

Gesamte Rechtsvorschrift für Krankenanstaltengesetz - Tir KAG, Tiroler, Fassung vom 04.10.2018

Beachte für folgende Bestimmung

Der Artikel II des Gesetzes LGBl. Nr. 77/1992 lautet:

"Artikel II

- (1) Art. I tritt mit Ausnahme der Z. 4, 5, 6 und 12 mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft.
- (2) Art. I Z. 4 und 5 tritt mit 1. Jänner 1990 in Kraft.
- (3) Art. I Z. 6 und 12 tritt mit 1. Jänner 1991 in Kraft.
- (4) § 51 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Art. I Z. 6 dieses Gesetzes tritt gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994, LGBl. Nr. 25/1992, außer Kraft."

Der Artikel II des Gesetzes LGBl. Nr. 82/1995 lautet:

"Artikel II

- (1) Dieses Gesetz tritt, soweit in den Abs. 2 und 3 nichts anderes bestimmt ist, mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft.
- (2) § 51 in der Fassung des Art. I Z. 45 dieses Gesetzes tritt mit 1. Jänner 1996 in Kraft und gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1996 außer Kraft.
- (3) Art. I Z. 46 tritt mit 1. Jänner 1995 in Kraft. Gleichzeitig tritt das Gesetz über die Einrichtung einer Schiedskommission zur Schlichtung und Entscheidung bestimmter Streitigkeiten nach dem Tiroler Krankenanstaltengesetz, LGBl. Nr. 46/1976, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 7/1986 außer Kraft. Noch nicht abgeschlossene Verfahren vor der Schiedskommission nach dem genannten Gesetz sind vor der Schiedskommission nach § 51a in der Fassung des Art. I Z. 46 dieses Gesetzes fortzusetzen.
- (4) Mit dem Außerkrafttreten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1996 tritt § 51 in folgender Fassung in Kraft:

§ 51

- (1) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung nach § 33 Abs. 3 sind die Pflegegebühren von den Versicherungsträgern (§ 52) in voller Höhe zu entrichten. Ansonsten werden das Ausmaß der von den Versicherungsträgern (§ 52) an die Anstaltsträger zu entrichtenden Pflegegebührenersätze - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe - und Sondergebührenersätze sowie die Dauer, für die diese Gebührenersätze zu entrichten sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 3, durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind, soweit es sich nicht um einen der im § 52 Abs. 2 lit. c bis e genannten Versicherungsträger handelt, zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern

einerseits und dem Anstaltsträger andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform.

(2) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Anstaltsträger einerseits und einem Versicherungsträger (§ 52) oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits aus einem nach Abs. 1 abgeschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet die Schiedskommission nach § 51a. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitparteien gestellt werden.

(3) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Anstaltsträger und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Versicherungsträger nach § 52 Abs. 2 lit. c bis e nicht zustande kommt, entscheidet die Schiedskommission auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die nach Abs. 1 zu regelnden Angelegenheiten. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Anstaltsträger, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einer der genannten Versicherungsträger zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Anstaltsträger, von der Landesregierung, vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder von einem der genannten Versicherungsträger gestellt werden.

(4) Wenn ein Antrag nach Abs. 3 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(5) Besteht für die Zeit der Rückwirkung der beantragten Entscheidung der Schiedskommission vorerst keine Verpflichtung zur Erbringung von Gebührenersätzen, so haben die Versicherungsträger (§ 52) für Pflinglinge, für deren Anstaltspflege sie aufzukommen haben, gegen nachträgliche Verrechnung Vorauszahlungen in der Höhe der zuletzt vertraglich vereinbarten Gebührenersätze zu erbringen.

(6) Bei der Festsetzung der Höhe der Gebührenersätze nach Abs. 3 ist insbesondere auf die durch den Betrieb der Anstalt entstehenden Kosten, soweit sie bei der Ermittlung der Pflegegebühren zugrunde gelegt werden dürfen (§ 42 Abs. 4), sowie auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Anstaltsträgers und der Versicherungsträger (§ 52) Bedacht zu nehmen. Die Pflegegebührenersätze dürfen hierbei 60 v.H. der nach § 42 Abs. 1 festgesetzten Pflegegebühren nicht unterschreiten.

(7) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Anstaltsträger einerseits und einem Versicherungsträger (§ 52) oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits aus einer Entscheidung nach Abs. 3 oder aus der Anwendung der Bestimmungen über Vorauszahlungen nach Abs. 5 ergeben, entscheidet die Schiedskommission. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitparteien gestellt werden.

(5) Der Art. III des Gesetzes LGBl. Nr. 77/1992 tritt mit 1. Jänner 1995 außer Kraft."

Die Art. II bis IV des Gesetzes LGBl. Nr. 23/1997 lauten:

"Artikel II

(1) Anstelle der nach § 40 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Art. I Z. 19 vorgesehenen LKF-Gebühren sind im Jahr 1997 weiterhin Pflegegebühren im Sinne des bisherigen § 40 zu entrichten.

(2) Die die Pflegegebühren betreffenden Bestimmungen des Tiroler Krankenanstaltengesetzes in der bis zum Inkrafttreten dieses

Gesetzes geltenden Fassung sind im Jahr 1997 weiterhin anzuwenden.

Artikel III

(1) Die §§ 56 und 57 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung sind für die Vorschreibung der Beitragsleistungen zur Deckung der Betriebsabgänge der vorangegangenen Jahre einschließlich des Jahres 1996 weiterhin anzuwenden.

(2) Abweichend von Abs. 1 hat die Stadt Innsbruck anstelle der Beitragsleistungen, die sie auf Grund der §§ 56 und 57 zum Betriebsabgang der vier Landeskrankenanstalten für das Jahr 1996 zu entrichten hätte, einen Gesamtbetrag von 180 Millionen Schilling zu leisten. Von diesem Gesamtbetrag sind die nach den bisherigen Aufteilungsschlüsseln zu ermittelnden Beitragsleistungen für das öffentliche Landeskrankenhaus Hochzirl, das Landeskrankenhaus Natters und das Psychiatrische Krankenhaus des Landes abzuziehen. Der verbleibende Betrag gilt als Beitragsleistung zum Betriebsabgang des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck.

(3) Die Stadt Innsbruck hat den Gesamtbetrag von 180 Millionen Schilling in acht gleich hohen Jahresraten beginnend mit dem Jahr 1997 zu entrichten.

(4) Soweit der von der Stadt Innsbruck nach Abs. 2 zu entrichtende Beitrag zum Betriebsabgang des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck von dem auf Grund des § 56 Z. 1 lit. b sich ergebenden Beitrag abweicht, ist ein allfälliger Mehrbetrag vom Land zu leisten bzw. kommt ein allfälliger Minderbetrag dem Land zugute.

Artikel IV

(1) Art. I tritt mit 1. Jänner 1997 in Kraft, soweit sich aus Art. II nichts anderes ergibt.

(2) Der Art. II des Gesetzes LGBl. Nr. 82/1995 in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 14/1996 tritt mit dem Ablauf des 31. Dezember 1996 außer Kraft."

Der Art. II des Gesetzes LGBl. Nr. 70/2001 lautet:

"Artikel II

(1) Dieses Gesetz tritt, soweit in den Abs. 2 bis 4 nichts anderes bestimmt ist, mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft.

(2) Art. I Z. 6, 9, 35, 36, 37, 38, 43, 45, 46, 47, 48, 49 und 56 treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(3) Art. I Z. 44, soweit damit der Abs. 2 des § 47 in Geltung gesetzt wird, und 53 treten mit 1. März 2001 in Kraft.

(4) Art. I Z. 58 und 61 treten mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

(5) § 3a Abs. 7 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes in der bis zum In-Kraft-Treten dieses Gesetzes geltenden Fassung ist für anhängige Verfahren weiterhin anzuwenden."

Der Art. II des Gesetzes LGBl. Nr. 46/2003 lautet:

"Artikel II

(1) Dieses Gesetz tritt mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft, soweit im Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist.

(2) Art. I Z. 8 tritt mit 1. Juli 2003 in Kraft.

(3) Beurteilungsverfahren der Ethikkommission, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes anhängig sind, sind in der bisherigen Zusammensetzung der Ethikkommission zu Ende zu führen."

Der Art. II des Gesetzes LGBl. Nr. 3/2006 lautet:

"Artikel II

(1) Dieses Gesetz tritt mit 1. Jänner 2006 in Kraft.

(2) § 3a Abs. 2 lit. a und § 5 Abs. 3 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes in der bis zum In-Kraft-Treten dieses Gesetzes geltenden Fassung sind auf anhängige Verfahren weiterhin anzuwenden.

(3) Auf Bescheide, die nach § 3a Abs. 7 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes in der bis zum In-Kraft-Treten dieses Gesetzes geltenden Fassung erlassen wurden, ist Art. I Z. 5 mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Dreijahresfrist mit 1. Jänner 2006 zu laufen beginnt."

Der Art. II des Gesetzes LGBl. Nr. 75/2006 lautet:

"Artikel II

(1) Dieses Gesetz tritt, soweit in den Abs. 2 und 3 nichts anderes bestimmt ist, mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft.

(2) Die Verrechnungsstelle nach § 41 Abs. 8 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Art. I Z. 4 ist mit 1. Jänner 2007 beim Anstaltsträger einzurichten. Die Honorare für die ab diesem Zeitpunkt erbrachten Leistungen sind über diese Verrechnungsstelle abzurechnen.

(3) Die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes bestehenden Vereinbarungen nach § 41 Abs. 4 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes sind bis längstens 31. Dezember 2007 an die Bestimmungen der Abs. 6 bis 8 des § 41 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Art. I Z. 4 anzupassen. Hinsichtlich der Aufteilung der Honorare werden die angepassten Vereinbarungen für die ab 1. Jänner 2008 erbrachten Leistungen wirksam."

Der Art. II des Gesetzes LGBl. Nr. 32/2011 lautet:

"Artikel II

(1) Dieses Gesetz tritt mit Ausnahme des Art. I Z. 25 und 35 mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft.

(2) (Landesverfassungsbestimmung) Art. I Z. 25 und 35 treten mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft.

(3) Verfahren zur Errichtung einer Krankenanstalt, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes anhängig geworden sind, sind nach den §§ 3, 3a, 4a und 4b in der Fassung des Art. I Z. 5 bis 10 und Z. 16 weiterzuführen.

(4) Die Träger von bestehenden Krankenanstalten, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes über eine rechtskräftige Betriebsbewilligung verfügen und die nach § 6a zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Verpflichtung bis zum 19. August 2011 nachzukommen und dies der Landesregierung nachzuweisen."

Der Art. II Abs. 2 des Gesetzes LGBl. Nr. 32/2011 wurde mit Wirkung vom 1. Juli 2017 als nicht mehr geltend festgestellt (Art. III Abs. 1 Z 17 des Landesverfassungsgesetzes vom 17. Mai 2017, mit dem die Landesordnung geändert und eine Bereinigung des Landesverfassungsrechts durchgeführt wird, LGBl. Nr. 53/2017).

Der Art. II des Gesetzes LGBl. Nr. 122/2012 lautet:

"Artikel II
Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft, soweit in den Abs. 2, 3 und 4 nichts anderes bestimmt ist.
- (2) Art. I Z. 8 tritt vier Monate nach dem Ablauf des Tages der Kundmachung dieses Gesetzes in Kraft.
- (3) Opferschutz- bzw. Gewaltschutzgruppen nach Art. I Z. 20 sind innerhalb von vier Monaten nach dem Ablauf des Tages der Kundmachung des Gesetzes einzurichten.
- (4) Krankenanstalten, die Untersuchungen und Behandlungen im Sinn des § 38 Abs. 5 in der Fassung des Art. I Z. 27 zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits durchführen, sind verpflichtet, dies binnen zwei Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes schriftlich der Landesregierung anzuzeigen. Soweit die Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen nicht binnen sechs Wochen nach dem Einlangen der Anzeige untersagt wird, darf diese weiterhin erfolgen. Für die Untersagung gilt § 38 Abs. 5 in der Fassung des Art. I Z. 27."

Der Art. II des Gesetzes LGBl. Nr. 152/2013 lautet:

"Artikel II

- (1) Dieses Gesetz tritt mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft, soweit im Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist.
- (2) Auf Bescheide, die nach § 3a Abs. 5 und § 4b Abs. 9 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes LGBl. Nr. 35/1958 in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 130/2013 erlassen wurden, sowie auf nach früheren krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen erlassene entsprechende Feststellungsbescheide, soweit diese nicht bereits außer Kraft getreten sind, sind die Art. I Z. 3 und 4 mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Fünfjahresfrist mit 1. Jänner 2014 zu laufen beginnt."

Der Art. II des Gesetzes LGBl. Nr. 152/2016 lautet:

"Artikel II

- (1) Für die Inanspruchnahme von Anstaltspflege durch Beschädigte nach dem Heeresentschädigungsgesetz, BGBl. I Nr. 162/2015, deren Ansprüche noch nach dem Heeresversorgungsgesetz anerkannt wurden, ist § 43 Abs. 8 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 104/2014 weiter anzuwenden.
- (2) Dieses Gesetz tritt mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft."

Der Art. II des Gesetzes LGBl. Nr. 7/2018 lautet:

„Artikel II

- (1) Dieses Gesetz tritt mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft, soweit in den Abs. 2, 3 und 4 nichts anderes bestimmt ist.
- (2) Art. I Z 22 tritt mit 1. Jänner 2017 in Kraft.
- (3) Art. I Z 21 tritt mit 1. Juli 2018 in Kraft.
- (4) Der Tiroler Krankenanstaltenplan, der auf Grundlage des § 62a in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes zu dem im Abs. 1 genannten Zeitpunkt geltenden Fassung erlassen wurde, gilt solange weiter, bis eine Verordnung nach § 62a Abs. 2 in der Fassung des Art. I Z 25 in Kraft getreten ist. Bis zum Inkrafttreten einer Verordnung nach § 62a Abs. 2 in der Fassung des Art. I Z 25 können Änderungen des Tiroler Krankenanstaltenplanes auf Grundlage der Bestimmungen des § 62a in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nach Abs. 1 geltenden Fassung erfolgen.“

Langtitel

Gesetz vom 10. Dezember 1957 über Krankenanstalten (Tiroler Krankenanstaltengesetz - Tir KAG)

STF: LGBl. Nr. 5/1958

Änderung

LGBI. Nr. 35/1958; 43/1963, 20/1970, 79/1976, 54/1977, 32/1979, 37/1982, 36/1984, 6/1986, 12/1987, 31/1988, 19/1989;
 LGBI. Nr. 17/1991 - Landtagsmaterialien: 312/90
 LGBI. Nr. 38/1991 - Landtagsmaterialien: 87/91
 LGBI. Nr. 23/1992
 LGBI. Nr. 77/1992 - Landtagsmaterialien: 231/92
 LGBI. Nr. 82/1995 - Landtagsmaterialien: 202/95
 LGBI. Nr. 14/1996 - Landtagsmaterialien: 452/95
 LGBI. Nr. 23/1997 - Landtagsmaterialien: 41/97
 LGBI. Nr. 85/1998 - Landtagsmaterialien: 191/98
 LGBI. Nr. 70/2001 - Landtagsmaterialien: 220/01
 LGBI. Nr. 114/2001 - Landtagsmaterialien: 285/01
 LGBI. Nr. 89/2002 - Landtagsmaterialien: 245/02
 LGBI. Nr. 46/2003 - Landtagsmaterialien: 76/03
 LGBI. Nr. 12/2005 - Landtagsmaterialien: 412/04
 LGBI. Nr. 38/2005 - Landtagsmaterialien: 88/05
 LGBI. Nr. 3/2006 - Landtagsmaterialien: 391/05
 LGBI. Nr. 75/2006 - Landtagsmaterialien: 217/06
 LGBI. Nr. 54/2008 - Landtagsmaterialien: 151/08
 LGBI. Nr. 77/2008 - Landtagsmaterialien: 272/08
 LGBI. Nr. 70/2010 - Landtagsmaterialien: 383/10
 LGBI. Nr. 100/2010 - Landtagsmaterialien: 499/10
 LGBI. Nr. 32/2011 - Landtagsmaterialien: 116/11
 LGBI. Nr. 122/2012 - Landtagsmaterialien: 468/12
 LGBI. Nr. 150/2012 - Landtagsmaterialien: 559/12
 LGBI. Nr. 130/2013 - Landtagsmaterialien: 388/13
 LGBI. Nr. 152/2013 - Landtagsmaterialien: 464/13
 LGBI. Nr. 104/2014 - Landtagsmaterialien: 258/14
 LGBI. Nr. 152/2016 - Landtagsmaterialien: 511/16
 LGBI. Nr. 26/2017 - Landtagsmaterialien: 624/16
 LGBI. Nr. 32/2017 - Landtagsmaterialien: 625/16
 LGBI. Nr. 7/2018 - Landtagsmaterialien: 399/17

Präambel/Promulgationsklausel

Inhaltsverzeichnis

Art / Paragraf	Gegenstand / Bezeichnung
-------------------	--------------------------

HAUPTSTÜCK A Begriffsbestimmungen

§ 1	
§ 2	
§ 2a	
§ 2b	Fachrichtungsbezogene Organisationsformen
§ 2c	Referenzzentren
§ 2d	Entnahmeeinheiten
§ 2e	Transplantationszentren

HAUPTSTÜCK B

I.

Allgemeine Bestimmungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten

§ 3	Errichtungsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten
§ 3a	
§ 4	Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

Art / Paragraf	Gegenstand / Bezeichnung
§ 4a	Errichtungsbewilligung für selbstständige Ambulatorien
§ 4b	Voraussetzungen für die Erteilung der Errichtungsbewilligung für selbstständige Ambulatorien
§ 4c	Betriebsbewilligung für selbstständige Ambulatorien
§ 5	Änderungen von Krankenanstalten
§ 5a	
§ 6	Verpachtung, Übertragung, Änderung der Bezeichnung
§ 6a	Haftpflichtversicherung
§ 7	Enteignung
§ 8	Sperre einer Krankenanstalt
§ 9	Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen
§ 9a	Patientenrechte
§ 9b	Qualitätssicherung

II.

Regelung des inneren Betriebes von Krankenanstalten

§ 10	Anstaltsordnung
§ 10a	Kollegiale Führung
§ 11	Ärztlicher Dienst
§ 11a	
§ 12	
§ 12	
§ 12a	Ethikkommission
§ 12b	Kinder- und Opferschutzgruppen, Gewaltschutzgruppen
§ 13	
§ 13a	Krankenhaushygiene
§ 13b	Pflegedienst
§ 13c	Technischer Sicherheitsbeauftragter
§ 13d	Fortbildung des nichtärztlichen Personals
§ 13e	Information über die Tiroler Patientenvertretung
§ 13f	Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung
§ 13g	Supervision
§ 14	Verschwiegenheitspflicht
§ 15	Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen
§ 16	Wirtschaftsführung
§ 16a	Personalplanung

Wirtschaftsaufsicht

§ 17	
§ 18	
§ 19	Ärzteausbildung
§ 21	Verbot unsachlicher oder unwahrer Information

HAUPTSTÜCK C

Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten

I.

