bzw. für die von ihr zu tragenden Teile dieser Gebühren und Aufwendungen gelten die Bestimmungen der §§ 84 und 85.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 97

Volle Kostenübernahme

In Fällen der Befundung oder Begutachtung nach § 67 Abs. 3 Z. 2 sind die LKF-Gebühren bzw. Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 98

Begriff des Versicherungsträgers

(1) Sozialversicherungsträger im Sinne dieses Gesetzes sind die Träger der Krankenversicherung (§ 23 Abs. 1 ASVG).

(2) Den Trägern der Krankenversicherung sind im Rahmen der in diesem Abschnitt geregelten Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten gleich gestellt:

1. die Unfallversicherungsträger nach dem ASVG (§ 24 ASVG),
2. die Pensionsversicherungsträger nach dem ASVG (§ 25 ASVG),
3. die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft für medizinische Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitation (§ 160 Abs. 3 GSVG) und
4. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern als Träger der Unfallversicherung und Pensionsversicherung (§ 148p Abs. 4 und § 152 Abs. 3 BSVG).

(3) Die Bestimmungen dieses Gesetzes finden ferner Anwendung auf die Beziehungen der fondsfinanzierten Krankenanstalten zur Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, zur Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft als Träger der Krankenversicherung, zur Versicherungsanstalt der Österreichischen Eisenbahnen als Träger der Krankenversicherung im Sinne des § 473 ASVG und zur Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

6. Abschnitt

Beziehungen der Sozialhilfeträger zu den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten

§ 99

Rechte der Sozialhilfeträger

Die Träger der Sozialhilfe sind berechtigt, jene Pflegefälle, für deren Kosten sie aufzukommen haben, unter sinngemäßer Anwendung der Vorschriften des § 90 Abs. 1 zu überwachen.

7. Abschnitt

Besondere Bestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in öffentlichen Krankenanstalten und für öffentliche Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie

§ 100

Zweck der Aufnahme

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

(2) Zweck der Aufnahme ist

1. die Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
2. die Behandlung zur Heilung, Besserung oder Rehabilitation,
3. die Behandlung zur Hintanhaltung einer Verschlechterung oder
4. die erforderliche Betreuung und besondere Pflege, sofern diese nur in der Krankenanstalt gewährleistet werden können.

In Fällen der Z 2, 3 und 4 kann der Zweck der Aufnahme auch in der allenfalls nötigen Abwehr von ernstlichen und erheblichen Gefahren für das Leben oder die Gesundheit der/des Kranken oder anderer Personen bestehen, wenn diese Gefahren im Zusammenhang mit der psychischen Krankheit stehen.

(3) In den Fällen des Abs. 2 Z. 3 und 4 können auch unheilbar psychisch Kranke in Abteilungen und in Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie aufgenommen werden.

(4) Die §§ 66, 67 und 70 finden insoweit Anwendung, als sich aus dem Unterbringungsgesetz nichts anderes ergibt.

§ 101

Offene und geschlossene Bereiche

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

(2) 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 den §§ 71 Abs. 3 und 167a StVG oder § 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde. Diese müssen jedoch von den übrigen Bereichen unterscheidbar und abgegrenzt sein.

(3) Die Errichtung eines geschlossenen Bereiches ist eine wesentliche Veränderung der Krankenanstalt gemäß § 12 Abs. 2 und 3.

(4) Durch geeignete organisatorische Maßnahmen, insbesondere pflegerische und ärztliche Aufsicht, kann vorgesorgt werden, dass psychisch Kranke auch außerhalb geschlossener Bereiche in Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit nach dem Unterbringungsgesetz unterworfen werden können. Dabei ist sicherzustellen, dass andere psychisch Kranke in ihrer Bewegungsfreiheit nicht beeinträchtigt werden.

§ 102

Besondere Regelungen der Anstaltsordnung

(1) Die Anstaltsordnung hat neben den Erfordernissen in § 18 Abs. 1 Vorschriften über die organisatorischen Besonderheiten der Betreuung psychisch Kranker in offenen und geschlossenen Bereichen vorzusehen.