Begriff und allgemeine Bestimmungen

§ 22	Begriff
	Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes
§ 23	
§ 24	

Sicherstellung öffentlicher Anstaltspflege

§ 25	
§ 26	Angliederungsverträge
§ 26a	Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten

Art / Paragraf	Gegenstand / Bezeichnung
§ 27	Verleihung und Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes
§ 28	Betriebsunterbrechung und Auflassung
Bestimmungen über Gebührenklassen	
§ 29	Sonderklasse
§ 30	
§ 31	Stellenausschreibung
§ 31a	
§ 31b	Arzneimittelkommission
§ 32	Arzneimittelvorrat
§ 32a	Blutdepot
§ 32b	Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch
§ 32c	Hubschrauberlandeplatz
§ 33	Aufnahme von Pfleglingen
§ 34	Erste Hilfe, Begleitperson
§ 35	Entlassung von Pfleglingen
§ 36	Tod des Pfleglings
§ 37	Leichenöffnung (Obduktion)
§ 38	Ambulante Untersuchungen und Behandlungen
§ 38a	Blutabnahme im Dienste der Straßenpolizei
§ 38b	Befreiung von Verwaltungsabgaben und Kommissionsgebühren
II. Einnahmen der Krankenanstalten	
§ 39	Arten der Einnahmen
§ 40	LKF-Gebühren, Pflegegebühren
§ 40a	Gebühren für Begleitpersonen
§ 41	Sondergebühren, Honorare
§ 41a	Kostenbeiträge
§ 41b	Abgeltung von Leistungen der Fondskrankenanstalten
§ 42	Festsetzung der Gebühren
§ 43	Einbringung der Gebühren
§ 44	Besondere Bestimmungen für Personen ohne Wohnsitz im Inland und für fremde Staatsangehörige
III. Beziehungen der Fondskrankenanstalten zu den Versicherungsträgern	
§ 45	
§ 46	
§ 47	
§ 48	
§ 49	
§ 49a	
§ 50	
§ 51	Schiedskommission
§ 51a	Zusammensetzung
§ 51b	Verfahrensbestimmungen
§ 52	
IV. Beziehungen der öffentlichen Krankenanstalten zu den Sozialhilfeträgern	
§ 53	Rechte der mit Leistungen der Sozialhilfe oder Rehabilitation befassten Organe
V. Besondere Bestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in öffentlichen Krankenanstalten und für öffentliche Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie	
§ 54	
§ 54a	

Art / Paragraf	Gegenstand / Bezeichnung
§ 54b	
§ 54c	
§ 54d	
§ 54e	
§ 54f	
§ 55	
	VI.
	Deckung des Betriebsabganges und Beitrag zur Finanzierung der allgemeinen öffentlichen Anstaltspflege
§ 56	
§ 57	
	HAUPTSTÜCK D
	Bestimmungen für private Krankenanstalten und militärische Krankenanstalten
	I.
	Allgemeine Vorschriften
§ 58	
§ 59	
	II.
	Beziehungen zu den Versicherungsträgern
§ 60	
	III.
	Besondere Bestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und für private Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie
§ 61	
	IV.
	Besondere Vorschriften für die Inanspruchnahme privater Krankenanstalten nach dem Heeresentschädigungsgesetz
§ 61a	
	V.
	Bestimmungen für militärische Krankenanstalten
§ 61b	
	HAUPTSTÜCK E
	Gemeinsame Bestimmungen
§ 62	
	HAUPTSTÜCK F
	Regionaler Strukturplan Gesundheit, Krankenanstaltenplan und Qualitätskriterien
§ 62a	Regionaler Strukturplan Gesundheit und Krankenanstaltenplan
§ 62b	Qualitätskriterien
	HAUPTSTÜCK G
	Landessanitätsrat
§ 62c	Landessanitätsrat
	HAUPTSTÜCK H
	Übergangs-, Straf- und Schlußbestimmungen
§ 63	
§ 64	Strafbestimmungen
§ 64a	Umsetzung von Unionsrecht
§ 65	Inkrafttreten

Der Landtag hat beschlossen:

Text

HAUPTSTÜCK A
Begriffsbestimmungen

§ 1

- (1) Krankenanstalten sind Einrichtungen, die
- a) zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
 - b) zur Vornahme operativer Eingriffe,
 - c) zur Vorbeugung gegen Krankheiten und zur Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
 - d) zur Entbindung,
 - e) für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder
 - f) zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation

bestimmt sind.

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

(3) Krankenanstalten im Sinn der Abs. 1 und 2 sind:

- a) allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechtes, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung,
- b) Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke,
- c) Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen,
- d) Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die höheren Ansprüchen hinsichtlich der Verpflegung und der Unterbringung, insbesondere durch eine niedrigere Bettenanzahl in den Krankenzimmern und eine bessere Ausstattung und Lage der Krankenzimmer, entsprechen,
- e) selbstständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Solche Einrichtungen gelten auch dann als selbstständige Ambulatorien, wenn sie über eine angemessene Zahl von Betten verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich sind. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig;
- f) militärische Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres nach § 2 des Wehrgesetzes 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, stehen. Die Errichtung von militärischen Krankenanstalten, deren Zahl und Standort vom Bundesminister für Landesverteidigung und Sport aufgrund militärischer Notwendigkeiten festgelegt wurden, bedarf 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 (§ 4 Abs. 4 bzw. § 4c Abs. 4) bekanntzugeben.

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

§ 2

Als Krankenanstalten gelten nicht:

- a) Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;

- b) Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, Einrichtungen der arbeitsmedizinischen Betreuung sowie arbeitsmedizinische Zentren;
- c) Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen natürlichen 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 medizinischen Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit der behandelten Personen auszuschließen (Kuranstalten);
- d) die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH nach dem Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 111/2009;
- e) Gruppenpraxen;
- f) medizinische Versorgungseinrichtungen in Betreuungseinrichtungen nach § 1 Z 5 des Grundversorgungsgesetzes-Bund 2005, BGBl. Nr. 405/1991, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 70/2015, für Asylwerber.

§ 2a

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

- a) Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 5 mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin.

Weiters muss zumindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden.

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

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

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

Weiters müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege (inklusive Intensivpflege für Neonatologie und Pädiatrie) vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung im Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärzte als Konsiliarärzte zu erfolgen. In den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein. Ferner müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden.

- c) Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen.

(2) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben nach § 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind Zentralkrankenanstalten im Sinn des Abs. 1 lit. c.

(3) Die im Abs. 1 genannten Voraussetzungen gelten auch als erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten zwar örtlich getrennt untergebracht, aber funktionell-

organisatorisch verbunden sind. Eine örtlich getrennte Unterbringung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten ist auch in einem angrenzenden Bundesland und unter den Voraussetzungen nach § 26a auch in einem angrenzenden Staat zulässig. In Standardkrankenanstalten kann die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG auch durch eine Zentrale Aufnahme- und Versorgungseinheit oder eine Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch eine Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden.

(4) Mit Bewilligung der Landesregierung kann von der Errichtung einzelner der im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn in dem Einzugsbereich, für den die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departements, 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. Die Bewilligung kann befristet erteilt werden.

(5) Mit Bewilligung der Landesregierung kann für Krankenanstalten nach Abs. 1 lit. a und b und nach Maßgabe des § 2b die Einrichtung folgender reduzierter Organisationsformen vorgesehen werden:

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

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

§ 2b

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 § 12 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 2a Abs. 5 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departements als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit für Unfallchirurgie (Satellitendepartement) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie oder Remobilisation und Nachsorge mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens zwölf Betten. Departements müssen mit Ausnahme von Satellitendepartements für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 2a Abs. 5 Z. 1 eingerichtet werden. Satellitendepartements für Unfallchirurgie sind organisatorisch Teil jener Krankenanstalt, in der sie betrieben werden. Die ärztliche Versorgung der Satellitendepartements

- ist von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder – im Fall einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten – von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit für die medizinischen Sonderfächer nach § 2a Abs. 5 Z. 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. a in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.
 3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinn des § 10 Abs. 1 lit. f 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, Departement oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit. 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 nach § 2a Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden.

§ 2c

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.

§ 2d

Entnahmeeinheiten

(1) Entnahmeeinheiten sind rechtskräftig bewilligte Krankenanstalten oder Teile davon, die die Bereitstellung von Organen im Sinn des Organtransplantationsgesetzes, BGBl. I Nr. 108/2012, durchführen und koordinieren.

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

(3) Die Dokumentation hat im Rahmen des Qualitätssystems zumindest Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures – SOPs), Leitlinien, Ausbildungs- oder Referenzhandbücher sowie Aufzeichnungen zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Organen zu enthalten. 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.

§ 2e

Transplantationszentren

(1) Transplantationszentren sind Krankenanstalten oder Teile davon, die Transplantationen im Sinn des Organtransplantationsgesetzes vornehmen und deren Bewilligung nach den §§ 3ff dieses Leistungsangebot umfasst.

(2) Die Dokumentation hat im Rahmen des Qualitätssystems zumindest Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures – SOPs), Leitlinien, Ausbildungs- oder Referenzhandbücher sowie Aufzeichnungen zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Organen zu enthalten. 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.

HAUPTSTÜCK B

I.

Allgemeine Bestimmungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten

§ 3

Errichtungsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

(1) Die Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bedarf der Bewilligung der Landesregierung (Errichtungsbewilligung), soweit im Abs. 6 nichts anderes bestimmt ist. Um die Erteilung der Errichtungsbewilligung ist schriftlich anzusuchen. Sollen ambulante Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden, die über den Umfang des § 38 hinausgehen, so müssen die Voraussetzungen nach § 4b Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 3 vorliegen.

(2) Im Ansuchen um die Erteilung der Errichtungsbewilligung sind die Bezeichnung der Krankenanstalt, der Anstaltszweck, das vorgesehene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) und allenfalls vorgesehene Leistungsschwerpunkte genau anzugeben. Dem Ansuchen sind folgende Unterlagen anzuschließen:

- a) die zur Beurteilung des Vorhabens erforderlichen Planunterlagen, wie Lagepläne, Baupläne, Baubeschreibungen und dergleichen, jeweils in dreifacher Ausfertigung; für den Inhalt und die Form dieser Planunterlagen gelten die baurechtlichen Vorschriften betreffend den Inhalt und die Form der Planunterlagen in ihrer jeweils geltenden Fassung sinngemäß;
- b) ein Verzeichnis, aus dem die Anzahl der Anstaltsräume, getrennt nach ihrem Verwendungszweck, ersichtlich ist;
- c) Pläne und Beschreibungen für die technischen Einrichtungen sowie ein Verzeichnis der wesentlichen medizinisch-technischen Apparate, jeweils in dreifacher Ausfertigung;
- d) ein Verzeichnis über den Bettenstand für die Schlafräume der Pfleglinge und des Anstaltspersonals.

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

(3) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Ansuchen um die Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben.

(4) Vor der Entscheidung über ein Ansuchen um die Erteilung der Errichtungsbewilligung ist der Landessanitätsrat zu hören. Der Landessanitätsrat hat seine Stellungnahme innerhalb von zwei Monaten abzugeben.

(5) Im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung einschließlich eines allfälligen Verfahrens nach § 3a Abs. 6 haben hinsichtlich des nach § 3a Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2a zu prüfenden Bedarfes

- a) die gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten und
- b) die betroffenen Sozialversicherungsträger

Parteistellung im Sinn des § 8 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51, und das Recht, Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht und Revision an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben.

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

§ 3a

(1) Die Landesregierung hat über ein Ansuchen um die Erteilung der Errichtungsbewilligung mit schriftlichem Bescheid zu entscheiden.

(2) Die Errichtungsbewilligung ist zu erteilen, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- a) Für die vorgesehene Krankenanstalt muss nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot durch öffentliche, private gemeinnützige und sonstige bettenführende Krankenanstalten mit Kassenverträgen
 - 1. zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
 - 2. zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit
 ein Bedarf nach Abs. 2a gegeben sein.
- b) Das Eigentum an der für die Krankenanstalt vorgesehenen Betriebsanlage oder das sonstige Recht zu deren Benützung muß nachgewiesen oder zumindest glaubhaft gemacht werden.
- c) Das Gebäude, das als Betriebsanlage für die Krankenanstalt dienen soll, muß den für solche Gebäude geltenden bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen.
- d) Die vorgesehene Ausstattung mit medizinisch-technischen Apparaten und die vorgesehene personelle Ausstattung muß den nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft an eine Krankenanstalt der vorgesehenen Art zu stellenden Anforderungen entsprechen.
- e) Es muß eine den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Behandlung gewährleistet sein.
- f) Der Bewilligungswerber muß eigenberechtigt und verlässlich sein. Bei juristischen Personen oder eingetragenen Personengesellschaften muß die zur Vertretung nach außen berufene Person diese Voraussetzungen erfüllen. Als nicht verlässlich sind insbesondere Personen anzusehen, die
 - 1. nach § 13 der Gewerbeordnung 1994, BGBl. Nr. 194, von der Ausübung eines Gewerbes auszuschließen sind oder
 - 2. wegen Übertretung von Vorschriften auf dem Gebiet des Krankenanstaltenrechtes oder des Gesundheitswesens rechtskräftig bestraft worden sind und von denen deshalb ein ordnungsgemäßer Anstaltsbetrieb nicht erwartet werden kann.

(2a) Ein Bedarf ist gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Tirol hinsichtlich

- a) der örtlichen Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),
- b) der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,

- c) der Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen und
- d) der Entwicklungstendenzen in der Medizin

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann. Ein Bedarf ist jedenfalls dann gegeben, wenn das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum in den durch eine Verordnung nach § 62a Abs. 2 für verbindlich erklärten Teilen des ÖSG oder des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Tirol vorgesehen ist. In diesem Fall ist hinsichtlich des Vorliegens des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit der Verordnung zu prüfen.

(2b) 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 nach Abs. 6 eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Ist ein Vertragsvergabeverfahren bereits anhängig, kann die Landesregierung das Errichtungsbewilligungsverfahren bis zur Entscheidung des Vertragsvergabeverfahrens unterbrechen. Eine Vertragszusage der Sozialversicherung ist der Landesregierung über den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger unverzüglich bekanntzugeben.

(2c) Sollen in der vorgesehenen Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden, so entfällt die Bedarfsprüfung nach Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2a. Die Tiroler Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

(2d) Für Fondskrankenanstalten im Sinn des Tiroler Gesundheitsfondsgesetzes, LGBl. Nr. 2/2006 in der jeweils geltenden Fassung, entfällt eine Bedarfsprüfung, wenn das Vorhaben im Einklang mit den Vorgaben einer Verordnung nach § 62a Abs. 2 bzw. Abs. 4 steht.

(3) Die Errichtungsbewilligung ist mit Auflagen oder unter Bedingungen zu erteilen, soweit dies zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 2 und zur Gewährleistung einer den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Behandlung oder aus anderen öffentlichen Interessen, insbesondere im Interesse der bestmöglichen gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung, erforderlich ist. Die Errichtungsbewilligung ist jedenfalls unter der Bedingung zu erteilen, daß innerhalb eines angemessen festzusetzenden Zeitraumes um die Betriebsbewilligung angesucht wird. Diese Frist kann von der Landesregierung bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Gründe verlängert werden. Nach dem Ablauf dieser Frist erlischt die Errichtungsbewilligung.

(4) Weist eine Krankenanstalt mehrere Standorte auf, so ist in der Errichtungsbewilligung für jeden Standort gemäß dem zugeordneten Leistungsspektrum die Versorgungsstufe nach § 2a Abs. 1 festzulegen. Am jeweiligen Standort sind die für die festgelegte Versorgungsstufe je Leistungsbereich geltenden Vorgaben einzuhalten.

(5) Die Landesregierung hat nach der Erteilung der Errichtungsbewilligung andere oder zusätzliche Auflagen vorzuschreiben, soweit dies zur Vermeidung einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen erforderlich ist.

(6) Im Errichtungsbewilligungsverfahren kann die Landesregierung durch Bescheid über das Vorliegen des Bedarfes gesondert entscheiden, wenn der Bewilligungswerber glaubhaft macht, dass die Vorlage der Unterlagen nach § 3 Abs. 2 lit. a bis d mit einem erheblichen wirtschaftlichen Aufwand verbunden wäre und die Entscheidung über das Vorliegen des Bedarfes als Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung auch ohne diese Unterlagen erfolgen kann. Eine Entscheidung, mit der der Bedarf für die vorgesehene Krankenanstalt festgestellt wird, tritt mit dem Ablauf von fünf Jahren nach ihrer Erlassung außer Kraft.

§ 4

Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

(1) Der Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt bedarf der Bewilligung der Landesregierung (Betriebsbewilligung). Um die Erteilung der Betriebsbewilligung ist schriftlich anzusuchen. Die Landesregierung hat über ein Ansuchen um die Erteilung der Betriebsbewilligung mit schriftlichem Bescheid zu entscheiden. Sie hat vor der Entscheidung einen Augenschein an Ort und Stelle vorzunehmen.

(2) Die Betriebsbewilligung ist, soweit im Abs. 4 nichts anderes bestimmt ist, zu erteilen, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- a) Die Errichtungsbewilligung für die Krankenanstalt muß vorliegen.

- b) Die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen technischen Einrichtungen und medizinisch-technischen Apparate müssen vorhanden sein und die Betriebsanlage sowie alle medizinisch-technischen Apparate und technischen Einrichtungen müssen den sicherheitstechnischen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen.

Der Träger der Krankenanstalt hat der Behörde zum Nachweis der Erfüllung der sicherheitstechnischen Vorschriften die allenfalls erforderliche Baubewilligung, eine Bestätigung des Technischen Sicherheitsbeauftragten über die vorschriftsmäßige Ausführung der technischen Einrichtungen und medizinisch-technischen Apparate sowie erforderlichenfalls auf Verlangen der Behörde ein sicherheitstechnisches Gutachten und ein krankenhaushygienisches Gutachten vorzulegen.

- c) Es muß eine Anstaltsordnung (§ 10) vorliegen.
- d) Es muss ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes bestellt sein. Für die Führung der im § 11 Abs. 2 genannten Organisationseinheiten der Krankenanstalt müssen geeignete Ärzte zur Verfügung stehen. Es muss glaubhaft gemacht werden, dass die nach dem Anstaltszweck, dem vorgesehenen Leistungsangebot und den allenfalls vorgesehenen Leistungsschwerpunkten erforderlichen Ärzte in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen.
- e) Es muss glaubhaft gemacht werden, dass das nach dem Anstaltszweck, dem vorgesehenen Leistungsangebot und den allenfalls vorgesehenen Leistungsschwerpunkten sonstige erforderliche Personal in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung steht, insbesondere im Bereich des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und des Sanitätshilfsdienstes.
- f) Weiters sind die in Betracht kommenden Strukturqualitätskriterien zu erfüllen.
- g) Nach Maßgabe des § 6a muss der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen werden.

(3) Wurde die Krankenanstalt nicht der Errichtungsbewilligung entsprechend errichtet, so hat die Landesregierung zugleich mit der Betriebsbewilligung die Änderungen zu bewilligen, wenn die Krankenanstalt trotz der Abweichungen den Voraussetzungen nach § 3a Abs. 2 entspricht.

(4) Die Betriebsbewilligung für eine von einem Sozialversicherungsträger errichtete Krankenanstalt oder für eine militärische Krankenanstalt ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b bis e vorliegen.

(5) Stellt sich nach der Erteilung der Betriebsbewilligung heraus, daß die Betriebsanlage, technische Einrichtungen oder medizinisch-technische Apparate den sicherheitstechnischen oder gesundheitspolizeilichen Vorschriften nicht entsprechen, so hat die Landesregierung andere oder zusätzliche Auflagen vorzuschreiben, soweit dies zur Vermeidung einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen erforderlich ist.

§ 4a

Errichtungsbewilligung für selbstständige Ambulatorien

(1) Die Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums bedarf der Bewilligung der Landesregierung (Errichtungsbewilligung). Um die Erteilung der Errichtungsbewilligung ist schriftlich anzusuchen.

(2) Im Ansuchen um die Erteilung der Errichtungsbewilligung sind die Bezeichnung der Krankenanstalt, der Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Samstagen, Sonntagen und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten) und allenfalls vorgesehene Leistungsschwerpunkte genau anzugeben. Dem Ansuchen sind folgende Unterlagen anzuschließen:

- a) die zur Beurteilung des Vorhabens erforderlichen Planunterlagen, wie Lagepläne, Baupläne, Baubeschreibungen und dergleichen, jeweils in dreifacher Ausfertigung; für den Inhalt und die Form dieser Planunterlagen gelten die baurechtlichen Vorschriften betreffend den Inhalt und die Form der Planunterlagen in ihrer jeweils geltenden Fassung sinngemäß;
- b) ein Verzeichnis, aus dem die Anzahl der Anstaltsräume, getrennt nach ihrem Verwendungszweck, ersichtlich ist;
- c) Pläne und Beschreibungen für die technischen Einrichtungen sowie ein Verzeichnis der wesentlichen medizinisch-technischen Apparate, jeweils in dreifacher Ausfertigung.

(3) Zum Vorliegen der Voraussetzungen nach § 4b Abs. 3 ist im Errichtungsbewilligungsverfahren bzw. im Verfahren nach § 4b Abs. 9 eine planungsfachliche Stellungnahme der Gesundheit Österreich

GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstitutes sowie eine begründete Stellungnahme der Gesundheitsplattform des Tiroler Gesundheitsfonds einzuholen, sofern das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum nicht in den durch eine Verordnung nach § 62a Abs. 2 für verbindlich erklärten Teilen des ÖSG oder des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Tirol vorgesehen ist.

(4) Vor der Entscheidung über ein Ansuchen um die Erteilung der Errichtungsbewilligung ist der Landessanitätsrat zu hören. Der Landessanitätsrat hat seine Stellungnahme innerhalb von zwei Monaten abzugeben.

(5) Im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung einschließlich eines allfälligen Verfahrens nach § 4b Abs. 9 haben hinsichtlich der nach § 4b Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 3 oder nach § 4b Abs. 3a oder nach § 4b Abs. 3c zu prüfenden Voraussetzungen

- a) die gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten,
- b) die betroffenen Sozialversicherungsträger und
- c) die Ärztekammer für Tirol, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer

Parteistellung im Sinn des § 8 AVG und das Recht, Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht und Revision an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben. Im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers nach § 339 ASVG kommt der Beschwerde der Ärztekammer für Tirol an das Landesverwaltungsgericht und der Revision der Ärztekammer für Tirol an den Verwaltungsgerichtshof keine aufschiebende Wirkung zu.

§ 4b

Voraussetzungen für die Erteilung der Errichtungsbewilligung für selbstständige Ambulatorien

(1) Die Landesregierung hat über ein Ansuchen um die Erteilung der Errichtungsbewilligung mit schriftlichem Bescheid zu entscheiden.

(2) Die Errichtungsbewilligung ist, soweit in den Abs. 4 und 7 nichts anderes bestimmt ist, zu erteilen, wenn:

- a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot durch öffentliche, private gemeinnützige und sonstige Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien, soweit diese sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit diese sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
 1. zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
 2. zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann und

- b) die Voraussetzungen nach § 3a Abs. 2 lit. b bis f vorliegen.

(3) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Planungsergebnissen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Tirol folgende Voraussetzungen zu berücksichtigen:

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

(3a) Von einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet ist auszugehen, wenn das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum in den durch eine Verordnung nach § 62a Abs. 2 für verbindlich erklärten Teilen des ÖSG oder des Regionalen Strukturplanes Gesundheit

Tirol vorgesehen ist. In diesem Fall ist hinsichtlich des Vorliegens einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet die Übereinstimmung mit der Verordnung zu prüfen.

(3b) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über das Vorliegen einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet nach Abs. 9 eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Ist ein Vertragsvergabeverfahren bereits anhängig, so kann die Landesregierung das Errichtungsbewilligungsverfahren bis zur Entscheidung des Vertragsvergabeverfahrens unterbrechen. Eine Vertragszusage der Sozialversicherung ist der Landesregierung über den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger unverzüglich bekanntzugeben.

(3c) Für eine Primärversorgungseinheit ist dann von einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet auszugehen, wenn sie im Regionalen Strukturplan Gesundheit Tirol vorgesehen ist und eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags vorliegt.

(4) Sollen im selbstständigen Ambulatorium nach dem vorgesehenen Leistungsangebot ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden, so müssen die Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 3 nicht vorliegen. Die Tiroler Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

(5) In der Errichtungsbewilligung sind, ausgenommen im Fall der Abs. 3c und 4, im Rahmen des Antrags jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Samstagen, Sonntagen und Feiertagen) sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und gegebenenfalls die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen festzulegen.

(6) Die Errichtungsbewilligung ist mit Auflagen oder unter Bedingungen zu erteilen, soweit dies

- a) zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 2,
- b) zur Gewährleistung einer den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Behandlung oder
- c) aus anderen öffentlichen Interessen, insbesondere im Interesse der bestmöglichen gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung,

erforderlich ist. Die Errichtungsbewilligung ist jedenfalls unter der Bedingung zu erteilen, dass innerhalb eines angemessen festzusetzenden Zeitraumes um die Betriebsbewilligung angesucht wird. Diese Frist kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Gründe von der Landesregierung verlängert werden. Nach dem Ablauf dieser Frist erlischt die Errichtungsbewilligung.

(7) Die Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium eines Krankenversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn

- a) das Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für Tirol bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer im Sinn des § 339 ASVG und
- b) die Voraussetzungen nach § 3a Abs. 2 lit. b bis e

vorliegen. Von einem Einvernehmen ist auch dann auszugehen, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017 zu keinem Ergebnis geführt hat. Kommt das Einvernehmen nach lit. a nicht zustande, so ist die Errichtungsbewilligung zu erteilen, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 3 und nach § 3a Abs. 2 lit. b bis e vorliegen. Dies gilt auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb des selbstständigen Ambulatoriums betraut.

(8) Die Landesregierung hat nach der Erteilung der Errichtungsbewilligung andere oder zusätzliche Auflagen vorzuschreiben, soweit dies zur Vermeidung einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen erforderlich ist.

(9) Die Landesregierung kann im Errichtungsbewilligungsverfahren durch Bescheid über das Vorliegen der Voraussetzung nach Abs. 2 lit. a (wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet) gesondert entscheiden, wenn der Bewilligungswerber glaubhaft macht, dass die Vorlage der Unterlagen nach § 4a Abs. 2 lit. a, b und c mit einem erheblichen wirtschaftlichen Aufwand

verbunden wäre und die Entscheidung über das Vorliegen der Voraussetzung nach Abs. 2 lit. a auch ohne diese Unterlagen erfolgen kann. Eine Entscheidung, mit der das Vorliegen der Voraussetzung nach Abs. 2 lit. a festgestellt wird, tritt mit dem Ablauf von fünf Jahren nach ihrer Erlassung außer Kraft.

§ 4c

Betriebsbewilligung für selbstständige Ambulatorien

(1) Der Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums bedarf der Bewilligung der Landesregierung (Betriebsbewilligung). Um die Erteilung der Betriebsbewilligung ist schriftlich anzusuchen. Die Landesregierung hat über ein Ansuchen um die Erteilung der Betriebsbewilligung mit schriftlichem Bescheid zu entscheiden. Sie hat vor der Entscheidung einen Augenschein an Ort und Stelle vorzunehmen.

(2) Die Betriebsbewilligung ist, soweit im Abs. 4 nichts anderes bestimmt ist, zu erteilen, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- a) Die Errichtungsbewilligung für die Krankenanstalt muss vorliegen.
- b) Die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen technischen Einrichtungen und medizinisch-technischen Apparate müssen vorhanden sein und die Betriebsanlage sowie alle medizinisch-technischen Apparate und technischen Einrichtungen müssen den sicherheitstechnischen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen. Der Träger der Krankenanstalt hat der Behörde zum Nachweis der Erfüllung der sicherheitstechnischen Vorschriften die allenfalls erforderliche Baubenutzungsbewilligung, eine Bestätigung des Technischen Sicherheitsbeauftragten über die vorschriftsmäßige Ausführung der technischen Einrichtungen und medizinisch-technischen Apparate sowie erforderlichenfalls auf Verlangen der Behörde ein sicherheitstechnisches Gutachten und ein krankenhaushygienisches Gutachten vorzulegen.
- c) Es muss eine Anstaltsordnung (§ 10) vorliegen.
- d) Es muss ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes bestellt sein. Es muss glaubhaft gemacht werden, dass die nach dem Anstaltszweck, dem vorgesehenen Leistungsangebot und den allenfalls vorgesehenen Leistungsschwerpunkten erforderlichen Ärzte oder Zahnärzte in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen.
- e) Es muss glaubhaft gemacht werden, dass das nach dem Anstaltszweck, dem vorgesehenen Leistungsangebot und den allenfalls vorgesehenen Leistungsschwerpunkten sonstige erforderliche Personal in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung steht, insbesondere im Bereich des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und des Sanitätshilfsdienstes.
- f) Nach Maßgabe des § 6a muss der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen werden.

(3) Wurde das selbstständige Ambulatorium nicht der Errichtungsbewilligung entsprechend errichtet, so hat die Landesregierung zugleich mit der Betriebsbewilligung die Änderungen zu bewilligen, wenn das selbstständige Ambulatorium trotz der Abweichungen den Voraussetzungen nach § 4b Abs. 2 entspricht.

(4) Die Betriebsbewilligung für ein von einem Krankenversicherungsträger errichtetes selbstständiges Ambulatorium oder für eine militärische Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b bis e vorliegen.

(4a) Die Betriebsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 2 lit. a und b sowie d bis f oder des Abs. 4 erfüllt sind.

(5) Stellt sich nach der Erteilung der Betriebsbewilligung heraus, dass die Betriebsanlage, technische Einrichtungen oder medizinisch-technische Apparate den sicherheitstechnischen oder gesundheitspolizeilichen Vorschriften nicht entsprechen, so hat die Landesregierung andere oder zusätzliche Auflagen vorzuschreiben, soweit dies zur Vermeidung einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen erforderlich ist.

§ 5

Änderungen von Krankenanstalten

(1) Jede wesentliche Änderung einer Krankenanstalt bedarf der Bewilligung der Landesregierung.

- (2) Eine wesentliche Änderung liegt vor,
- a) wenn die Betriebsanlage oder ein Teil davon verlegt wird,
 - b) bei einem Zu- oder Umbau größeren Umfangs, durch den der medizinische Bereich berührt wird,
 - c) wenn neue Organisationseinheiten (Abteilungen, Institute und dergleichen) geschaffen werden, auch wenn dies nicht mit einer räumlichen Erweiterung der Krankenanstalt verbunden ist,
 - d) bei wesentlichen Veränderungen in der apparativen Ausstattung, insbesondere bei der Anschaffung von Großgeräten, oder im Leistungsangebot.

(3) Für die Bewilligung von Änderungen gelten die §§ 3, 3a, 4, 4a, 4b und 4c sinngemäß. Erfolgt die Verlegung nach Abs. 2 lit. a innerhalb desselben Einzugsgebietes, so entfällt die Bedarfsprüfung (§ 3a Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2a) bzw. die Prüfung der Voraussetzung nach § 4b Abs. 2 lit. a, wenn mit der Verlegung keine wesentliche Änderung des Leistungsangebotes verbunden ist. Beabsichtigt der Träger einer Krankenanstalt, die bisher ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht hat (§ 3a Abs. 2b und § 4b Abs. 4) nunmehr auch sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen anzubieten, so ist diesbezüglich eine Bedarfsprüfung (§ 3a Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2a) bzw. eine Prüfung der Voraussetzung nach § 4b Abs. 2 lit. a durchzuführen.

(4) Jede nicht bewilligungspflichtige räumliche Änderung einer Krankenanstalt ist, bevor mit der Ausführung begonnen wird, der Landesregierung schriftlich anzuzeigen. Die Landesregierung hat das angezeigte Vorhaben binnen sechs Wochen nach dem Einlangen der Anzeige zu untersagen, wenn

- a) die Änderung nach diesem Gesetz bewilligungspflichtig ist,
- b) das Vorhaben diesem Gesetz oder Verordnungen auf Grund dieses Gesetzes widerspricht oder
- c) durch die Ausführung des Vorhabens das Leben oder die Gesundheit von Menschen oder die Sicherheit von Sachen beeinträchtigt werden könnten.

§ 5a

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

§ 6

Verpachtung, Übertragung, Änderung der Bezeichnung

(1) Die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung bedürfen der Bewilligung der Landesregierung.

(2) Die Verpachtung oder Übertragung einer Krankenanstalt oder eines ihrer Teile ist zu bewilligen, wenn der Pächter bzw. der neue Träger der Krankenanstalt die Voraussetzungen nach § 3a Abs. 2 lit. b und f erfüllt. Die Änderung der Bezeichnung ist zu bewilligen, wenn die neue Bezeichnung nicht zu Zweifeln über den Anstaltszweck führt und öffentliche Interessen nicht beeinträchtigt werden.

(3) Wird ein selbstständiges Ambulatorium auf einen Sozialversicherungsträger übertragen, so entfällt die Voraussetzung nach § 3a Abs. 2 lit. f.

§ 6a

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 entstehenden Schadenersatzansprüche eine Haftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer abzuschließen und diese während der Dauer ihrer Betriebsbewilligung aufrecht zu erhalten. Bei Krankenanstalten, die durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts steht, betrieben werden, besteht ein haftungsrechtlicher Durchgriff zur Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts, sofern keine Haftpflichtversicherung besteht.

(2) Die Mindestversicherungssumme hat für jeden Versicherungsfall 2.000.000,- Euro zu betragen. Die Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode das Fünffache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten. Der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist nicht zulässig.

(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 vom Versicherungsvertrag darstellt oder darstellen kann. Sie haben auf Verlangen der Landesregierung über solche Umstände Auskunft zu erteilen.

§ 7

Enteignung

(1) Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltspflege kann für die Errichtung oder die Erweiterung öffentlicher Krankenanstalten enteignet werden. Zur Durchführung des Enteignungsverfahrens ist die Landesregierung zuständig.

(2) Eine Enteignung ist nur zulässig, wenn die Bewilligung nach § 3 Abs. 1 bzw. § 5 Abs. 1 vorliegt.

(3) Im übrigen gelten für die Enteignung die Bestimmungen des 12. Abschnittes des Tiroler Straßengesetzes, LGBl. Nr. 13/1989, in der jeweils geltenden Fassung sinngemäß.

§ 8

Sperrung einer Krankenanstalt

(1) Die Landesregierung hat die vollständige oder teilweise Sperrung einer Krankenanstalt anzuordnen, wenn

- a) die Krankenanstalt ohne Betriebsbewilligung betrieben wird,
- b) sich nachträglich herausstellt, daß die Voraussetzungen für die Erteilung der Errichtungsbewilligung oder der Betriebsbewilligung nicht oder nicht mehr vorliegen, oder
- c) die Vorschriften dieses Gesetzes über den Betrieb von Krankenanstalten nicht eingehalten werden.

(2) Die Sperrung nach Abs. 1 lit. b oder c ist unter Festsetzung einer angemessenen Frist zur Behebung der Mängel vorher anzudrohen. In der Androhung der Sperrung nach Abs. 1 lit. b ist auf die Möglichkeit der Zurücknahme der Betriebsbewilligung hinzuweisen. Die Sperrung ist ohne vorhergehende Androhung anzuordnen, wenn eine unmittelbare Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen oder für die Sicherheit von Sachen besteht.

(3) Gleichzeitig mit der Sperrung der Krankenanstalt hat die Landesregierung die notwendigen Vorkehrungen für die Versorgung der Pfléglinge zu treffen.

(4) Die Sperrung ist aufzuheben, wenn die Gründe für ihre Anordnung weggefallen sind.

§ 9

Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Errichtungsbewilligung vorgeschrieben gewesene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

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

- a) eine für die Erteilung der Betriebsbewilligung vorgeschrieben gewesene Voraussetzung weggefallen ist oder
- b) ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorgekommen ist und dieser nicht binnen einer von der Landesregierung angemessen festzusetzenden Frist behoben wird oder
- c) der Betrieb der Krankenanstalt entgegen den bestehenden Vorschriften unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

(3) Die Landesregierung kann die Betriebsbewilligung zurücknehmen, wenn sonstige schwerwiegende Mängel (wie Überschreitung des Betriebsumfanges oder Verstöße gegen die §§ 11 und 12) trotz Aufforderung innerhalb einer angemessen festzusetzenden Frist nicht behoben werden oder wenn eine wiederholte Bestrafung wegen Übertretung der Bestimmungen des § 21 erfolgt ist.

(4) Die Bewilligung zur Errichtung einer Fondskrankenanstalt ist weiters zurückzunehmen, wenn deren Leistungsangebot oder deren Ausstattung mit medizinisch-technischen Großgeräten dem Tiroler Krankenanstaltenplan oder den Vorgaben einer Verordnung nach § 62a Abs. 2 widerspricht.

(5) Für das Wirksamwerden der Zurücknahme einer Bewilligung nach den Abs. 1 bis 4 ist eine angemessene Frist festzulegen, wobei auf die größtmögliche Schonung wohlervorbener Rechte Bedacht zu nehmen ist.

§ 9a

Patientenrechte

(1) Die Träger der Krankenanstalten haben unter Beachtung des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes sicherzustellen, daß

1. Pfleglinge Informationen über die ihnen zustehenden Rechte erhalten sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben und davon Abschriften oder Ablichtungen gegen Kostenersatz herstellen können;
2. Pfleglinge ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben sowie ihr Recht auf Zustimmung zur Behandlung bzw. auf aktive Beteiligung an den ihren Gesundheitszustand betreffenden Entscheidungsprozessen wahrnehmen können;
3. auf Wunsch des Pfleglings ihm oder Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden;
4. ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt bestehen und Vertrauenspersonen des Pfleglings im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung seines Gesundheitszustands auch außerhalb der Besuchszeiten Kontakt mit dem Pflegling aufnehmen können;
5. auf Wunsch des Pfleglings eine seelsorgerische Betreuung möglich ist;
6. auf Wunsch des Pfleglings eine psychologische Unterstützung möglich ist;
7. die Intimsphäre der Pfleglinge ausreichend gewahrt ist;
8. neben der Erbringung fachärztlicher Leistung auch für allgemeine medizinische Anliegen des Pfleglings ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zur Verfügung steht;
9. ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können;
10. bei der Leistungserbringung möglichst auf den im allgemeinen üblichen Lebensrhythmus abgestellt wird;
11. bei der stationären und ambulanten Versorgung von Kindern eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenzimmer gegeben ist;
12. für stationär aufgenommene Pfleglinge eine qualifizierte Pflege dauernd gesichert ist.

(2) Die Träger der öffentlichen sowie der privaten gemeinnützigen Krankenanstalten haben dafür Sorge zu tragen, dass für die in Betracht kommenden Organisationseinheiten ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie eingerichtet wird, sofern jeweils Wartezeiten von regelmäßig mehr als vier Wochen bestehen. Im Rahmen des transparenten Wartelistenregimes ist eine Reihung der Patienten vorzunehmen. Kriterien für die Reihung stellen dabei insbesondere die Art der Indikationsstellung für den Eingriff sowie die Dringlichkeit der Durchführung nach medizinischen Priorisierungskriterien dar. Die Gesamtzahl der vorgemerkten Patienten je Organisationseinheit sowie die davon auf die Sonderklasse entfallenden Patienten sind ebenfalls ersichtlich zu machen. Der für einen Eingriff vorgemerkte Patient ist auf Verlangen über die voraussichtliche Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Information auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

(3) Die Träger der Krankenanstalten haben den Pfleglingen klare Preisinformationen zur Verfügung zu stellen, soweit sie im Zeitpunkt der Aufnahme vorhersehbar sind und die Leistungen nicht über den Tiroler Gesundheitsfonds abgerechnet oder von einem inländischen Träger der Sozialversicherung oder von einer Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtung übernommen werden.

(4) Die Träger der Krankenanstalten haben den Pfleglingen auf Verlangen Auskünfte über die Haftpflichtversicherung nach § 6a zu geben.

§ 9b

Qualitätssicherung

(1) Die Träger der Krankenanstalten haben im Rahmen der Organisation der Krankenanstalt Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten möglich sind. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(2) Die Träger der Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu umfassen.