(2) Durch die Anstaltsordnung muss sichergestellt werden, dass Patientenanwältinnen/Patientenanwälte und ordentliche Gerichte die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben in der Krankenanstalt ohne jede Beeinträchtigung wahrnehmen können. Der Rechtsträger der Krankenanstalt muss Sorge tragen, dass sowohl für die Durchführung mündlicher Verhandlungen als auch für die Tätigkeit der Patientenanwältinnen/Patientenanwälte nach dem Unterbringungsgesetz die erforderlichen und geeigneten Räumlichkeiten in der Krankenanstalt zur Verfügung gestellt werden.

(3) Für die Dokumentation und Aufbewahrung der ärztlichen Zeugnisse und der nach dem Unterbringungsgesetz zu führenden Aufzeichnungen gelten die §§ 36 und 37 sinngemäß.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013

§ 103

Sonderregelung über die ärztliche Leitung

(1) Abteilungen (§ 22 Abs. 3) und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie, in denen ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, haben unter der ärztlichen Leitung einer Fachärztin/eines Facharztes für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie zu stehen.

(2) Vom Erfordernis nach Abs. 1 kann bei Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dann abgesehen werden, wenn diese in Abteilungen untergliedert sind und jene Abteilung, in der ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, unter der Leitung einer Fachärztin/eines Facharztes für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie oder für Neurologie und Psychiatrie steht. Psychiatrische Organisationseinheiten, die für die Behandlung von Kindern bestimmt sind, haben unter der Leitung einer Fachärztin/eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu stehen.

4. Teil

Bestimmungen für private Krankenanstalten

§ 104

Allgemeine Vorschriften

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

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

(3) Die Feststellung der Gemeinnützigkeit (§ 51) privater Krankenanstalten obliegt der Landesregierung.

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

(5) Die private Krankenanstalt hat, sofern die Leistungen nicht über den Gesundheitsfonds Steiermark abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden, nach erbrachter Leistung eine Rechnung über diese auszustellen.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 105

Sonderbestimmungen für Errichtung und Betrieb sowie Kostentragung

Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des 1., 2. und 6. Teiles zur Gänze, vom 5. Teil die Vorschrift des § 109 Abs. 2 und die Bestimmungen des 3. Teiles wie folgt:

1. Von Gebietskörperschaften betriebene Krankenanstalten, in deren näheren, vornehmlich durch die Verkehrslage bestimmten Umkreis öffentliche Krankenanstalten nicht bestehen, sind nach Maßgabe ihrer Anstaltseinrichtungen verpflichtet, Personen im Sinne des § 67 Abs. 2 bis 4 in Krankenanstaltspflege zu nehmen.
2. Leichenöffnungen (§ 71) dürfen nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen der/des Verstorbenen und nur dann, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist, vorgenommen werden. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift aufzunehmen.
3. Die §§ 51, 62, 63, 69, 70 Abs. 3 und 5, 70 Abs. 2 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn die Patientin/der Patient die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird, §§ 70 Abs. 4, 72 und 53 Abs. 3.
4. Der § 61 mit der Maßgabe, dass Konsiliarapothekerinnen/Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbstständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltzweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich zu kontrollieren haben.
- 4a. Der § 62 ausgenommen Abs. 4, wobei die Verpflichtung zur Einrichtung einer Arzneimittelkommission für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums entfällt.
5. Für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 51) finden darüber hinaus auch die §§ 62 Abs. 4, 73, 74, 79 Abs. 5 und 4 und 85 Abs. 1 Anwendung.
6. Für gemeinnützig geführte Krankenanstalten (§ 51), die nicht Fondskrankenanstalten sind, sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über den Gesundheitsfonds Steiermark abgerechnet werden, sind die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch Pflegegebühren, die Zuschläge hierzu in der Sonderklasse sowie die Sondergebühren im Sinne der §§ 73 und 75 abzugelten.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018