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

(4) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest je 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 einer Medizinischen Universität dienen, gehört der Kommission auch der Rektor oder ein von ihm vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität an.

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

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

II.

Regelung des inneren Betriebes von Krankenanstalten

§ 10

Anstaltsordnung

(1) Der Träger der Krankenanstalt hat deren inneren Betrieb durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Diese hat insbesondere Bestimmungen zu enthalten über:

- a) den Träger und die Art (§ 1 Abs. 3) der Krankenanstalt;
- b) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und bei Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen sowie in allfällige andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und allfällige zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung oder innerhalb von Abteilungen in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung;
- c) die Organisation der Krankenanstalt, bei bettenführenden Krankenanstalten insbesondere auch nähere Bestimmungen über die kollegiale Führung (§ 10a);
- d) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik) oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, oder in sonstigen Betriebsformen nach Abs. 7 aufgenommen werden;
- e) Regelungen betreffend die Leitung der in § 2b genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in Abs. 7 genannten Betriebsformen;
- f) Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;

- g) die Dienstpflichten aller in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, insbesondere auch einen Hinweis auf die Verschwiegenheitspflicht und die Ahndung ihrer Verletzung, sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
- h) den für die Aufnahme in die Krankenanstalt in Betracht kommenden Personenkreis und die Bedingungen der Aufnahme und der Entlassung der Pflegelinge;
- i) das von den Pflegelingen, den Besuchern und den sich zur Ausbildung in der Krankenanstalt befindlichen Personen zu beobachtende Verhalten;
- j) die Festlegung jener Räume, in denen das Rauchen gestattet ist;
- k) die Behandlung der Beschwerden von Pflegelingen, deren Angehörigen oder deren Vertrauenspersonen;
- l) Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten nach § 2b oder in dislozierten Betriebsformen nach Abs. 7;
- m) die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindenführhunde, Servicehunde und Signalhunde) und Therapiehunden (§39a des Bundesbehindertengesetzes, BGBl. Nr. 283/1990, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 57/2015) aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist.

(2) Die einzelnen Organisationseinheiten und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten, sofern nicht ohnehin eine Beschränkung der Bettenzahl nach § 2b Abs. 2 besteht. Stehen Betten für Pflegelinge verschiedener Organisationseinheiten im Sinn einer interdisziplinären Belegung zur Verfügung, so ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Pflegelinge jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit zugeordnet werden können.

(3) Die Anstaltsordnung darf keine Bestimmungen enthalten, die die Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruchs oder die Mitwirkung daran verbieten oder die Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, mit nachteiligen Folgen verbinden. Die Anstaltsordnung darf aber Bestimmungen enthalten, wonach die Aufnahme von Patienten zum Zwecke eines Schwangerschaftsabbruchs aus anderen als medizinischen Gründen ausgeschlossen wird.

(4) Die Anstaltsordnung und jede ihrer Änderungen bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu verweigern, wenn die Anstaltsordnung den Bestimmungen dieses Gesetzes nicht entspricht oder den ordnungsmäßigen Betrieb der Anstalt sonst nicht gewährleistet.

(5) Der Anstaltsträger hat

- a) die Anstaltsordnung an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen und allen in der Krankenanstalt tätigen Personen die Dienstobliegenheiten zur Kenntnis zu bringen. Dabei ist auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht nach § 14 besonders hinzuweisen;
- b) die Teile der Anstaltsordnung nach Abs. 1 lit. a, b, d, h, i, j und k den Pflegelingen in geeigneter Weise zugänglich zu machen;
- c) jenen Teil der Anstaltsordnung, der das Verhalten der Pflegelinge und Besucher regelt (Abs. 1 lit. i), an geeigneter, leicht zugänglicher Stelle auszuhängen.

(6) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor der Einholung der Genehmigung hat der Träger der Krankenanstalt das Rektorat der Medizinischen Universität zu hören.

(7) Neben einem auf eine Fachrichtung beschränkten, zeitlich uneingeschränkten Betrieb sind folgende Betriebsformen in Krankenanstalten zulässig:

1. Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Pflegelingen verschiedener Fachrichtungen, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen nach § 2b vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Pflegelinge jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten Fachrichtung zugeordnet werden können.
2. Wochenklinisch geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können auf die jeweilige Fachrichtung beschränkt oder interdisziplinär im Sinn der Z. 1 betrieben werden.
3. Tagesklinisch 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 auf die jeweilige Fachrichtung beschränkt oder interdisziplinär im Sinn der Z. 1 betrieben werden.
4. Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Pflegenden 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 Erstversorgungseinheiten als interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und erforderlichenfalls Weiterleitung der Pflegenden in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Ambulante Erstversorgungseinheiten können über eine angemessene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal acht Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung ihrer Aufgaben durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind Z. 4 und § 38 sinngemäß anzuwenden.

§ 10a

Kollegiale Führung

(1) Die Anstaltsordnung einer bettenführenden Krankenanstalt hat nähere Bestimmungen über die kollegiale Führung der Anstalt durch den ärztlichen Leiter, den verantwortlichen Leiter des Pflegedienstes und den Verwaltungsleiter zu enthalten. Die diesen Führungskräften nach diesem Gesetz zukommenden Aufgaben dürfen hiedurch nicht beeinträchtigt werden. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die kollegiale Führung ihre Aufgaben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 9b Abs. 3 erfüllen kann.

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

(3) Entscheidungen, die auch den Aufgabenbereich eines anderen Mitgliedes der kollegialen Führung wesentlich berühren, sind von den betreffenden Mitgliedern einvernehmlich zu treffen. Wenn kein Einvernehmen erzielt werden kann, hat der Träger der Krankenanstalt zu entscheiden. Jedes Mitglied der kollegialen Führung ist berechtigt, in Angelegenheiten, die auch den Aufgabenbereich eines anderen Mitgliedes wesentlich berühren, die Entscheidung durch den Träger der Krankenanstalt zu verlangen. Bei Gefahr im Verzug kann jedes Mitglied der kollegialen Führung die in seinem Aufgabenbereich erforderlichen Entscheidungen allein treffen. Den übrigen Mitgliedern der kollegialen Führung ist die getroffene Entscheidung unverzüglich zur Kenntnis zu bringen.

(4) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient und in der eine kollegiale Führung eingerichtet ist, ist der Rektor oder ein von ihm vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen.

§ 11

Ärztlicher Dienst

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

(2) Die Führung von Abteilungen, Departements oder Fachschwerpunkten und Instituten für die Behandlung bestimmter Krankheiten sowie von Laboratorien und Prosekturen darf nur Fachärzten des betreffenden medizinischen Sonderfaches, wenn ein solches nicht besteht, nur Fachärzten eines anderen hierfür in Betracht kommenden Sonderfaches übertragen werden. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen. Sofern bestehende Abteilungen der medizinischen Sonderfächer Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Unfallchirurgie zu einer Abteilung des medizinischen Sonderfaches Orthopädie und Traumatologie zusammengeführt werden, kann diese Abteilung von einem Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie oder von einem Facharzt für Unfallchirurgie geleitet werden, sofern in dieser Abteilung mindestens zwei Fachärzte des jeweils anderen medizinischen Sonderfaches tätig sind. In Abteilungen von Krankenanstalten, in deren Rahmen Departements geführt werden, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben für das Departement nicht dem mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt, sondern dem Leiter des Departements zu.

(3) Für jede Krankenanstalt ist ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes und der mit der ärztlichen Behandlung der Pflinglinge zusammenhängenden Aufgaben zu bestellen (ärztlicher Leiter). Zur Vertretung des ärztlichen Leiters ist ein geeigneter Arzt als Stellvertreter zu bestellen. Für Zahnambulatorien dürfen entsprechend dem vorgesehenen Leistungsspektrum nur Zahnärzte oder Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zum ärztlichen Leiter bestellt 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 als ärztlicher Leiter entweder ein geeigneter Zahnarzt oder ein geeigneter Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu bestellen. Dabei ist sicherzustellen, dass dem zahnärztlichen bzw. ärztlichen Dienst ausreichend Zahnärzte und Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie angehören. Zur Vertretung des ärztlichen Leiters ist ein in gleicher Weise qualifizierter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu bestellen. Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Stellvertreters hat auf Dauer oder befristet zu erfolgen. Die Bestellung des Stellvertreters des ärztlichen Leiters ist der Landesregierung schriftlich anzuzeigen. In Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben. Das Verfügungsrecht des Trägers der Krankenanstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt. Bei bettenführenden Krankenanstalten führt der ärztliche Leiter die Bezeichnung ärztlicher Direktor.

(4) Mit Bewilligung der Landesregierung kann bei Pflegeanstalten für chronisch Kranke (§ 1 Abs. 3 lit. c) von der Bestellung eines ärztlichen Leiters abgesehen werden, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt sichergestellt ist.

(5) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur (Prosektor) bedarf, sofern diese Stellen nicht aufgrund der universitätsrechtlichen Vorschriften zu besetzen sind, der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die bestellten Ärzte bzw. Zahnärzte die Voraussetzungen nach Abs. 1, 2 und 3 erfüllen und wenn die Bestimmungen der §§ 31 und 31a eingehalten worden sind. Die Genehmigung ist bei Erteilung der Betriebsbewilligung der Krankenanstalt gleichzeitig mit dieser, sonst vor Dienstantritt des Arztes bzw. des Zahnarztes zu erteilen. Die Bestellung der Leiter der Abteilungen (Primärärzte) ist der Landesregierung schriftlich anzuzeigen.

(6) Die Landesregierung hat eine nach Abs. 5 erteilte Genehmigung zu widerrufen, wenn

- a) die für ihre Erteilung maßgebend gewesenen Voraussetzungen weggefallen sind,
- b) nachträglich hervorkommt, dass sie nie gegeben waren oder
- c) die betreffenden Ärzte bzw. Zahnärzte sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen ihre Pflichten schuldig gemacht haben.

(7) Die nach den universitätsrechtlichen Vorschriften zur Besetzung von Stellen des ärztlichen Dienstes zuständigen Behörden haben der Landesregierung hierüber innerhalb einer angemessenen Frist Mitteilung zu machen.

§ 11a

(1) Die organisatorische Gliederung von Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck, die als Universitätskliniken oder als Klinische Institute in Klinische Abteilungen gegliedert sind, ist vom Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck mit der Medizinischen Universität Innsbruck abzustimmen. Der Organisationsplan für den Klinischen Bereich bedarf der Genehmigung der Landesregierung (§ 5).

(2) Kann im Hinblick auf die organisatorische Gliederung des Klinischen Bereiches oder deren Änderung kein Einvernehmen zwischen der Medizinischen Universität Innsbruck und dem Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck herbeigeführt werden, so kann der Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck Organisationseinheiten außerhalb des Klinischen Bereiches der Medizinischen Universität Innsbruck (bettenführend bzw. nicht bettenführend) einrichten, wenn dies erforderlich ist, um die öffentliche Anstaltspflege sicherzustellen.

(3) In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck, die als Universitätskliniken oder als Klinische Institute in Klinische Abteilungen gegliedert sind, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem nach § 11 Abs. 2 mit der Führung der Abteilung bzw. sonstigen Organisationseinheit betrauten Arzt, sondern dem Leiter der Klinischen Abteilung zu.

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

§ 12

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

- a) ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
- b) in Zentralkrankenanstalten uneingeschränkt Fachärzte aller in Betracht kommenden Sonderfächer anwesend sind; in Betracht kommende Sonderfächer sind über die in lit. c genannten hinaus jene, in denen im Hinblick auf ein akutes Komplikationsmanagement eine fachärztliche Anwesenheit erforderlich ist. Dabei ist die gebotene Anzahl anwesender Fachärzte sicherzustellen. Im Übrigen kann auch in Zentralkrankenanstalten im 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;
- c) in Schwerpunktkrankenanstalten jedenfalls in den Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist; im Übrigen kann im Nachtdienst sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von der ständigen Anwesenheit von Fachärzten in den weiteren bettenführenden Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;
- d) in Standardkrankenanstalten im Nachtdienst sowie im Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch mindestens einen in der Anstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie gewährleistet ist sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer eingerichtet ist; in der übrigen Zeit müssen auch in Standardkrankenanstalten Fachärzte des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend sein;
- e) in Fachschwerpunkten, sofern außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen wird, stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;
- f) in dislozierten Wochenkliniken die Bestimmungen zur Rufbereitschaft nach lit. c und d sinngemäß anzuwenden sind, wobei außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden kann, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Pflinglinge durch die Mutterabteilung sichergestellt ist;

- g) in dislozierten Tageskliniken außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden kann, wenn die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sichergestellt ist;
- h) die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Zahnärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können;
- i) in Krankenanstalten bzw. in Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist.

(2) In selbstständigen Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann anstelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 8/2016, und für Heilmasseure nach dem Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), BGBl. I Nr. 169/2002, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 8/2016, sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und Personal nach dem Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG), BGBl. I Nr. 89/2012, zuletzt geändert durch das BGBl. I Nr. 8/2016 und nach dem Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 89/2012, gewährleistet sind.

(3) Pfleglinge dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. Zahnmedizinischen Wissenschaft ärztlich bzw. zahnärztlich behandelt werden.

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

(5) Den Mitgliedern der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Tirol ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten und Einsicht in alle Unterlagen zu gewähren, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen. Weiters sind ihnen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 12a

Ethikkommission

(1) Zur Beurteilung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, der Anwendung neuer medizinischer Methoden und nicht-interventioneller Studien (biomedizinische Forschungsvorhaben) sowie angewandter medizinischer Forschung, der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden in Krankenanstalten in Tirol hat der Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses (Universitätskliniken) Innsbruck an dieser Anstalt eine Ethikkommission einzurichten. Er hat durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung der Ethikkommission zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen.

(2) Die Verpflichtung nach Abs. 1 besteht nicht, wenn durch einen schriftlichen Vertrag sichergestellt ist, dass eine an der Medizinischen Universität Innsbruck nach universitätsrechtlichen Vorschriften eingerichtete gleichwertige Kommission die Aufgaben der Ethikkommission nach Abs. 1 wahrnimmt. In diesem Fall hat der Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses (Universitätskliniken) Innsbruck der Kommission das erforderliche Hilfspersonal und die erforderlichen Sachmittel zur Verfügung zu stellen sowie den sonstigen aus der Besorgung der Aufgaben der Ethikkommission sich ergebenden Verwaltungsaufwand zu tragen.

(3) Die Ethikkommission ist rechtzeitig vor dem Beginn der Durchführung eines biomedizinischen Forschungsvorhabens, ausgenommen nicht-interventionelle Studien, zu befassen. Vor der Durchführung angewandter medizinischer Forschung, der Durchführung nicht-interventioneller Studien, der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden kann die Ethikkommission befasst werden. Die Ethikkommission hat ihre Stellungnahme ohne unnötigen Aufschub, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten unter Bezugnahme auf die eingereichten Unterlagen in schriftlicher Form abzugeben.

(4) Der Sponsor hat die Durchführung eines biomedizinischen Forschungsvorhabens in einer Krankenanstalt vor deren Beginn unter Anschluss der Stellungnahme der Ethikkommission dem

ärztlichen Leiter zu melden. Ebenso hat er auch dessen Beendigung zu melden. Gleichzeitig hat der Sponsor diese Meldungen abschriftlich der Ethikkommission zu übermitteln.

- (5) Die Beurteilung durch die Ethikkommission hat sich insbesondere zu beziehen auf
- a) die mitwirkenden Personen und die vorhandenen Einrichtungen,
 - b) den Prüfplan im Hinblick auf die Zielsetzung und die wissenschaftliche Aussagekraft sowie das Nutzen/Risiko-Verhältnis,
 - c) die Art und Weise, in der die Auswahl der Versuchspersonen durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen, wobei gegebenenfalls klarzustellen ist, dass der Versuchsperson kein persönlicher Nutzen aus der Teilnahme erwächst,
 - d) die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadensfalles im Zusammenhang mit dem biomedizinischen Forschungsvorhaben getroffen werden,
 - e) das Ausmaß, in dem die Teilnahme von Prüfern, Personal und Versuchspersonen diesen finanziell abgegolten wird,
 - f) die Art und Weise, in der sichergestellt ist, dass allen Mitarbeitern, die in die Durchführung des biomedizinischen Forschungsvorhabens oder in die Betreuung der Versuchspersonen eingebunden sind, alle relevanten Informationen zur Verfügung stehen.

(6) Neue medizinische Methoden im Sinn des Abs. 1 sind Methoden, die aufgrund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und der angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der medizinischen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, dass eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist, die jedoch in Österreich noch nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen. Vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode einschließlich neuer Behandlungskonzepte und -methoden sowie der Durchführung angewandter medizinischer Forschung hat der Leiter der Organisationseinheit, in deren Bereich das Forschungsprojekt, das Behandlungskonzept oder die medizinische Methode oder die Behandlungsmethode angewendet werden soll, die Ethikkommission zu befragen. Vor der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden hat der Leiter des Pflegedienstes die Ethikkommission zu befragen.

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

- a) einem Arzt, der im Inland zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt und weder ärztlicher Leiter der betreffenden Krankenanstalt noch Prüfer bzw. Klinischer Prüfer ist,
- b) einem Facharzt, der nicht Prüfer ist und in dessen Sonderfach das jeweilige biomedizinische Forschungsvorhaben oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt, oder gegebenenfalls einem Zahnarzt oder einem sonstigen entsprechenden Angehörigen eines Gesundheitsberufes, der nicht Prüfer ist,
- c) einem Vertreter des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege,
- d) einem Juristen mit Erfahrung auf den Gebieten des Strafrechts und des Schadenersatzrechts,
- e) einem Pharmazeuten mit wissenschaftlicher Erfahrung,
- f) einer Person, die über biometrische Expertise verfügt,
- g) einem Bediensteten der Tiroler Patientenvertretung,
- h) einem Vertreter einer repräsentativen Behindertenorganisation,
- i) einem Vertreter der Senioren, welcher einer Seniorenorganisation, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, entspricht, anzugehören hat,
- j) einem Vertreter der organisierten chronisch Kranken und
- k) einer weiteren, nicht unter die lit. a bis j fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorglicher Angelegenheiten in einer Krankenanstalt betraut ist oder die sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt.

Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen.

(8) Bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden hat der Ethikkommission überdies eine Person anzugehören, die über Expertise in Bezug auf Methoden der qualitativen Forschung verfügt.

(9) Erforderlichenfalls können von der Ethikkommission der ärztliche Leiter der Krankenanstalt, an der das biomedizinische Forschungsvorhaben durchgeführt wird, und weitere Experten beigezogen werden. Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist jedenfalls ein Technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen. Wird die Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen

klinischen Prüfung eines Arzneimittels befasst, so haben ihr weiters ein Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie anzuhören.

(10) Die Mitglieder der Ethikkommission haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie gegenüber dem Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses (Universitätskliniken) Innsbruck 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.

(11) Die Mitglieder der Ethikkommission scheidern durch Verzicht auf die Mitgliedschaft oder durch Widerruf der Mitgliedschaft aus dieser Funktion aus. Die Landesregierung hat die Bestellung von Mitgliedern der Ethikkommission zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für die Bestellung nicht mehr gegeben sind oder Umstände eintreten, die der ordnungsgemäßen Ausübung dieser Funktion voraussichtlich dauerhaft entgegenstehen.

(12) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Diese bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Keiner Genehmigung bedarf die Geschäftsordnung, wenn die Aufgaben der Ethikkommission von einer gleichwertigen Kommission im Sinn des Abs. 2 wahrgenommen werden.

(13) Der Leiter jener Organisationseinheit, an der ein Pflegeforschungsprojekt oder die Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden durchgeführt werden soll, hat das Recht, im Rahmen der Sitzung der Ethikkommission zu dem geplanten Pflegeforschungsprojekt oder der Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden Stellung zu nehmen.