§ 106

Fortbetriebsrechte

(1) Eine von einer physischen Person betriebene private Krankenanstalt, die nach dem Tode der Inhaberin/des Inhabers im Erbwege auf die überlebende Ehegattin/den überlebenden Ehegatten oder auf die überlebende eingetragene Partnerin/den überlebenden eingetragenen Partner oder auf Nachkommen übergeht, kann für deren Rechnung bei Nachkommen bis zu deren Großjährigkeit, auf Grund der der Inhaberin/dem Inhaber erteilten Bewilligung (§ 6 bzw. § 9) mit einer geeigneten ärztlichen Leitung (§ 22 Abs. 1) fortbetrieben werden. Der Fortbetrieb ist der Landesregierung binnen einem Monat nach der Einantwortung anzuzeigen. Steht eine/einer der Nachkommen in ärztlicher Berufsausbildung, so kann das Fortbetriebsrecht über deren/dessen Antrag von der Landesregierung bis zum Abschluss jener Ausbildung, die sie/ihn zur Leitung der Anstalt berechtigt, längstens jedoch bis zur Vollendung des 32. Lebensjahres verlängert werden.

(2) Während einer Verlassenschaftsabhandlung, eines Konkurses oder Ausgleichsverfahrens, einer Zwangsverwaltung oder Zwangsverpachtung können private Krankenanstalten auf Grund der der Inhaberin/dem Inhaber erteilten Bewilligung (§ 6 bzw. § 9) mit einer geeigneten ärztlichen Leitung gegen Anzeige an die Landesregierung fortbetrieben werden.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 107

Beziehungen der Versicherungsträger zu den privaten Nicht-Fondskrankenanstalten

(1) Die Beziehungen der Versicherungsträger (§ 98) zu den nicht öffentlichen Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen. Diese Verträge sind der Landesregierung binnen vier Wochen nach ihrem Abschluss zur Kenntnis zu bringen.

(2) Die mit den gemeinnützigen privaten Krankenanstalten zu vereinbarenden Pflegegebührenersätze dürfen nicht niedriger sein als die Pflegegebührenersätze, die vom gleichen Versicherungsträger an die nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen geleistet werden.

(3) Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 95 sinngemäß auch für die Beziehungen der Versicherungsträger zu den nicht öffentlichen Krankenanstalten.

(4) Die den privaten Krankenanstalten von Seiten der Versicherungsträger nach dem Sozialversicherungsgesetz der gewerblichen Wirtschaft gebührenden Pflegegebührenersätze sind zur Gänze von den Kassen zu entrichten.

§ 108

Sonderbestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und für private Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie

(1) Für die Führung von Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und in privaten Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie sind die Bestimmungen der § 100 bis § 107 anzuwenden.

(2) Bei Entweichung von in Anstaltspflege befindlichen Personen hat die Krankenanstalt unverzüglich alle zweckdienlichen Nachforschungen vorzunehmen und insbesondere auch die ihr bekannten Angehörigen und die gesetzliche Vertreterin/den gesetzlichen Vertreter, wenn überdies Gemeingefährlichkeit nicht ausgeschlossen werden kann, auch die Landespolizeidirektion, soweit diese für das Gebiet einer Gemeinde zugleich Sicherheitsbehörde ist, zu verständigen.

(3) Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und private Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie sind von der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde regelmäßig in Abständen von drei Monaten einer eingehenden Überprüfung zu unterziehen. Diese hat hierbei Beschwerden entgegenzunehmen und zu prüfen. Sie hat für die Beseitigung vorgefundener Zustände, die mit diesem Gesetz unvereinbar sind, zu sorgen. Über jede Prüfung ist der Landesregierung unverzüglich zu berichten.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013

5. Teil

Besondere Vorschriften für militärische Krankenanstalten

§ 109

Militärische Krankenanstalten

(1) Militärische Krankenanstalten, deren Zahl und Standort vom Bundesminister für Landesverteidigung und Sport aufgrund militärischer Notwendigkeiten festgelegt wurden, bedürfen zur Errichtung keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung ist der Landesregierung anzuzeigen. Auf Verlangen hat die Landesregierung dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport die konkreten Erfordernisse für die Betriebsbewilligung bekanntzugeben. Die Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Z. 2, 4 und 5 gegeben sind. Die Bewilligung zum Betrieb einer militärischen Krankenanstalt als selbständiges Ambulatorium ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Z. 2, 4 und 5 gegeben sind.