(14) Über jede Sitzung der Ethikkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Das Protokoll bzw. der betreffende Teil davon ist

- a) dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt,
- b) bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfer,
- c) bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode, einem angewandten medizinischen Forschungsprojekt oder neuem Behandlungskonzept und -methode auch dem Leiter der Organisationseinheit,
- d) bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden auch dem Leiter des Pflegedienstes und den Leitern der betroffenen Organisationseinheiten

zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen wie Krankengeschichten nach § 15 aufzubewahren.

(15) Der Prüfer hat die Ethikkommission über etwaige nachträgliche Änderungen des Prüfplanes und über alle schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse, die während der klinischen Prüfung auftreten, sowie über nicht klinische und gegebenenfalls vorhandene klinisch relevante Daten und Ergebnisse, die während des Verlaufes der klinischen Prüfung verfügbar werden, zu informieren. Die Information hat unverzüglich und schriftlich zu erfolgen. Bei Änderungen, die möglicherweise zu einer Erhöhung des Risikos führen, ist die Ethikkommission neu zu befragen.

(16) Der Sponsor bzw. der sonst zur Befassung der Ethikkommission Berechtigte oder Verpflichtete hat für die Beurteilung eines Vorhabens nach Abs. 1 durch die Ethikkommission einen angemessenen Beitrag zu deren Verwaltungsaufwand an den Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses (Universitätskliniken) Innsbruck zu leisten.

(17) Die Mitglieder der Ethikkommission sind bei Ausübung dieser Funktion an keine Weisungen oder Aufträge gebunden.

(18) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über alle Angelegenheiten des Aufgabenbereiches der Ethikkommission zu informieren. Diese ist verpflichtet, der Landesregierung die verlangten Auskünfte zu erteilen. Davon ausgenommen sind Auskünfte über Krankengeschichten (§ 15 Abs. 1 lit. b).

§ 12b

Kinder- und Opferschutzgruppen, Gewaltschutzgruppen

(1) In allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde sind Kinderschutzgruppen einzurichten. Sofern dies der besseren Erfüllung der Aufgaben nach Abs. 2 dient, können auch für mehrere derartige Krankenanstalten gemeinsam Kinderschutzgruppen eingerichtet werden.

(2) Der Kinderschutzgruppe obliegt die Früherkennung von Gewalt an Kindern oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für

Gewalt an Kindern sowie die Früherkennung von häuslicher Gewalt an Opfern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

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

Die Kinderschutzgruppe kann im Einzelfall beschließen, einen Vertreter des zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträgers beizuziehen.

(4) In allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten sind Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten. Sofern dies der besseren Erfüllung der Aufgaben nach Abs. 5 dient, können auch für mehrere derartige Krankenanstalten gemeinsam Opferschutzgruppen eingerichtet werden.

(5) Der Opferschutzgruppe obliegt die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt an volljährig Betroffenen.

(6) Der Opferschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

- a) ein Facharzt für Unfallchirurgie sowie ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- b) ein Vertreter des Krankenpflagedienstes,
- c) eine Person, die zur psychologischen oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(7) Anstelle einer Kinderschutzgruppe und einer Opferschutzgruppe kann in einer Krankenanstalt auch eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden. Diese nimmt die Aufgaben sowohl nach Abs. 2 als auch nach Abs. 5 in der jeweiligen personellen Zusammensetzung nach Abs. 3 oder nach Abs. 6 wahr. Sofern dies der besseren Erfüllung der Aufgaben nach Abs. 2 und nach Abs. 5 dient, können auch für mehrere Krankenanstalten gemeinsam Gewaltschutzgruppen eingerichtet werden.

§ 13

Die Leitung des Krankenhauses hat dafür Sorge zu tragen, daß die seelsorgliche Betreuung der Kranken jeder Konfession durch die zuständigen Organe möglich ist.

§ 13a

Krankenhaushygiene

(1) Zur Besorgung der Aufgaben nach Abs. 4 ist für jede Krankenanstalt ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt bzw. für ein Zahnambulatorium ein sonst fachlich geeigneter, zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragter) zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Als sonst fachlich geeignet gilt ein Arzt nach erfolgreichem Besuch eines Schulungskurses über Krankenhaushygiene.

(2) In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit jedenfalls in Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten hauptberuflich auszuüben.

(3) In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

(4) Zu den Aufgaben der Krankenhaushygiene gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in Krankenanstalten und der damit im Zusammenhang stehenden Gesunderhaltung der Pflinglinge, des Personals und der sonstigen Betroffenen dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben ist ein Hygieneplan zu erstellen. Die Organe nach Abs. 1 bzw. nach Abs. 3 haben die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen hinsichtlich des bettenführenden Bereiches fachlich und inhaltlich zu begleiten. Die Überwachung (Surveillance) hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Die Organe nach Abs. 1 bzw. nach Abs. 3 sind 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 hierüber Beschlüsse zu fassen. Diese sind schriftlich an die Mitglieder der kollegialen Führung weiterzuleiten.

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

(6) In selbstständigen Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch der ärztliche Leiter ausüben. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

(7) Die Träger der bettenführenden Krankenanstalten haben der Landesregierung jährlich bis spätestens 31. März des Folgejahres einen Bericht über den Stand der Hygiene und die Durchführung von Maßnahmen auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene in dreifacher Ausfertigung vorzulegen.

§ 13b

Pflegedienst

(1) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist ein geeigneter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Zur Vertretung des verantwortlichen Leiters ist ein geeigneter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Stellvertreter zu bestellen. Der Leiter des Pflegedienstes führt die Bezeichnung „Pflegedirektor“.

(2) In Krankenanstalten mit mehr als 100 Betten ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben.

(3) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Weg der Arbeitskräfteüberlassung nach dem Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 104/2005, so ist das im § 35 Abs. 2 Z 1 und im § 90 Abs. 2 Z 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 90/2006, festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.

§ 13c

Technischer Sicherheitsbeauftragter

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

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

(3) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat bei seiner Tätigkeit mit den zur Wahrnehmung des Schutzes des Lebens und der Gesundheit von Menschen nach den strahlenschutzrechtlichen und den arbeitnehmerschutzrechtlichen Vorschriften bestellten Personen zusammenzuarbeiten.

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

§ 13d

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

Die Träger der Krankenanstalten haben eine ausreichende Fortbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals sicherzustellen.

§ 13e

Information über die Tiroler Patientenvertretung

(1) Die Träger der Krankenanstalten haben die Pfléglinge in geeigneter Weise über die Tiroler Patientenvertretung und deren Erreichbarkeit zu informieren.

(2) Auf Wunsch eines Pfléglings haben die Träger der Krankenanstalten eine an die Tiroler Patientenvertretung gerichtete Beschwerde entgegenzunehmen und unverzüglich an diese weiterzuleiten.

§ 13f

Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung

Die Träger bettenführender Krankenanstalten sowie sonstiger nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommender Krankenanstalten haben zur Gewährleistung des Patientenrechtes nach § 9a Z 6 eine ausreichende klinischpsychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie sicherzustellen.

§ 13g

Supervision

Die Träger bettenführender Krankenanstalten sowie sonstiger nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommender Krankenanstalten haben 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 auszuüben.

§ 14

Verschwiegenheitspflicht

(1) Alle in einer Krankenanstalt tätigen Personen sowie jene, die zu Ausbildungszwecken Zutritt in die Anstalt haben, sind zur Verschwiegenheit über alle den Gesundheitszustand von Pfléglingen betreffenden Umstände und über deren persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse verpflichtet, die ihnen in Ausübung ihres Berufes oder anlässlich ihrer Ausbildung bekannt geworden sind, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Bei Eingriffen, die der Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zweck der Transplantation dienen, ist auch über die Person des Spenders und des Empfängers Verschwiegenheit zu bewahren.

(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.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten auch für alle bei den Anstaltsträgern beschäftigten Personen sowie für alle für die Ethikkommission tätigen Personen und für die Mitglieder der Ausbildungskommission (§ 12 Abs. 5).

(4) Die in einer Krankenanstalt tätigen Personen können gegenüber Dritten im Einzelfall Auskunft darüber erteilen, ob ein Pflégling in die Krankenanstalt aufgenommen ist und wo er angetroffen werden kann, sofern der Pflégling eine solche Auskunftserteilung nicht untersagt hat.

§ 15

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen

(1) Die Träger der Krankenanstalten haben

a) über die Aufnahme und die Entlassung der Pfléglinge Vormerke zu führen sowie im Fall der Ablehnung der Aufnahme und bei Aufnahme nach § 33 Abs. 1 zweiter Satz die jeweils dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;

b) Krankengeschichten anzulegen, in denen

1. die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Pfléglings zur Zeit der Aufnahme (status praesens), der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Darreichungsform) und Aufklärung des Pfléglings und

2. sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen und einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung, sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, darzustellen sind;
- c) über jede Entnahme von Organen oder Organteilen eines Verstorbenen zum Zweck der Transplantation sowie über jede Entnahme von Zellen oder Gewebe eines Verstorbenen zur Verwendung beim Menschen eine Niederschrift aufzunehmen, die einen Bestandteil der Krankengeschichte bildet;
- d) die Krankengeschichten mindestens 30 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder auf anderen gleichwertigen Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss, aufzubewahren. Die Verwahrung muß so erfolgen, daß eine mißbräuchliche Kenntnisnahme ihres Inhaltes ausgeschlossen ist. Röntgenbilder, Videoaufnahmen und andere Hilfsmittel zur Erstellung von Befunden sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren;
- e) den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, weiters den Versicherungsträgern im Sinne des § 52 und den Organen des Tiroler Gesundheitsfonds oder den von ihnen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der ihnen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten, Zahnärzten oder Krankenanstalten auf Verlangen kostenlos Abschriften oder Ablichtungen von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfléglingen zu übermitteln;
- f) den mit Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes betrauten Behörden alle Mitteilungen zu erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften erforderlich sind;
- g) bei der Führung der Krankengeschichte Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 des Patientenverfügungs-Gesetzes, BGBl. I Nr. 55/2006) des Pfléglings zu dokumentieren;
- h) im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche zur Heranziehung zu Unterrichtszwecken (§ 44 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten) und zur Entnahme von Organen (§ 5 Abs. 1 des Organtransplantationsgesetzes) zu dokumentieren.
- (2) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen
1. nach Abs. 1 lit. b Z 1 dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt, gegebenenfalls dem für die zahnärztliche Behandlung Verantwortlichen, und
 2. nach Abs. 1 lit. b Z 2 der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.
- (3) Die Niederschrift nach Abs. 1 lit. c hat jedenfalls Angaben darüber zu enthalten, wie der Tod festgestellt wurde, wann der Tod eingetreten ist, welche Organe oder Organteile entnommen wurden und wann die Entnahme durchgeführt wurde. Die Niederschrift ist vom Arzt, der den Tod festgestellt hat, und vom Arzt, der die Entnahme durchgeführt hat, zu unterfertigen.
- (4) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch Abs. 1 nicht berührt.
- (5) Für ambulante Untersuchungen und Behandlungen gilt Abs. 1 sinngemäß mit der Maßgabe, daß die Aufbewahrungsfrist mindestens zehn Jahre beträgt.
- (6) 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 sonstigen Vormerke im Sinne des Abs. 1 lit. a nicht geführt werden.

§ 16

Wirtschaftsführung

- (1) Für jede Krankenanstalt sind von ihrem Träger eine geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen, technischen und personellen Angelegenheiten (Verwaltungsleiter) und das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen. Zur Vertretung des Verwaltungsleiters ist eine geeignete Person als Stellvertreter zu bestellen. Das Verfügungsrecht des Trägers der Krankenanstalt in wirtschaftlichen, administrativen, technischen und personellen Angelegenheiten bleibt unberührt. Bei bettenführenden Krankenanstalten führt der Verwaltungsleiter die Bezeichnung „Verwaltungsdirektor“.
- (2) In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Verwaltungsleiter Entscheidungen, die den ärztlichen Betrieb der Anstalt berühren, im Einvernehmen mit dem ärztlichen Leiter zu treffen.

(3) Für die Ausbildung und Fortbildung der in der Verwaltung und Leitung der Krankenanstalt tätigen Personen hat der Träger der Krankenanstalt zu sorgen.

(4) Ist der Träger der Krankenanstalt eine physische Person und selbst mit der Führung der wirtschaftlichen, administrativen, technischen und personellen Angelegenheiten befaßt, so kann von der Bestellung eines Verwaltungsleiters abgesehen werden.

§ 16a

Personalplanung

Die Träger der bettenführenden Krankenanstalten haben regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen und auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hiefür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.

Wirtschaftsaufsicht

§ 17

(1) Erhält eine Krankenanstalt aus Mitteln des Bundes, des Landes, einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand oder finanzielle Zuwendungen aus dem Tiroler Gesundheitsfonds, so unterliegt sie der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.

(2) Die Anstaltsträger haben

- a) ihr Vermögen durch genaue Inventare in ständiger Übersicht zu halten und über ihre Einnahmen und Ausgaben gewissenhaft Aufzeichnungen zu führen, aus denen die für den Betrieb der betreffenden Krankenanstalt auflaufenden Kosten und deren Zuordnung zu den einzelnen Kostenstellen ersichtlich sind;
- b) ihre Verwaltung und Wirtschaftsführung planmäßig, wirtschaftlich und sparsam zu halten und Ausgaben zu vermeiden, die für den Betrieb, die Erhaltung und die Erweiterung der Krankenanstalt nicht unbedingt erforderlich sind;
- c) jährlich bis spätestens 31. Dezember den Voranschlag mit dem Dienstpostenplan für das folgende Jahr und bis spätestens 30. April des dem Haushaltsjahr nachfolgenden Jahres den Rechnungsabschluß (Bilanz mit Gewinn- und Verlustrechnung) der Landesregierung zur Genehmigung vorzulegen. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn Verstöße gegen die Bestimmungen der lit. a oder b festgestellt werden;
- d) den mit der Handhabung der Wirtschaftsaufsicht betrauten Organen unter Rücksicht auf einen ungestörten Anstaltsbetrieb jederzeit Zutritt zu allen Räumen, Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt und Einsicht in alle die Wirtschaftsführung betreffenden Aufzeichnungen zu gewähren, alle bezüglichen Auskünfte zu erteilen und auf Verlangen Abschriften und Kopien von allen Unterlagen anfertigen zu lassen.

(3) Die Landesregierung hat unter Beachtung des Abs. 2 lit. a nähere Vorschriften über eine einheitliche Form der Buchführung zu erlassen.

(4) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht für jene Krankenanstalten, deren Anstaltsträger das Land Tirol ist.

§ 18

(1) Der Abschluß von Verträgen nach § 49 bedarf, soweit sich diese Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Träger nicht das Land ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(2) Verträge nach Abs. 1 sind vom Anstaltsträger innerhalb von drei Wochen nach Vertragsabschluß der Landesregierung vorzulegen.

(3) Die Genehmigung ist zu versagen, wenn der Vertrag gesetzwidrig ist oder Bestimmungen enthält, welche die ordnungsgemäße Führung der Anstalt gefährden. Liegen keine Gründe für die Versagung vor, so ist die Genehmigung zu erteilen. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Landesregierung sie nicht innerhalb von vier Wochen nach Vorlage (Abs. 2) schriftlich versagt.

§ 19

Ärzteausbildung

Die Träger der Fondskrankenanstalten haben dafür Sorge zu tragen, dass entsprechend dem ausgewiesenen Leistungsspektrum für den künftigen Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung steht. Dabei ist auf die Beratungsergebnisse der Kommission für die ärztliche Ausbildung nach Artikel 44 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 in der Fassung BGBl. I Nr. 199/2013, Bedacht zu nehmen.

§ 21

Verbot unsachlicher oder unwahrer Information

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

HAUPTSTÜCK C

Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten

I.

Begriff und allgemeine Bestimmungen

§ 22

Begriff

Öffentliche Krankenanstalten sind Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 lit. a, b und c bezeichneten Arten, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen wurde.

Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 23

Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt verliehen werden, wenn sie gemeinnützig ist und den Vorgaben des Tiroler Krankenanstaltenplanes entspricht, die Erfüllung der ihr nach diesem Gesetz obliegenden Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und wenn sie vom Bund, vom Land, von einer Gemeinde, einem Gemeindeverband, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird. Ist der Träger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft, so hat er weiters nachzuweisen, daß er über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt. Ein Anspruch auf die Verleihung besteht nicht.

§ 24

Eine Krankenanstalt gilt als gemeinnützig, wenn

- a) ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
- b) jede anstaltsbedürftige Person nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird;
- c) die Pfleglinge so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, als es ihr Gesundheitszustand nach dem Ermessen des behandelnden Arztes erfordert;
- d) für die ärztliche Behandlung und die Pflege sowie, unbeschadet der Aufnahme in die Sonderklasse, für die Verpflegung und die Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Pfleglinge maßgebend ist;
- e) die LKF-Gebühren bzw. die Pflegegebühren für gleiche Leistungen der Krankenanstalt und die Sondergebühren für alle Pfleglinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung und auf Tag- oder Nachtbetrieb oder den halbstationären Bereich in gleicher Höhe festgesetzt sind;
- f) die Bediensteten der Krankenanstalt von Pfleglingen oder deren Angehörigen, unbeschadet des § 41, nicht unmittelbar entlohnt werden dürfen;

- g) die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.

Sicherstellung öffentlicher Anstaltspflege

§ 25

(1) Das Land Tirol hat die Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 33 Abs. 3), die in Tirol einen Wohnsitz haben, unter Bedachtnahme auf den Tiroler Krankenanstaltenplan (§ 62a) entweder durch die Errichtung und den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Trägern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. 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 zweier oder mehrerer Länder wohnen, kann die Krankenanstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden, daß diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes aufgenommen werden.

(2) Weiters ist sicherzustellen, daß für anstaltsbedürftige Personen, insbesondere für unabweisbare Kranke (§ 33 Abs. 4), eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse vorhanden ist.

§ 26

Angliederungsverträge

(1) Zwischen Trägern öffentlicher Krankenanstalten sowie zwischen Trägern öffentlicher und privater Krankenanstalten können mit Genehmigung der Landesregierung Angliederungsverträge abgeschlossen werden, in denen die stationäre und/oder ambulante Behandlung der Pfleglinge der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederten Krankenanstalt) unter der ärztlichen Aufsicht und auf Rechnung der Hauptanstalt vereinbart wird. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Angliederung im Interesse der Sicherstellung öffentlicher Anstaltspflege erforderlich ist und dem Tiroler Krankenanstaltenplan entspricht.

(2) Liegt eine der beteiligten Krankenanstalten nicht in Tirol, so bedarf der Angliederungsvertrag zu seiner Rechtswirksamkeit auch der Genehmigung durch die mitbeteiligte Landesregierung nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften.

(3) Im Falle eines Angliederungsvertrages gelten die von der Hauptanstalt in der angegliederten Anstalt stationär und/oder ambulant behandelten Pfleglinge als Pfleglinge der Hauptanstalt.

(4) Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Angliederung dem Tiroler Krankenanstaltenplan widerspricht. Für das Wirksamwerden des Widerrufs ist eine angemessene Frist festzulegen.

§ 26a

Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten

(1) Eine örtlich getrennte Unterbringung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten nach § 2a Abs. 3 im grenznahen Gebiet eines Nachbarstaates ist nur für einzelne Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten in ihrer Gesamtheit zulässig und bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur räumlich beschränkt für beiderseits in Grenznähe gelegene Krankenanstalten und nur dann erteilt werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- a) der Standard von Behandlung und Pflege muss aufgrund der im ausländischen Staatsgebiet geltenden Rechtslage und aufgrund des Kooperationsübereinkommens jenem Standard entsprechen, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
- b) das Vorhaben muss im Tiroler Krankenanstaltenplan vorgesehen sein,
- c) es muss den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen werden,
- d) auf den Behandlungsvertrag muss österreichisches Recht zur Anwendung kommen und es muss ein österreichischer Gerichtsstand gegeben sein,
- e) die Behandlung und Pflege von Pfleglingen muss ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung erfolgen.

(2) Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn eine der Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht oder nicht mehr vorliegt.

(3) Bei der dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer im Ausland gelegenen Krankenanstalt in einer Krankenanstalt in Tirol hat ausschließlich die Behandlung und Pflege von Pfleglingen der im Ausland gelegenen Krankenanstalt und ausschließlich durch das Personal und unter der Leitung der im Ausland gelegenen Krankenanstalt zu erfolgen.

§ 27

Verleihung und Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes

(1) Das Öffentlichkeitsrecht wird von der Landesregierung verliehen. Die Verleihung ist im Boten für Tirol zu verlautbaren.

(2) Bei Erweiterung einer öffentlichen Krankenanstalt durch Errichtung einer neuen Abteilung, einer sonstigen bettenführenden Organisationseinheit oder eines neuen Ambulatoriums, bei ihrer Verlegung und bei sonstigen erheblichen Veränderungen in ihrem Betrieb sind die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht erneut zu überprüfen. Hat die Überprüfung ergeben, daß die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, ist das Öffentlichkeitsrecht von der Landesregierung zu entziehen. Die Entziehung ist im Boten für Tirol zu verlautbaren.

(3) Das Öffentlichkeitsrecht ist zu entziehen, wenn eine der vorgeschrieben gewesenen Voraussetzungen für die Verleihung nachträglich weggefallen ist oder wenn nachträglich hervorkommt, daß eine der Voraussetzungen für die Verleihung nicht gegeben war und dieser Mangel noch andauert.

(4) Mit der rechtskräftigen Zurücknahme der Errichtungsbewilligung oder der Betriebsbewilligung für eine öffentliche Krankenanstalt erlischt das ihr verliehene Öffentlichkeitsrecht.

§ 28

Betriebsunterbrechung und Auflassung

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

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 17) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn durch den Verzicht die Sicherstellung einer Krankenhausbehandlung (§ 1) im betreffenden Bereich nicht gefährdet wird. Bei einer Fondskrankenanstalt im Sinn des Tiroler Gesundheitsfondsgesetzes hat die Landesregierung das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

Bestimmungen über Gebührenklassen

§ 29

Sonderklasse

(1) Neben der allgemeinen Gebührenklasse kann eine Sonderklasse geführt werden. Der Anstaltsträger hat die Führung einer Sonderklasse der Landesregierung unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Der Anzeige ist ein Verzeichnis der betreffenden Krankenzimmer mit Angabe der jeweiligen Bettenanzahl anzuschließen.

(2) Die Sonderklasse hat höheren Ansprüchen hinsichtlich der Verpflegung und der Unterbringung, insbesondere durch eine niedrigere Bettenanzahl in den Krankenzimmern und eine bessere Ausstattung und Lage der Krankenzimmer, zu entsprechen.

§ 30

In der Sonderklasse dürfen Pfleglinge – unbeschadet der Bestimmung des § 33 Abs. 5 – nur auf ihr Verlangen aufgenommen werden. Der Pflegling hat sich bei der Aufnahme durch eine schriftliche Erklärung zu verpflichten, die LKF-Gebühren und die Sondergebühren zu tragen. Zuvor ist der Pflegling über die voraussichtliche Höhe dieser Gebühren sowie über die Honorarberechtigung der Ärzte zu informieren. Es kann von ihm eine Vorauszahlung auf die zu erwartenden Gebühren in angemessener Höhe verlangt werden.

§ 31

Stellenausschreibung

(1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, ein Departement, einen Fachschwerpunkt, ein Ambulatorium oder eine Prosektur in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder die als ständige Konsiliarärzte oder Konsiliarzahnärzte bestellt werden sollen, und die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapothek betraut werden sollen, sind, soweit im Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist, öffentlich auszuschreiben. Hiebei ist für die Bewerbung eine Frist von mindestens sechs Wochen einzuräumen.

(2) Die Stellen, die aufgrund der universitätsorganisationsrechtlichen Vorschriften besetzt werden, sind von den Bestimmungen des Abs. 1 ausgenommen.

(3) Die Bewerber haben alle Nachweise über ihre Ausbildung und bisherige fachliche Tätigkeit (Lebenslauf) sowie allenfalls ein Verzeichnis der von ihnen verfaßten wissenschaftlichen Schriften vorzulegen. Die Ärzte- oder Apothekerkammer ist von der Ausschreibung zu verständigen.

(4) Die Bewerbungsgesuche sind, soweit im § 31a nichts anderes bestimmt ist, dem Landessanitätsrat zur Erstattung eines Gutachtens über die fachliche Befähigung der Bewerber vorzulegen. Das Gutachten hat eine Reihung der Bewerber mit eingehender Begründung zu enthalten.

(5) Dem Antrag auf Genehmigung der Bestellung eines ärztlichen Leiters (Prosektors) sind die Bewerbungsgesuche aller Bewerber sowie die Unterlagen des Bestellten anzuschließen.

§ 31a

(1) Ist ein Gemeindeverband der Anstaltsträger, so sind die Bewerbungsgesuche der Reihungskommission (Abs. 2) vorzulegen.

(2) Die Reihungskommission ist beim Amt der Landesregierung einzurichten. Ihr gehören an:

- a) der Gemeindeverbandsobmann als Vorsitzender;
- b) der Bürgermeister der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt ihren Sitz hat;
- c) ein vom Gemeindeverbandsausschuß zu bestellendes Mitglied;
- d) drei von der Landesregierung auf Vorschlag des Landessanitätsrates zu bestellende Mitglieder.

(3) Die Mitglieder nach Abs. 2 lit. d sind unter Bedachtnahme auf die Eigenart der ausgeschriebenen Stelle anlässlich jeder Ausschreibung neu zu bestellen.

(4) Die Reihungskommission hat die Bewerber im Hinblick auf ihre fachliche Befähigung in einem Dreivorschlag zu reihen. Bei der Besetzung der Stelle eines ärztlichen Leiters ist neben der fachlichen Befähigung auch die Fähigkeit zur Leitung eines Krankenhauses zu berücksichtigen. Die Reihung ist zu begründen.

(5) Die Reihungskommission ist beschlußfähig, wenn die Einberufung ordnungsgemäß erfolgt und mindestens die Hälfte der Mitglieder, darunter der Vorsitzende, anwesend ist. Zu einem Beschluß ist die Mehrheit der Stimmen der anwesenden Mitglieder erforderlich. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Eine Stimmenthaltung gilt als Ablehnung.

(6) Die Landesregierung hat durch Verordnung eine Geschäftsordnung für die Reihungskommission zu erlassen, die insbesondere nähere Bestimmungen über die Einberufung der Sitzungen, die Abstimmung sowie über die Entschädigung der Mitglieder und den Ersatz der Fahrtkosten zu enthalten hat.

§ 31b

Arzneimittelkommission

(1) Die Träger der 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:

- a) das Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste); bei sachlicher Rechtfertigung kann im Hinblick auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot der Krankenanstalt eine Einschränkung der Arzneimittelliste auf Arzneimittel bestimmter Indikationsgruppen bzw. Wirkstoffgruppen vorgenommen werden;
- b) die Anpassung der Arzneimittelliste;
- c) die Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln;
- d) die Analyse der Abweichungen von der Arzneimittelliste (Abs. 5).

(3) Die Träger der Krankenanstalten haben sicherzustellen, dass die Arzneimittelkommission bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission in Angelegenheiten der gemeinsamen Medikamentenkommission nach § 13 Abs. 2 des Gesundheits-Zielsteuergesetzes, BGBl. I Nr. 81/2013, sowie insbesondere nachstehende Grundsätze berücksichtigt:

- a) Für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Pflegelinge maßgeblich.
- b) Die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen.

- c) Die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Pflinglinge mit Arzneimitteln sichergestellt ist.
- d) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen kann.

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

- a) von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
- b) gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, z. B. therapeutisch gleichwertige, Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher sind, ergriffen werden;
- c) bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Fall einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden;
- d) bei der Auswahl der Arzneimittel pro Wirkstoff und Darreichungsform, soweit möglich, nur eine Arzneimittelspezialität in die Arzneimittelliste aufgenommen wird;
- e) vor der Aufnahme in die Arzneimittelliste eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt wird;
- f) für den Einsatz kostenintensiver Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste enthalten sind, besondere Anforderungsbedingungen festgelegt werden.

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

(6) Die Zusammensetzung der Arzneimittelkommission hat sich nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Der Arzneimittelkommission haben jedenfalls der ärztliche Leiter der Krankenanstalt, der Leiter der Anstaltsapothek, ein Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie, ein Arzt der Tiroler Gebietskrankenkasse als Vertreter der Sozialversicherungsträger sowie weitere Fachärzte der hauptsächlich in Betracht kommenden medizinischen Sonderfächer anzugehören. Sofern keine Anstaltsapothek betrieben wird, hat der Arzneimittelkommission ein Apotheker der Lieferapothek anzugehören, wenn diese die Aufgaben nach § 32 Abs. 5 wahrnimmt, ansonsten der bestellte Konsiliarapotheker.

(6a) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission scheidern durch Verzicht auf die Mitgliedschaft oder Widerruf der Mitgliedschaft aus dieser Funktion aus. Die Landesregierung hat die Bestellung von Mitgliedern der Arzneimittelkommission zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für die Bestellung nicht mehr gegeben sind oder Umstände eintreten, die der ordnungsgemäßen Ausübung dieser Funktion voraussichtlich dauerhaft entgegenstehen.

(6b) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie gegenüber dem Träger der Krankenanstalt offenzulegen. Sie haben sich ihrer Tätigkeit in der Arzneimittelkommission – 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.

(7) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission haben aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden zu wählen. Der Vorsitzende hat die Arzneimittelkommission nach Bedarf, mindestens jedoch viermal jährlich einzuberufen. Die Arzneimittelkommission ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder, darunter der Vorsitzende und ein Apotheker, anwesend ist. Die Arzneimittelkommission fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Über jede Sitzung der Arzneimittelkommission ist eine Niederschrift aufzunehmen. Wird eine Anstaltsapothek betrieben, so hat sich die Arzneimittelkommission zur Besorgung ihrer Geschäfte der Anstaltsapothek zu bedienen.

(8) Die Arzneimittelkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Diese hat unter Beachtung der Bestimmungen des Abs. 7 insbesondere Regelungen über die Einberufung der Sitzungen,

die Erstellung der Tagesordnung, die Durchführung der Sitzungen, die Beschlussfassung und die Aufnahme von Niederschriften zu enthalten. Die Niederschrift hat jedenfalls zu enthalten:

- a) die Namen der anwesenden Mitglieder und die Namen der entschuldigt oder unentschuldigt ferngebliebenen Mitglieder,
- b) den Ort und den Tag der Sitzung,
- c) die Tagesordnung,
- d) den Inhalt der gefassten Beschlüsse unter Angabe des Abstimmungsergebnisses.

In der Geschäftsordnung ist auch festzulegen, dass die Vorgangsweise nach Abs. 4 lit. c mit dem der Arzneimittelkommission angehörenden Arzt der Tiroler Gebietskrankenkasse abzustimmen ist.

(9) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission sind in Ausübung dieser Funktion an keine Weisungen oder Aufträge gebunden.

(10) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über alle Angelegenheiten des Aufgabenbereiches der Arzneimittelkommission zu informieren. Diese ist verpflichtet, der Landesregierung die verlangten Auskünfte zu erteilen.

§ 32

Arzneimittelvorrat

(1) In öffentlichen Krankenanstalten, an denen Anstaltsapotheken nicht bestehen, muss ein ausreichender Vorrat an Arzneimitteln, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind, vorhanden sein. Für die Bezeichnung und Verwahrung sind die für ärztliche Hausapotheken geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Anfertigungen oder sonstige Zubereitungen von Arzneimitteln sind nicht zulässig. Arzneien dürfen an die Pfleglinge nur unter der Verantwortung eines Arztes verabreicht werden.

(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde, allenfalls, soweit nicht die Gebietskörperschaften als Anstaltsträger über eigene Fachkräfte verfügen, unter Beiziehung eines Bediensteten des Bundesinstitutes für Arzneimittel in Wien mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen.

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

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

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

§ 32a

Blutdepot

(1) In allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten sowie in öffentlichen Sonderkrankenanstalten mit onkologischer Versorgung sind Blutdepots einzurichten. Von der Errichtung eines Blutdepots kann abgesehen werden, wenn durch ein außerhalb der jeweiligen Krankenanstalt eingerichtetes Blutdepot, das den Anforderungen nach Abs. 2 entspricht, sichergestellt ist, dass eine ausreichende Versorgung dieser Krankenanstalt gewährleistet ist.

(2) Blutdepots dienen der Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen sowie der Durchführung der Kompatibilitätstests für krankenhausinterne Zwecke. Sie sind von einem fachlich geeigneten Facharzt zu leiten und mit dem zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen und fachlich qualifizierten Personal auszustatten. Der Leiter und das Personal müssen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig und regelmäßig auf den neuesten Stand der Wissenschaft gebracht werden.

(3) Für die Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen ist ein auf den Grundsätzen der guten Herstellungspraxis basierendes Qualitätssicherungssystem einzuführen und zu betreiben. Die

Bestandteile des Qualitätssicherungssystems, wie Qualitätssicherungshandbuch, Standardarbeitsanweisungen und Ausbildungshandbücher sind mindestens einmal jährlich oder bei Bedarf auf den neuesten Stand der Wissenschaft zu bringen.

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

(5) Die Lagerung und die Verteilung von Blut und Blutbestandteilen durch die Blutdepots haben den Anforderungen nach Art. 29 lit. e der Richtlinie 2002/98/EG zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen zu entsprechen.

§ 32b

Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch

Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch dürfen nur in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten mit Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe betrieben werden.

§ 32c

Hubschrauberlandeplatz

Im Bereich einer allgemeinen öffentlichen Krankenanstalt ist, sofern dies nach den örtlichen Verhältnissen möglich ist, ein geeigneter Landeplatz für Rettungshubschrauber anzulegen und betriebsbereit zu halten.

§ 33

Aufnahme von Pflegelingen

(1) Pflegelinge dürfen nur durch die Anstaltsleitung aufgrund einer Untersuchung durch den hiezu bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden. Soll die Aufnahme des Pflegelings nur für längstens einen Tag (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen, für das eine Abteilung, ein Departement oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden sind, so dürfen nur solche Pflegelinge aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles das Vorhandensein einer solchen Organisationseinheit für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird.

(2) Die Aufnahme von Pflegelingen 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 Personen,

- a) deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Anstaltspflege erfordert;
- b) die ein Versicherungsträger (§ 52) oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zwecke einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist;
- c) an denen eine klinische Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinprodukts durchgeführt werden soll, auch wenn es sich um gesunde Personen handelt;
- d) die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Durchführung von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen.

(4) Als unabweisbar im Sinne des Abs. 2 gelten Personen, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Als unabweisbar gelten auch Personen, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden.

(5) Ist die Aufnahme einer unabweisbaren Person in die allgemeine Gebührenklasse wegen Platzmangels nicht möglich, so hat sie die Anstaltsleitung ohne Verrechnung von Mehrkosten solange in die Sonderklasse aufzunehmen, bis der Platzmangel in der allgemeinen Gebührenklasse behoben ist und der Zustand des Pflegelings die Verlegung zuläßt.

(6) Im Fall der Behandlung eines Pfleglings in fachrichtungsbezogenen Organisationsformen (§ 2b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 10 Abs. 7) ist der Pflegling jener Krankenanstalt zuzurechnen, in der er sich befindet.

§ 34

Erste Hilfe, Begleitperson

(1) Die unbedingt notwendige Erste ärztliche Hilfe darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden.

(2) 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 Anstaltspflege zu nehmen.

(3) In sonstigen Fällen ist die Aufnahme nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen im Interesse der Pfleglinge zulässig, wenn die Unterbringung der Begleitperson nach Maßgabe der räumlichen Verhältnisse in der Krankenanstalt möglich ist.

§ 35

Entlassung von Pfleglingen

(1) Pfleglinge, die der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, sind zu entlassen. Anstaltsbedürftige Pfleglinge sind zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig und sichergestellt ist.

(2) Wünschen der Pflegling, seine Angehörigen oder sein gesetzlicher Vertreter die vorzeitige Entlassung, so hat der behandelnde Arzt bzw. Zahnarzt auf allfällige für die Gesundheit nachteilige Folgen aufmerksam zu machen und darüber eine Niederschrift aufzunehmen. Eine vorzeitige Entlassung ist nicht zulässig, wenn der Pflegling auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde in Krankenanstaltspflege eingewiesen worden ist.

(3) Aus der Anstaltspflege zu entlassen sind auch Pfleglinge, bei denen sich im Laufe der Anstaltsbehandlung Unheilbarkeit ergeben hat, und unheilbar Kranke oder Sieche, die einer anderen Krankheit wegen aufgenommen wurden, sobald sie dieser anderen Krankheit wegen Anstaltspflege nicht mehr bedürfen.

(4) Die Anstaltsärzte haben vor jeder Entlassung festzustellen, ob der Pflegling geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird.

(5) Kann der Pflegling nicht sich selbst überlassen werden, ist der Träger der Sozialhilfe rechtzeitig von der Entlassung zu verständigen, wenn nicht die Übernahme des Pfleglings durch Angehörige oder sonst ihm nahestehende Personen bereits feststeht.

(6) Bei der Entlassung eines Pfleglings 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, die Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseur zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat. In diesem sind die Angaben und Empfehlungen bzw. Anordnungen übersichtlich und zusammengefasst darzustellen. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Entlassungsbrief ist nach der Entscheidung des Pfleglings diesem oder

a) dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt oder Zahnarzt,

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

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

§ 36

Tod des Pfleglings

(1) Ist ein Pflegling in der Krankenanstalt gestorben, so hat diese die ihr bekannten Angehörigen unverzüglich zu verständigen.

(2) Vor Übergabe der Leiche an die Angehörigen oder ein Bestattungsunternehmen hat die Krankenanstalt für ein würdiges Aussehen der Leiche Sorge zu tragen.

(3) Die Bestimmungen des Gemeindegesundheitsschutzgesetzes, LGBl. Nr. 33/1952, in der jeweils geltenden Fassung bleiben unberührt.

§ 37

Leichenöffnung (Obduktion)

(1) Die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbenen Pflinglinge 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) Liegen keine der im Abs. 1 erwähnten Fälle vor und hat der Verstorbene nicht schon bei Lebzeiten einer Obduktion zugestimmt, darf diese nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen vorgenommen werden.

(3) Über jede Obduktion ist eine Niederschrift zur Krankengeschichte aufzunehmen und nach § 15 Abs. 1 lit. d zu verwahren.

§ 38

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen

(1) In öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten und in öffentlichen Sonderkrankenanstalten sind Personen, die der Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn dies

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt gewährten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Krankenanstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- e) im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe-, oder Blutspenden,
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten,
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin,
- h) zur Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (§ 38a)

notwendig ist.

(2) In Krankenanstalten der im Abs. 1 genannten Arten können, soweit dadurch die Besorgung der im Abs. 1 lit. a bis h genannten Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, Gesundenuntersuchungen ambulant durchgeführt werden. Die Aufnahme der Durchführung von Gesundenuntersuchungen ist der Landesregierung anzuzeigen.

(3) An Universitätskliniken können zu Zwecken der Forschung und Lehre Personen auch ohne Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 1 untersucht und behandelt werden.