(2) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind die Bestimmungen der § 12 Abs. 2 und 3, § 14, § 15 Abs. 2 Z. 1 und Z. 2 mit der Maßgabe, dass § 53 nicht anwendbar ist, § 15 Abs. 1, 3 und 4, § 16, § 18 Abs. 1 bis 3 und Abs. 6, § 19 Abs. 2 Z. 1 bis 13, § 22 Abs. 1 bis 3, § 23 Abs. 2 Z. 1, 9 und 10, § 24 Abs. 1 und 2, § 25, § 26 Abs. 1 bis 6, § 27 Abs. 1 erster Satz, Abs. 4, 5 und 6 mit der Maßgabe, dass an Stelle des 7. Abschnittes des ASchG der 7. Abschnitt des B-BSG gilt, § 28 Abs. 1 bis 4, § 29 Abs. 1 Z. 1 bis 7 und Abs. 9, § 29 Abs. 3 bis 6 und Abs. 8 mit der Maßgabe, dass die Geschäftsordnung nicht der Genehmigung der Landesregierung bedarf, § 29 Abs. 9, § 30 Abs. 1 bis 5, § 32, § 35 Abs. 1 und 2, § 36, § 39 Abs. 1, § 42 Abs. 1, 3, und 5, § 44, § 45, § 46, § 47 Abs. 5, § 61, § 70 Abs. 2 bis 6 sowie § 71 anwendbar.

(3) Im Falle eines Einsatzes des Bundesheeres gemäß § 2 Abs. 1 lit. a bis d des Wehrgesetzes 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, kann von krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen zum Zweck der Aufrechterhaltung der Sanitätsversorgung aus zwingenden Notwendigkeiten abgewichen werden.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013, LGBl. Nr. 3/2018

6. Teil Schlussbestimmungen

§ 110

Mitteilung an den Landeshauptmann bzw. die Bundesgesundheitsagentur

Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärztinnen/Ärzte, die die Landesregierung auf Grund der einschlägigen Bestimmungen dieses Gesetzes erteilt bzw. verfügt, sind dem Landeshauptmann unverzüglich bekannt zu geben. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Bundesgesundheitsagentur bekannt zu geben.

§ 111

Befreiung von Verwaltungsabgaben

Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Gesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von allen Landesverwaltungsabgaben befreit.

§ 112

Eigener Wirkungsbereich der Gemeinden

Die der Gemeinde nach diesem Gesetz als Rechtsträger von Krankenanstalten obliegenden Aufgaben und die im § 5 Abs. 3 letzter Satz geregelten Aufgaben der Gemeinde sind solche des eigenen Wirkungsbereiches. Die Verpflichtung der Gemeinde gemäß § 83 Abs. 1 letzter Satz zur Leistung von Unterstützung ist insoweit im eigenen Wirkungsbereich zu erfüllen, als sie Angelegenheiten betrifft, die nach den hierfür maßgebenden Gesetzen im eigenen Wirkungsbereich der Gemeinde zu besorgen sind.

§ 112a

Übertragener Wirkungsbereich des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

(1) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wird gem. § 4 Abs. 3 Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz (SV-EG) als Verbindungsstelle für den Gesundheitsfonds Steiermark festgelegt. Er besorgt diese Aufgaben im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen der Landesregierung gebunden.

(2) Hinsichtlich des europarechtlich vorgesehenen Datenaustausches, insbesondere durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und die Verordnung (EG) Nr. 987/229 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, wird der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für den Gesundheitsfonds Steiermark gem. § 5 Abs. 3 SV-EG als Betreiber der Zugangsstelle festgelegt. Der Hauptverband besorgt diese Aufgaben im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen der Landesregierung gebunden.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016

§ 113

Verweise

(1) Verweise in diesem Gesetz auf andere Landesgesetze sind als Verweise auf die jeweils geltende Fassung zu verstehen.