(4) Die Träger der Krankenanstalten können ihrer Verpflichtung nach Abs. 1 auch durch Vereinbarungen mit anderen Trägern 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) Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Krankenanstalt dürfen in Ausnahmefällen durchgeführt werden, soweit dies im öffentlichen Interesse liegt und insbesondere zur Sicherstellung der Betreuungskontinuität erforderlich ist. Die beabsichtigte Durchführung derartiger Untersuchungen und Behandlungen ist der Landesregierung schriftlich anzuzeigen. Mit der Durchführung der angezeigten Untersuchungen und Behandlungen kann begonnen werden, soweit dies von der Landesregierung nicht binnen sechs Wochen nach dem Einlangen der Anzeige untersagt wird. Die Landesregierung hat die Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Krankenanstalt mit Bescheid zu untersagen, soweit die Voraussetzungen hierfür nicht vorliegen.

§ 38a

Blutabnahme im Dienste der Straßenpolizei

(1) Der Träger einer öffentlichen Krankenanstalt hat dem diensthabenden Arzt die für eine Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften erforderlichen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.

(2) Die Kosten für die Blutabnahme sind vom Land zu tragen. Inwieweit dem Land diese Kosten vom Untersuchten zu ersetzen sind, richtet sich nach den straßenpolizeilichen Vorschriften.

§ 38b

Befreiung von Verwaltungsabgaben und Kommissionsgebühren

Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind, soweit es sich um Amtshandlungen und schriftliche Ausfertigungen nach diesem Gesetz handelt, von den landesrechtlich vorgesehenen Kommissionsgebühren und Verwaltungsabgaben befreit.

II.

Einnahmen der Krankenanstalten

§ 39

Arten der Einnahmen

Einnahmen öffentlicher Krankenanstalten sind insbesondere LKF-Gebührenersätze, LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Sondergebühren, andere der Anstalt auf Grund dieses Gesetzes oder sonstiger Vorschriften zufließende Einkünfte, ferner Widmungen und Erträge des Anstaltsvermögens.

§ 40

LKF-Gebühren, Pflegegebühren

(1) Für die in der allgemeinen Gebührenklasse und in der Sonderklasse aufgenommenen Pfleglinge sind unbeschadet des § 41b LKF-Gebühren zu entrichten. Für forensische Patienten am A. ö. Landeskrankenhaus Hall i.T. sind Pflegegebühren zu entrichten; für den Aufnahme- und den Entlassungstag sind die Pflegegebühren in voller Höhe zu entrichten.

(2) Mit den LKF-Gebühren bzw. den Pflegegebühren sind unbeschadet des Abs. 3 und der §§ 41 und 41a alle Leistungen der Krankenanstalt für die Pfleglinge abgegolten.

(3) Die Kosten der Beförderung des Pfleglings in die Krankenanstalt und aus dieser, die Beistellung eines Zahnersatzes, sofern sie nicht unmittelbar mit der Behandlung in der Krankenanstalt zusammenhängt, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke), sofern sie nicht therapeutische Behelfe darstellen, die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sowie Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pfleglings erbracht werden, sind in den LKF-Gebühren bzw. den Pflegegebühren nicht enthalten.

§ 40a

Gebühren für Begleitpersonen

(1) In den Fällen des § 34 Abs. 2 dürfen die LKF-Gebühren nur für den anstaltsbedürftigen Pflegling in Rechnung gestellt werden.

(2) In den Fällen des § 34 Abs. 3 sind Gebühren für die Begleitperson zu entrichten. Die Landesregierung hat diese Gebühren unter Bedachtnahme auf den Aufwand für die Unterbringung und die Verpflegung der Begleitpersonen durch Verordnung in höchstens kostendeckender Höhe festzusetzen. Von der Verpflichtung zur Entrichtung dieser Gebühren sind ausgenommen:

- a) Begleitpersonen, deren Aufnahme für die Behandlung des Pfleglings unerlässlich ist, und
- b) Begleitpersonen, die besonders sozial schutzbedürftig sind, insbesondere solche, die wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften befreit sind.

(3) Für die Einbringung der Gebühren für Begleitpersonen nach Abs. 2 gilt § 43 sinngemäß.

§ 41

Sondergebühren, Honorare

(1) Folgende Sondergebühren sind zu entrichten:

- a) für die in der Sonderklasse aufgenommenen Pfleglinge eine Anstaltsgebühr für den erhöhten Sach- und Personalaufwand und eine Hebammengebühr und
 - b) für Personen, die ambulant untersucht oder behandelt werden (§ 38), unbeschadet des § 41b, eine Ambulanzgebühr.
- (2) Für den Aufnahme- und den Entlassungstag eines Pfleglings ist die Anstaltsgebühr in voller Höhe zu entrichten. Bei Überstellung eines Pfleglings in eine andere Krankenanstalt hat nur die aufnehmende Krankenanstalt Anspruch auf die Anstaltsgebühr für diesen Tag.
- (3) Neben den im Abs. 1 genannten Sondergebühren kann von den Pfleglingen in der Sonderklasse nach Maßgabe der Abs. 4 bis 9 ein Arzthonorar verlangt werden.
- (4) Voraussetzung für die Ausübung der Honorarberechtigung nach Abs. 5 sowie nach § 46 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten ist das Vorliegen einer Vereinbarung zwischen den honorarberechtigten Ärzten und dem Anstaltsträger. Die Vereinbarung muß jedenfalls die Regelungen nach den Abs. 6 bis 8 zum Inhalt haben.
- (5) Folgende Ärzte sind berechtigt, von den von ihnen betreuten Pfleglingen in der Sonderklasse ein mit diesen zu vereinbarendes Honorar zu verlangen (honorarberechtigte Ärzte):
- a) im klinischen Bereich des A. ö. Landeskrankenhauses Innsbruck die Klinikvorstände, die Leiter von Klinischen Abteilungen und die Vorstände gemeinsamer Einrichtungen;
 - b) in sonstigen Krankenanstalten sowie im nichtklinischen Bereich des A. ö. Landeskrankenhauses Innsbruck die Leiter einer Abteilung oder eines Institutes und jene Fachärzte, die krankenanstaltenrechtlich bewilligte, organisatorisch selbständige Einrichtungen leiten, sowie die Konsiliarfachärzte.
- (6) Dem Anstaltsträger gebührt für die Bereitstellung der Einrichtungen zur Untersuchung und Behandlung der Pfleglinge in der Sonderklasse ein Anteil von mindestens 20 v. H. der vereinnahmten Honorare nach Abs. 5 (Hausanteil). Der Anstaltsträger hat vom Hausanteil einen Betrag von mindestens 3,33 v. H. der Honorare für Sozialleistungen für das Anstaltspersonal zu verwenden.
- (7) Für die Mitwirkung an der Untersuchung und Behandlung der Pfleglinge in der Sonderklasse gebühren den anderen Ärzten des ärztlichen Dienstes sowie dem mitwirkenden akademischen nichtärztlichen Personal (Poolberechtigte) Anteile an den Honoraren nach Abs. 5 nach Maßgabe folgender Bestimmungen:
- a) Der auf die Poolberechtigten insgesamt entfallende Anteil an den Honoraren (Pool) ist jeweils zwischen dem honorarberechtigten Arzt und dem von den Poolberechtigten zu wählenden Poolrat in einem angemessenen Verhältnis festzulegen, wobei auf die fachliche Qualifikation der Poolberechtigten und die von ihnen erbrachten Leistungen sowie auf die Anzahl der Poolberechtigten Bedacht zu nehmen ist. Der auf die Poolberechtigten (darunter mindestens ein Facharzt) insgesamt entfallende Anteil hat nach Abzug des Hausanteils nach Abs. 6 mindestens 45 v. H. der verbleibenden Honorare zu betragen.
 - b) Die Aufteilung des Pools auf die einzelnen Poolberechtigten (Poolanteile) ist nach Anhören des honorarberechtigten Arztes durch den Poolrat festzulegen, wobei für die Bemessung der Anteile lit. a erster Satz sinngemäß anzuwenden ist.
- (8) Die Rechnungslegung über die Honorare durch die honorarberechtigten Ärzte sowie die Bezahlung dieser Rechnungen haben im Weg einer beim Anstaltsträger einzurichtenden Verrechnungsstelle zu erfolgen.
- (9) Auf die Honorare nach Abs. 5 finden die §§ 42 und 43 keine Anwendung. Honorare bzw. Anteile an den Honoraren sind kein Entgelt aus dem Dienstverhältnis.
- (10) Andere als die gesetzlich vorgesehenen Entgelte dürfen von Pfleglingen oder ihren Angehörigen nicht verlangt werden.

§ 41a

Kostenbeiträge

- (1) Der Träger der Krankenanstalt hat von den Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse, die
- a) sozialversichert sind und für deren Anstaltspflege LKF-Gebührenersätze durch den Tiroler Gesundheitsfonds geleistet werden oder
 - b) gegenüber einer Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtung nach § 52 Abs. 2 anspruchsberechtigt sind, einen Kostenbeitrag in der Höhe von 7,82 Euro pro Pflage tag einzuheben. Dieser Kostenbeitrag darf pro Pflegling für höchstens 28 Tage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

- (2) Von der Kostenbeitragspflicht sind Pfleglinge ausgenommen,
- a) die zum Zweck einer Organspende in Anstaltspflege aufgenommen werden,
 - b) die Anstaltspflege im Falle der Mutterschaft sowie im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen,
 - c) die besonders sozial schutzbedürftig sind; als solche gelten Pfleglinge, die von der Rezeptgebühr nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften befreit sind,
 - d) für die bereits ein Kostenbeitrag nach bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird.

(3) Der Träger der Krankenanstalt hat zusätzlich zum Kostenbeitrag nach Abs. 1 einen Beitrag in der Höhe von 1,45 Euro pro Pflage tag im Namen der Sozialversicherungsträger (§ 52) für den Tiroler Gesundheitsfonds einzuheben. Die Abs. 1 und 2 sind sinngemäß anzuwenden.

(4) Der Träger der Krankenanstalt hat zusätzlich zum Kostenbeitrag nach Abs. 1 und zum Beitrag nach Abs. 3 für jeden Pflage tag, für den ein Kostenbeitrag nach Abs. 1 eingehoben wird, einen Betrag von 0,73 Euro einzuheben. Dieser Betrag ist auch von den Pflaglingen der Sonderklasse einzuheben, wobei Abs. 2 sinngemäß anzuwenden ist. Die eingehobenen Beträge sind nach § 3 Abs. 2 des Tiroler Patientenentschädigungsfonds-Gesetzes, LGBl. Nr. 71/2001, in der jeweils geltenden Fassung, zu überweisen.

(5) Für die Einbringung des Kostenbeitrages nach Abs. 1, des Beitrages nach Abs. 3 und des Betrages nach Abs. 4 gilt § 43 sinngemäß mit der Maßgabe, dass die Vorschreibung einer Vorauszahlung des Kostenbeitrages nach Abs. 1 sowie des Beitrages nach Abs. 3 für höchstens 28 Tage erfolgen darf. Im Fall einer Überstellung des Pflaglings in eine andere Krankenanstalt sind der Kostenbeitrag nach Abs. 1, der Beitrag nach Abs. 3 und der Beitrag nach Abs. 4 für den Tag der Überstellung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Pflagling überstellt wird.

(6) Der Kostenbeitrag nach Abs. 1 vermindert oder erhöht sich zum 1. Jänner eines jeden Jahres in dem Ausmaß, das sich aus der Änderung des von der Statistik Austria verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index für den Monat Oktober des vorangegangenen Jahres gegenüber dem Oktober des zweitvorangegangenen Jahres ergibt. Die Landesregierung hat die Höhe des Kostenbeitrages im Landesgesetzblatt kundzumachen. Für das Jahr 2005 ist keine Valorisierung vorzunehmen.

(7) Die Träger der Krankenanstalten haben unverzüglich von den Versicherungsträgern (§ 52) die für die Einhebung der Kostenbeiträge notwendigen Daten zu verlangen.

(8) Für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist der Kostenbeitrag nach Abs. 1, der Beitrag nach Abs. 3 und der Beitrag nach Abs. 4 nicht einzuheben.

§ 41b

Abgeltung von Leistungen der Fondskrankenanstalten

(1) Die von Fondskrankenanstalten im Sinn des Tiroler Gesundheitsfondsgesetzes an Personen, die sozialversichert oder gegenüber einer Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtung nach § 52 Abs. 2 anspruchsberechtigt sind, erbrachten Leistungen sind durch den Tiroler Gesundheitsfonds abzugelten. Dies gilt nicht:

- a) für die im § 40 Abs. 3 genannten Leistungen,
- b) für jene Leistungen, für die nach § 41 Abs. 1 lit. a und Abs. 3 Sondergebühren bzw. Honorare zu entrichten sind,
- c) für Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen,
- d) für Leistungen, die an ambulanten Patienten, für die die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt leistungspflichtig ist, erbracht werden,
- e) für die Befundung oder Begutachtung nach § 33 Abs. 3 lit. b.

(2) Leistungen der Fondskrankenanstalten im Sinn des Abs. 1 werden nur dann durch den Tiroler Gesundheitsfonds abgegolten, wenn das Leistungsangebot mit den Zielen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes bzw. des diesen ersetzenden Österreichischen Strukturplanes Gesundheit übereinstimmt und die Verpflichtung zur Dokumentation nach dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 179/2004, erfüllt wird.

(3) Die Fondskrankenanstalten haben dem Tiroler Gesundheitsfonds Diagnosen- und Leistungsberichte nach § 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen für folgende Berichtszeiträume spätestens bis zu folgenden Zeitpunkten zu übermitteln:

- a) einen Bericht über das erste Quartal bis 30. April des laufenden Jahres,

- b) einen Bericht über das erste Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres,
- c) einen Bericht über das Dreivierteljahr bis 30. November des laufenden Jahres,
- d) einen vorläufigen Jahresbericht bis 28. Februar des folgenden Jahres und
- e) einen endgültigen Jahresbericht bis 31. Oktober des folgenden Jahres.

§ 42

Festsetzung der Gebühren

(1) Der Eurowert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie die Pflegegebühren und die Sondergebühren sind vom Träger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf Abs. 4 kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ergeben sich als Produkt der für den einzelnen Pflegling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Eurowert je LKF-Punkt. Die Landesregierung hat das für die Berechnung der LKF-Gebühren österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Eurowert je LKF-Punkt sowie die Pflegegebühren und die Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Eurowert je LKF-Punkt sowie die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

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

(3) Die LKF-Gebühren und die Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, deren Träger keine Gebietskörperschaft ist, dürfen nicht niedriger sein als die LKF-Gebühren und die Sondergebühren der nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt einer Gebietskörperschaft mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

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

§ 43

Einbringung der Gebühren

(1) Sofern nicht ein Dritter auf Grund eines besonderen Rechtstitels leistungspflichtig ist, sind die LKF-Gebühren und die Sondergebühren vom Pflegling zu entrichten.

(2) Die Gebühren sind, soweit sie nicht im vorhinein entrichtet werden, ehestens nach der Entlassung des Pfleglings dem Zahlungspflichtigen in Rechnung zu stellen. Bei länger dauernder Pflege kann auch mit dem letzten Tag jedes Pflegemonats eine Vorschreibung der Gebühren erfolgen. Die Gebühren sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Nach dem Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag können gesetzliche Verzugszinsen verrechnet werden.

(3) Bleibt ein Pflegling mit der Bezahlung von Gebühren länger als vier Wochen im Rückstand, so kann der Träger der Krankenanstalt einen Rückstandsausweis ausfertigen, der neben der Höhe der ausstehenden Gebühren insbesondere den Hinweis auf den Zeitpunkt der Fälligkeit und auf die Verzugszinsen sowie auf die Möglichkeit der Erhebung eines Einspruches nach Abs. 4 zu enthalten hat.

(4) Der Pflegling kann gegen den Rückstandsausweis binnen zwei Wochen nach Zustellung schriftlich oder mündlich bei der Stelle, die den Rückstandsausweis erlassen hat, Einspruch erheben.

(5) Über den Einspruch entscheidet die Bezirksverwaltungsbehörde, in deren Sprengel die betreffende Krankenanstalt liegt.

(6) Rückstandsausweise, die von der Bezirksverwaltungsbehörde mit der Bestätigung versehen sind, daß sie einem die Vollstreckbarkeit hemmenden Rechtszug nicht unterliegen, sind im Verwaltungsweg vollstreckbar.

(7) Zur Einbringung rückständiger Gebühren, zu deren Bezahlung nicht der Pflegling selbst, sondern eine andere physische oder juristische Person verpflichtet ist, hat der Träger der Krankenanstalt den ordentlichen Rechtsweg zu beschreiten, sofern gesetzlich nichts anderes bestimmt ist.

(8) Zur Einbringung ausstehender Gebühren dürfen die Träger von Krankenanstalten den Namen, die Adresse und die Aufenthaltsdauer des Pflégling sowie die Höhe der offenen Gebühren an Personen und Stellen übermitteln, von denen erwartet werden kann, daß sie der Einbringung der offenen Gebühren dienliche Angaben machen können.

(9) Die Versicherungsträger (§ 52) haben den Trägern der Krankenanstalten auf deren Verlangen die zur Geltendmachung und Überprüfung von Leistungen aus dem Tiroler Gesundheitsfonds sowie die zur Feststellung, Überprüfung und Durchsetzung von Ersatzansprüchen gegenüber Pfléglingen und deren Angehörigen notwendigen Auskünfte unverzüglich zu erteilen.

§ 44

Besondere Bestimmungen für Personen ohne Wohnsitz im Inland und für fremde Staatsangehörige

(1) Die Aufnahme von Personen, die keinen Wohnsitz in Österreich haben und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren oder Sondergebühren und Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinn des Abs. 3 nicht erlegen oder sicherstellen, ist auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 33 Abs. 4) beschränkt.

(2) Die Aufnahme von Personen ohne Wohnsitz in Österreich, bei denen keine Unabweisbarkeit gegeben ist, kann vom Träger der Krankenanstalt abgelehnt werden, wenn durch die Aufnahme die Krankenanstalt ihrem Versorgungsauftrag nach dem Tiroler Krankenanstaltenplan (§ 62a) für Personen mit Wohnsitz in Österreich nicht mehr in einem angemessenen Zeitraum nachkommen könnte. Solche Beschränkungen der Aufnahme sind auf das notwendige und angemessene Maß zu begrenzen und in geeigneter Weise vorab bekannt zu machen.

(3) Die Landesregierung kann durch Verordnung bestimmen, daß im Falle der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der LKF-Gebühren oder der Sondergebühren und der Kostenbeiträge die tatsächlich erwachsenen Behandlungskosten zu bezahlen sind. Dies gilt nicht für

- a) Fälle der Unabweisbarkeit, sofern sie im Inland eingetreten sind,
- b) Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997, BGBl. I Nr. 76/1997, zuletzt geändert durch die Kundmachung BGBl. I Nr. 105/2003, Asyl gewährt wurde, und Asylwerber, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997 eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
- c) Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
- d) Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind und
- e) Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind.

III.

Beziehungen der Fondskrankenanstalten zu den Versicherungsträgern

§ 45

(1) Die Fondskrankenanstalten sind nach Maßgabe des § 33 verpflichtet, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften eingewiesenen Pfléglinge in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

(2) Werden sozialversicherte Pfléglinge auf ihr Verlangen in die Sonderklasse aufgenommen, so haben sie die Sondergebühren und die Honorare aus eigenem zu tragen, soweit sich nicht aus einem zwischen dem Sozialversicherungsträger und dem Träger der Krankenanstalt abgeschlossenen Vertrag oder aus der Satzung des Sozialversicherungsträgers etwas anders ergibt.

§ 46

(1) Die den Fondskrankenanstalten gebührenden Zahlungen für die im § 41b Abs. 1 genannten Leistungen an sozialversicherten Personen sind im Namen der Sozialversicherungsträger zur Gänze vom Tiroler Gesundheitsfonds zu leisten.