„(2) Verweise in diesem Gesetz auf Bundesgesetze sind als Verweise auf folgende Fassungen zu verstehen:

1. Kranken- und Kuranstaltengesetz (KaKuG), BGBl. Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017
2. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017
3. Gewerbeordnung 1994, BGBl. Nr. 194/1994 in der Fassung BGBl. I Nr. 107/2017
4. Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetz (EisbEG), BGBl. Nr. 71/1954 in der Fassung BGBl. I Nr. 111/2010
5. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998 in der Fassung BGBl. I Nr. 94/2012

6. Gebührenanspruchsgesetz 1975 (GebAG), BGBl. Nr. 136/1975 in der Fassung BGBl. I Nr. 71/2014
7. Unterbringungsgesetz (UbG), BGBl. Nr. 155/1990 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017
8. Gewebesicherheitsgesetz (GSG), BGBl. I Nr. 49/2008 in der Fassung BGBl. I Nr. 105/2016
9. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017
10. Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG), BGBl. Nr. 560/1978 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017
11. Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG), BGBl. Nr. 559/1978 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017
12. Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004 in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013
13. Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz (SV-EG), BGBl. I Nr. 154/1994 in der Fassung BGBl. I Nr. 162/2015
14. Organtransplantationsgesetz (OTPG), BGBl. I Nr. 108/2012
15. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017
16. Wehrgesetz 2001 (WG 2001); BGBl. Nr. 146/2001 in der Fassung 65/2015
17. Primärversorgungsgesetz (PrimVG), BGBl. I Nr. 131/2017

Anm.: in der Fassung LGBL Nr. 51/2016, LGBL Nr. 3/2018

§ 114

Rückwirkung von Verordnungen

Verordnungen auf Grund dieses Gesetzes können auch rückwirkend in Kraft gesetzt werden.

§ 115

Strafbestimmungen

- (1) Eine Verwaltungsübertretung begeht, wer die in diesem Gesetz enthaltenen Bestimmungen und die aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen und Anordnungen nicht einhält.
- (2) Verwaltungsübertretungen gemäß Abs. 1 sind von der Bezirksverwaltungsbehörde mit Geldstrafe bis zu 4500 Euro zu bestrafen.
- (3) Die nach den Vorschriften des § 48 verbotenen Werbemittel sind für verfallen zu erklären.
- (4) Geldstrafen sowie der Erlös verfallener Gegenstände fließen dem Land zu.
- (5) Die Bezirksverwaltungsbehörde hat der Landesregierung jede Bestrafung mitzuteilen.

Anm.: in der Fassung LGBL Nr. 87/2013

§ 116

EU-Recht

- (1) Durch dieses Gesetz werden folgende Richtlinien der Europäischen Union umgesetzt:
 1. Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen und zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, ABl. Nr. L 33 vom 8. Februar 2003, S. 30 und der Richtlinie 2004/33/EG zur Durchführung der Richtlinie 2002/98/EG hinsichtlich bestimmter technischer Anforderungen für Blut und Blutbestandteile, ABl. Nr. L 91 vom 30. März 2004, S. 25
 2. Richtlinie 2010/53/EU über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe, ABl. Nr. L 207 vom 06.08.2010 S. 14, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 243 vom 16.09.2010 S. 68
 3. Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. Nr. L 88 vom 04.04.2011 S. 45
- (2) Mit diesem Gesetz wird folgende Verordnung durchgeführt:

Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. L 119 vom 4. Mai 2016, S. 1

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 63/2018

§ 117

Übergangsbestimmungen

(1) Rechte zur Führung öffentlicher Krankenanstalten sowie Bewilligungen und Genehmigungen, die für Krankenanstalten auf Grund bisher geltender Vorschriften verliehen oder erteilt worden sind, bleiben aufrecht. Diese Rechte sind in Zukunft nach den Bestimmungen dieses Gesetzes zu beurteilen.

(2) Private Krankenanstalten, die bisher auf Grund ihrer Satzung gemeinnützig betrieben wurden und die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 Z 1 bis 6 erfüllen, sind auch weiterhin als gemeinnützige Krankenanstalten im Sinne dieses Gesetzes zu betrachten.

(3) Durch die Bestimmungen dieses Gesetzes werden die sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften, soweit in diesen das Krankenanstaltenwesen regelnde Vorschriften enthalten sind, nicht berührt.

(4) Alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes anhängigen Verfahren zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bzw. eines selbstständigen Ambulatoriums sind nach den Bestimmungen dieses Gesetzes fortzusetzen.

(5) Rechtsträger von Krankenanstalten, für die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes eine rechtskräftige Betriebsbewilligung vorliegt, und die nach § 17 zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Verpflichtung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten nachzukommen und dies der Landesregierung nachzuweisen.

(6) Bei der Abrechnung von Leistungen, die von folgenden Organisationseinheiten erbracht wurden, ist zum Zweck des Verlustausgleichs gegenüber der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Rechtslage § 80 mit folgender Maßgabe anzuwenden:

1. Die auf jede Organisationseinheit entfallende Abteilungs-Arzt Honorarsumme ist abweichend von § 80 Abs. 9 zwischen der Gruppe „leitende Ärztin/leitender Arzt“ einerseits und der Gruppe „ärztliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter“ andererseits in nachstehendem Verhältnis aufzuteilen. Die Honorarpunktwerte sind innerhalb der Gruppen zu berechnen, in dem die Gruppensumme durch Honorarpunktesumme ihrer Mitglieder geteilt wird. Für die Universitäts-Augenklinik am LKH Univ. Klinikum Graz ergibt sich somit für die Gruppe „leitende Ärztin/leitender Arzt“ ein Anteil von 22,0 % und für die Gruppe „ärztliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter“ ein Anteil von 78,0 %.
2. Die Gültigkeit des angeführten Verteilungsverhältnisses endet für eine Organisationseinheit, wenn
 - a) ihre leitende Ärztin ausscheidet oder
 - b) ihr im Abrechnungsjahr erstmals Mittel aus der Aufstockungsmasse gemäß § 80 Abs. 8 zukommen.

(7) Die vor dem 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Unfallchirurgie sind bis 31. Dezember 2015 in Satellitendepartments gemäß § 3 Abs. 6 Z. 1 lit. a umzuwandeln.

(8) Die vor dem 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sind bis 31. Dezember 2015 in Fachschwerpunkte gemäß § 3 Abs. 6 Z. 2 umzuwandeln.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 3/2018

§117a

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl. Nr. 3/2018

(1) Die Höhe des Anspruchs auf Ersatz der Pflegekosten in einer privaten Krankenanstalt für Patientinnen/Patienten, denen nach dem Heeresentschädigungsgesetz Anstaltspflege gewährt wird und die noch nach dem bis 30. Juni 2016 in Geltung stehenden Heeresversorgungsgesetz anerkannt wurden, ist durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Verträge bedürfen, wenn sie vom Sozialministeriumservice abgeschlossen werden, der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

(2) Die vor dem 1. Jänner 2017 bestehenden Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 5 in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016 sind bis 1. Jänner 2020 in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z. 1 umzuwandeln.

Anm.: in der Fassung LGBL Nr. 3/2018

§ 118

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der 7. Dezember 2012, in Kraft, soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt ist.

(2) Die §§ 80 und 117 Abs. 6 treten mit 1. Jänner 2011 in Kraft.

§ 118a

Inkrafttreten von Novellen

(1) Die Änderung des Inhaltsverzeichnisses, des § 4 Abs. 1 und 9, § 6 Abs. 1 und 3, des § 7 Abs. 1 und 5, des § 9 Abs. 1 Z 3, des § 14 Abs. 1, des § 29 Abs. 2 Z 4, der §§ 56 und 63 Abs. 2 Z 4, des § 67 Abs. 3 Z 2, des § 85 Abs. 1 und 4 Z 4, des § 102 Abs. 2, des § 108 Abs. 2, des § 109 Abs. 1, des § 115 Abs. 1 durch die Novelle LGBL Nr. 87/2013 treten mit **1. Jänner 2014** in Kraft.

(2) In der Fassung der 2. StKAG-Novelle, LGBL Nr. 51/2016, treten das Inhaltsverzeichnis sowie § 1 Abs. 1 und Abs. 4, § 3a Abs. 2 Z. 3, § 3c, § 3d, § 4 Abs. 7 und Abs. 9, § 5 Abs. 6, § 7 Abs. 4, Abs. 5 und Abs. 7, § 8, § 9 Abs. 1 Z. 1 und Abs. 3, § 12, § 13, § 15 Abs. 1, § 16 Abs. 1, § 18 Abs. 6, § 19 Abs. 2 Z. 4 und Z. 6, Abs. 3a und Abs. 4, § 21 Abs. 2, § 29 Abs. 9, § 30 Abs. 6, § 35 Abs. 4, § 36 Abs. 2 Z. 9, Abs. 2a, Abs. 3, Abs. 6 und Abs. 7 Z. 2, § 37 Abs. 2, § 47 Abs. 1, § 51 Abs. 1 Z. 5, § 54a, § 55 Abs. 2, Abs. 6 und Abs. 7, § 62 Abs. 3, § 70 Abs. 2, § 71 Abs. 3 und Abs. 4, § 72 Abs. 1, § 74 Abs. 2 und Abs. 6, § 82, § 88 Abs. 6, § 91, § 93, § 95 Abs. 1 und Abs. 2, § 96 Abs. 4, § 97, § 104 Abs. 4 und Abs. 5, § 105 Z. 6, § 106 Abs. 1 und Abs. 2, § 112a, § 113 Abs. 2 und § 116 mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der **26. April 2016**, in Kraft.

(3) In der Fassung der 3. StKAG-Novelle, LGBL Nr. 3/2018, treten in Kraft:

1. § 74 Abs. 7 mit **1. Jänner 2017**;

2. Änderungen des Inhaltsverzeichnisses, § 1 Abs. 3 Z. 6, § 2 Z. 7, § 3, § 3a Abs. 2 Z. 1, § 4 Abs. 1, 2, 5 und 7a, § 5 Abs. 7, § 6 Abs. 1, § 7 Abs. 1, 2, 3a, 8 und 9, § 8 Abs. 5 und 6, § 9 Abs. 1, 2 und 2a, § 10, § 11 Abs. 1 Z. 2, § 12 Abs. 2, § 14 Abs. 1a, § 15 Abs. 1, § 18 Abs. 1 Z. 12 und Abs. 4, § 21 Abs. 6, § 22 Abs. 1 vierter Satz und Abs. 3a, § 23 Abs. 2 Z. 2 und 8 sowie Abs. 4, § 25 Abs. 1, § 26 Abs. 7, § 28 Abs. 5, § 30 Abs. 4, § 32a samt Überschrift, § 36 Abs. 7 Z. 1 lit. b, § 50, § 55, § 62 Abs. 3 Z. 4, § 66 Abs. 3 bis 5, § 72 Abs. 1 Z. 5 und Abs. 5, § 73 Abs. 5, § 82 Abs. 1 Z. 2, § 88 Abs. 6, § 105 Z. 3 und Z. 4a, die Überschrift des 5. Teils, § 109 samt Überschrift, § 113 Abs. 2, § 117 Abs. 6 Z. 1 und § 117a samt Überschrift mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der **9. Jänner 2018**;

3. § 25 Abs. 2 und 3 mit **1. Juli 2018**.

(4) In der Fassung des Gesetzes LGBL Nr. 63/2018 treten § 20 Abs. 2, § 26 Abs. 5, § 35 Abs. 2 und 3, § 36 Abs. 8 Z 3, § 37, § 55 Abs. 7 und § 116 mit dem der Kundmachung folgenden Tag, das ist der **10. Juli 2018**, in Kraft.

Anm.: in der Fassung LGBL Nr. 87/2013, LGBL Nr. 51/2016, LGBL Nr. 3/2018, LGBL Nr. 63/2018

§ 119

Außerkräfttreten

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes tritt das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 1999, LGBL Nr. 66/1999, zuletzt in der Fassung LGBL Nr. 44/2011, außer Kraft.