(2) Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, die an sozialversicherten Personen erbracht werden, sind mit folgenden Zahlungen abgegolten:

- a) LKF-Gebührenersätze und Ambulanzgebührenersätze des Tiroler Gesundheitsfonds,
- b) Ausgleichszahlungen des Tiroler Gesundheitsfonds und sonstige Abgeltungen des Tiroler Gesundheitsfonds für Betriebsleistungen und
- c) Kostenbeiträge nach § 41a Abs. 1.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und dem Land Tirol ausgenommene Leistungen (Art. 20 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) sowie Leistungen nach § 40 Abs. 3, § 41 Abs. 1 lit. a und Abs. 3.

(3) Der Kostenbeitrag nach § 447f Abs. 7 ASVG ist vom Träger der Krankenanstalt für Rechnung des Tiroler Gesundheitsfonds einzuheben.

(4) Erfolgen aufgrund eines vertragslosen Zustandes zwischen einem Sozialversicherungsträger und den Vertragsärzten Mehrleistungen der Fondskrankenanstalten, so hat der Sozialversicherungsträger an den Tiroler Gesundheitsfonds Zahlungen höchstens im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Arztkosten zu leisten.

§ 47

Die Sozialversicherungsträger haben ohne Einschaltung des Tiroler Gesundheitsfonds folgende Rechte gegenüber den Trägern der Krankenanstalten:

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

§ 48

(1) Die Träger der Fondskrankenanstalten haben Vorkehrungen dafür zu treffen, dass der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Sozialversicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich elektronisch nach den bundesweit einheitlichen Datensatzaufbauten und Codeverzeichnissen erfolgen kann. Die Träger der Fondskrankenanstalten haben weiters dafür Sorge zu tragen, dass die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit verwendet und die Identität des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card überprüft werden. Bei Patienten bis zum vollendeten 14. Lebensjahr ist die Überprüfung der Identität nur im Zweifelsfall vorzunehmen.

(2) Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte durch den Tiroler Gesundheitsfonds.

(3) Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Leistungen des Tiroler Gesundheitsfonds an die Träger der Fondskrankenanstalten betreffen, gilt der Tiroler Gesundheitsfonds als Sozialversicherungsträger. Er kann jedoch Handlungen, die den Aufwand der Sozialversicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

(4) Wenn Leistungen nach § 41b Abs. 1 gewährt werden, hat weder der Träger der Krankenanstalt noch der Tiroler Gesundheitsfonds gegenüber dem Versicherten, dem Patienten oder den für ihn unterhaltspflichtigen Personen hieraus einen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hiervon sind nur der Kostenbeitrag gemäß § 41a und der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 ASVG.

§ 49

Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach § 46 Abs. 2 zweiter Satz handelt. Die Verträge sind hinsichtlich der Sozialversicherungsträger nach § 52 Abs. 1 zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Sozialversicherungsträgern einerseits und dem Träger der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dem Tiroler Gesundheitsfonds andererseits abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

§ 49a

Die Unfallversicherungsträger und die Pensionsversicherungsträger werden im Rahmen der in den §§ 45 bis 49 geregelten Beziehungen den Krankenversicherungsträgern gleichgestellt.

§ 50

In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 33 Abs. 3 lit. b sind die LKF-Gebühren von den Sozialversicherungsträgern in voller Höhe zu entrichten.

§ 51

Schiedskommission

- (1) Beim Amt der Landesregierung wird eine Schiedskommission eingerichtet.
- (2) Die Schiedskommission ist zur Entscheidung in folgenden Angelegenheiten zuständig:
 - a) Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen Trägern öffentlicher Krankenanstalten außerhalb des Tiroler Gesundheitsfonds, die am 31. Dezember 1996 bereits bestanden haben, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
 - b) Entscheidung über Streitigkeiten aus den zwischen den Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Sozialversicherungsträger abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Sozialversicherungsträgern oder gegenüber dem Tiroler Gesundheitsfonds;
 - c) Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und dem Tiroler Gesundheitsfonds über die in Ausführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens gesetzlich festgelegten wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche;
 - d) Entscheidung über Streitigkeiten zwischen einem Sozialversicherungsträger und dem Tiroler Gesundheitsfonds über die Zahlungsverpflichtung nach § 46 Abs. 4;
 - e) Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus (Art. 35 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) gründen.

§ 51a

Zusammensetzung

- (1) Die Schiedskommission besteht aus:
 - a) einem vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Innsbruck vorzuschlagenden Richter des Aktivstandes der zum Sprengel dieses Oberlandesgerichtes gehörenden Gerichte als Vorsitzendem,
 - b) einem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorzuschlagenden Mitglied,
 - c) zwei Mitgliedern der Kammer der Wirtschaftstreuhänder, wobei ein Mitglied vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und ein Mitglied vom Tiroler Gesundheitsfonds vorzuschlagen ist,
 - d) einem rechtskundigen Beamten des Aktivstandes des Amtes der Landesregierung.
- (2) Die Vorschläge nach Abs. 1 lit. a bis c sind innerhalb einer von der Landesregierung angemessen festzusetzenden Frist zu erstatten. Wird innerhalb dieser Frist ein Vorschlag nicht erstattet, so ist die Bestellung ohne Vorschlag vorzunehmen. Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen. Jedes Mitglied wird im Falle seiner Verhinderung durch sein Ersatzmitglied vertreten.

(3) Die Mitglieder und die Ersatzmitglieder der Schiedskommission sind von der Landesregierung auf die Dauer von vier Jahren zu bestellen. Eine Wiederbestellung ist zulässig. Die Mitglieder und die Ersatzmitglieder haben ihr Amt auch nach dem Ablauf ihrer Amtsdauer bis zur Bestellung der neuen Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder auszuüben.

(4) Ein Mitglied oder Ersatzmitglied der Schiedskommission scheidet vorzeitig aus dem Amt durch Verzicht oder Widerruf der Bestellung, ein Mitglied oder Ersatzmitglied nach Abs. 1 lit. a und d auch durch Ausscheiden aus dem Dienststand. Der Verzicht ist gegenüber der Landesregierung schriftlich zu erklären. Er wird eine Woche nach dem Einlangen der Verzichtserklärung unwiderruflich und, sofern in der Verzichtserklärung nicht ein späterer Zeitpunkt dafür angegeben ist, wirksam. Die Bestellung ist zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für die Bestellung nicht mehr gegeben sind oder wenn Umstände eintreten, die der ordnungsgemäßen Ausübung des Amtes voraussichtlich auf Dauer entgegenstehen oder wenn eine rechtskräftige Verurteilung zu einer Disziplinarstrafe nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht vorliegt. Scheidet ein Mitglied oder Ersatzmitglied vorzeitig aus, so ist unverzüglich für die restliche Amtsdauer ein neues Mitglied oder Ersatzmitglied zu bestellen.

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

(6) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Schiedskommission sind bei der Ausübung ihres Amtes an keine Weisungen gebunden.

(7) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Schiedskommission haben gegenüber dem Land Tirol Anspruch auf Reisegebühren nach der Landesreisegebührenvorschrift, LGBl. Nr. 45/1996, in der jeweils geltenden Fassung. Der Vorsitzende hat überdies Anspruch auf eine angemessene Vergütung, die durch Verordnung der Landesregierung entsprechend dem Zeitaufwand und der Mühewaltung festzusetzen ist.

(8) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über alle Angelegenheiten des Aufgabenbereiches der Schiedskommission zu informieren. Diese ist verpflichtet, der Landesregierung die verlangten Auskünfte zu erteilen.

§ 51b

Verfahrensbestimmungen

(1) Die Entscheidungen der Schiedskommission haben schriftlich zu ergehen.

(2) Ändert sich die Zusammensetzung der Schiedskommission während eines Verfahrens, so ist dieses neu durchzuführen.

(3) Die Schiedskommission ist vom Vorsitzenden nach Bedarf einzuberufen. Dem Vorsitzenden obliegt die Vorbereitung und Durchführung der Sitzungen, die Festsetzung der Tagesordnung und die Leitung der Beratungen und Abstimmungen. Zu den Sitzungen sind die in Betracht kommenden Mitglieder vom Vorsitzenden rechtzeitig schriftlich und nachweislich unter Bekanntgabe der Tagesordnung zu laden. Ist ein Mitglied verhindert, so hat es unverzüglich den Vorsitzenden davon zu verständigen. Dieser hat sodann das betreffende Ersatzmitglied zu laden.

(4) Die Schiedskommission ist beschlußfähig, wenn die Mitglieder ordnungsgemäß geladen wurden und der Vorsitzende und mindestens zwei weitere Mitglieder anwesend sind. Die Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßt. Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Die Mitglieder stimmen in alphabetischer Reihenfolge, der Vorsitzende zuletzt ab.

(5) Über die Sitzungen der Schiedskommission sind Niederschriften zu führen, in denen jedenfalls Ort und Zeit der Sitzung, die Namen der anwesenden Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder und der sonstigen teilnehmenden Personen, die Feststellung der Beschlußfähigkeit, die Anträge und die darauf Bezug nehmenden zusammengefaßten Ausführungen sowie die Beschlüsse festzuhalten sind. Die Niederschriften sind vom Vorsitzenden und vom Schriftführer zu unterfertigen und spätestens zwei Wochen nach der Sitzung den Mitgliedern und Ersatzmitgliedern nachweislich zu übermitteln.

(6) Die Geschäfte der Schiedskommission werden nach den Anordnungen des Vorsitzenden vom Amt der Landesregierung besorgt (Geschäftsstelle der Schiedskommission). Die Geschäftsstelle hat für die Sitzungen einen Schriftführer beizustellen. Die Geschäftsstelle hat für die Ausfertigung der Bescheide und für die sonstigen Kanzleiarbeiten der Schiedskommission zu sorgen.

§ 52

(1) Sozialversicherungsträger im Sinne dieses Gesetzes sind

- a) die Träger der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung nach den §§ 23 bis 25 ASVG,
- b) die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,

- c) die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und
- d) die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Kranken- und Pensionsversicherung).

(2) Die Träger der Kranken- und Unfallfürsorge nach dem Beamten- und Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorgegesetz 1998, LGBl. Nr. 97, und nach dem Gemeindebeamten-Kranken- und Unfallfürsorgegesetz 1998, LGBl. Nr. 98, sind den Sozialversicherungsträgern gleichgestellt.

IV.

Beziehungen der öffentlichen Krankenanstalten zu den Sozialhilfeträgern

§ 53

Rechte der mit Leistungen der Sozialhilfe oder Rehabilitation befassten Organe

Den Organen, die über die Zuerkennung von Leistungen der Sozialhilfe oder der Rehabilitation zu entscheiden haben, kommen gegenüber den öffentlichen Krankenanstalten (§ 22) die Rechte nach § 47 lit. a, b und c zu.

V.

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

§ 54

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

(2) Zweck der Aufnahme ist

- a) die Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
- b) die Behandlung zur Heilung, Besserung oder Rehabilitation,
- c) die Behandlung zur Hintanhaltung einer Verschlechterung oder
- d) die erforderliche Betreuung und besondere Pflege, sofern diese nur in der Krankenanstalt gewährleistet werden können; in den Fällen der lit. b, c und d einschließlich der allenfalls nötigen Abwehr von ernstlichen und erheblichen Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Kranken oder anderer Personen, wenn diese Gefahren im Zusammenhang mit der psychischen Krankheit stehen.

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

§ 54a

Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie sind grundsätzlich offen zu führen.

§ 54b

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

(2) Die Errichtung eines geschlossenen Bereiches gilt als wesentliche Änderung im Sinne des § 5 Abs. 1.

(3) Geschlossene Bereiche dienen der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 18/2010, anzuwenden ist. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung nach § 21 Abs. 1 StGB, § 71 Abs. 3 und § 167a StVG oder § 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde, sofern für diese Personengruppen geeignete Organisationseinheiten bestehen, die von den geschlossenen Bereichen für die Unterbringung von Personen nach dem Unterbringungsgesetz getrennt sind.

§ 54c

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

§ 54d

(1) Die Anstaltsordnung hat insbesondere die organisatorischen Besonderheiten der Betreuung psychisch Kranker zu berücksichtigen.

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

§ 54e

Für die Dokumentation und Aufbewahrung der nach dem Unterbringungsgesetz zu führenden Aufzeichnungen gilt § 15 sinngemäß.

§ 54f

Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie müssen unter der ärztlichen Leitung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen.

§ 55

Die §§ 33, 34 Abs. 2 und 3 und 35 finden insoweit Anwendung, als sich aus dem Unterbringungsgesetz nichts anderes ergibt.

VI.

Deckung des Betriebsabganges und Beitrag zur Finanzierung der allgemeinen öffentlichen Anstaltspflege

§ 56

Den gesamten sich durch die Aufwendungen für den Betrieb und die Erhaltung gegenüber den Betriebserträgen ergebenden Betriebsabgang haben die Träger der Fondskrankenanstalten zu tragen.

§ 57

(1) Unbeschadet der Regelung im § 5 des Tiroler Gesundheitsfondsgesetzes, LGBl. Nr. 2/2006, in der jeweils geltenden Fassung haben die Gemeinden nach Maßgabe des Abs. 2 einen Beitrag für die Sicherstellung der allgemeinen öffentlichen Anstaltspflege zu leisten.

(2) Die Gemeinden des Bezirkes Innsbruck-Land haben einen jährlichen Beitrag in folgender Höhe an das Land zu leisten:

1. im Jahr 2011 3.300.000,- Euro,
2. im Jahr 2012 3.333.000,- Euro,
3. im Jahr 2013 3.399.660,- Euro,
4. im Jahr 2014 3.501.650,- Euro,
5. im Jahr 2015 3.641.716,- Euro,

6. ab dem Jahr 2016 jeweils in Höhe des um 5 v. H. erhöhten Vorjahresbetrages.

(3) Die Beiträge nach Abs. 2 werden auf die einzelnen Gemeinden im Verhältnis ihrer Finanzkraft nach § 21 Abs. 5 des Tiroler Mindestsicherungsgesetzes, LGBl. Nr. 99/2010, in der jeweils geltenden Fassung des jeweiligen Beitragsjahres aufgeteilt.

(4) Die Beiträge nach Abs. 2 sind im jeweiligen Jahr in zwölf gleich hohen Teilbeträgen jeweils bis zum Ende eines jeden Monats zu leisten.

(5) Nicht rechtzeitig entrichtete Beiträge sind von der Landesregierung mit Bescheid vorzuschreiben. Ab dem Fälligkeitstag nach diesem Gesetz sind Verzugszinsen in der Höhe von drei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu entrichten.

(6) Auf Antrag einer Gemeinde hat die Landesregierung einen Feststellungsbescheid über die Höhe des Beitrages nach Abs. 3 und die monatlichen Teilbeträge nach Abs. 4 zu erlassen.

HAUPTSTÜCK D

Bestimmungen für private Krankenanstalten und militärische Krankenanstalten

I.

Allgemeine Vorschriften

§ 58

(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 einem Pflegling im Sinn der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Rechnung gestellten Kosten sind nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien zu berechnen.

(4) Die Krankenanstalt hat, sofern die Leistungen nicht über den Tiroler Gesundheitsfonds abgerechnet oder von einem inländischen Träger der Sozialversicherung oder von einer Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtung übernommen werden, nach erbrachter Leistung darüber eine Rechnung auszustellen.

§ 59

Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen der Hauptstücke A und B zur Gänze und die des Hauptstückes C wie folgt:

- a) § 32 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbstständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltszweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich, zu kontrollieren haben.
- b) Unbedingt notwendige Erste ärztliche Hilfe darf auch in privaten Krankenanstalten niemandem verweigert werden.
- c) Bei der Entlassung von Pflinglingen gilt § 35 Abs. 1 zweiter Satz, Abs. 2, Abs. 4 und Abs. 6 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibeweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Pflingling die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird.
- d) Leichenöffnungen dürfen nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen und nur dann, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist, vorgenommen werden. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift (§ 37 Abs. 3) aufzunehmen und zu verwahren.
- e) Ambulante Untersuchungen und Behandlungen können unter den Voraussetzungen nach § 38 durchgeführt werden.
- f) Private Krankenanstalten haben eine freiwillige Betriebsunterbrechung einen Monat und ihre Auflassung drei Monate vorher der Landesregierung anzuzeigen.
- g) Für private Krankenanstalten, ausgenommen selbstständige Ambulatorien, gelten die Bestimmungen des § 31b über Arzneimittelkommissionen mit Ausnahme des Abs. 4.
- h) Für die Beurteilung der Gemeinnützigkeit gilt § 24. Die Feststellung der Gemeinnützigkeit einer privaten Krankenanstalt erfolgt durch die Landesregierung. Auf gemeinnützige private Krankenanstalten sind überdies die §§ 31b Abs. 4, 40, 40a, 41, 41a, 41b, 42 Abs. 2 und 3 und 43 anzuwenden.
- i) Für private Krankenanstalten mit chirurgischem oder onkologischem Leistungsangebot, ausgenommen selbstständige Ambulatorien, gilt § 32a.
- j) In einer Primärversorgungseinheit ist der ärztliche Leiter nach § 11 Abs. 3 hauptberuflich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Ist eine Gesellschaft Rechtsträgerin einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums, dürfen nur gemeinnützige Anbieter von Gesundheitsdiensten oder sozialen Diensten, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften oder von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds Gesellschafter sein.

II.

Beziehungen zu den Versicherungsträgern

§ 60

(1) Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger (§ 52 Abs. 1) zu den privaten Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Schriftform und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die vorzunehmende Überprüfung der Identität 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, weiters über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten. Die Träger der privaten Krankenanstalten haben dafür Sorge zu tragen, dass die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit verwendet werden und die Identität des Patienten sowie die rechtmäßige Verwendung der e-card überprüft werden. Bei Patienten bis zum vollendeten 14. Lebensjahr ist die Überprüfung der Identität nur im Zweifelsfall vorzunehmen.

(2) Die Verträge sind vom Sozialversicherungsträger innerhalb von vier Wochen nach Vertragsabschluß der Landesregierung zur Kenntnis zu bringen.

III.

Besondere Bestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und für private Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie

§ 61

Für die Führung von Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und von privaten Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie gelten die §§ 54 bis 55 sinngemäß.

IV.

Besondere Vorschriften für die Inanspruchnahme privater Krankenanstalten nach dem Heeresentschädigungsgesetz

§ 61a

Die Höhe des Anspruchs auf Ersatz der Pflegekosten in einer privaten Krankenanstalt für Pfléglinge, 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.

V.

Bestimmungen für militärische Krankenanstalten

§ 61b

(1) Auf militärische Krankenanstalten sind die Bestimmungen der Hauptstücke A, B und C sinngemäß anzuwenden, soweit sie für diese Art der Krankenanstalt in Betracht kommen. Dies gilt mit der Maßgabe, dass,

- a) unbedingt notwendige Erste ärztliche Hilfe auch in militärischen Krankenanstalten niemandem verweigert werden darf,
- b) militärische Krankenanstalten nicht als Gesundheitseinrichtungen im Sinn des § 1 Abs. 2 des Gesetzes über die Tiroler Patientenvertretung, LGBl. Nr. 40/2005, in der jeweils geltenden Fassung gelten,
- c) die Teilnahme an der regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung nicht zwingend erforderlich ist,
- d) die Anstaltsordnung und ihre Änderung keiner Genehmigung durch die Landesregierung bedarf,
- e) die Bestellung des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt keiner Genehmigung durch die Landesregierung bedarf,
- f) die Anzeige der Bestellung des Technischen Sicherheitsbeauftragten an die Landesregierung nicht zwingend erforderlich ist,

- g) eine Betriebsunterbrechung sowie eine Auflösung des Betriebes der Landesregierung anzuzeigen ist,
- h) die Einrichtung einer Arzneimittelkommission nicht zwingend erforderlich ist,
- i) ein Verstoß gegen die Verschwiegenheitspflicht nach § 14 nicht nach § 64 Abs. 2 lit. f zu ahnden ist.

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

HAUPTSTÜCK E

Gemeinsame Bestimmungen

§ 62

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

HAUPTSTÜCK F

Regionaler Strukturplan Gesundheit, Krankenanstaltenplan und Qualitätskriterien

§ 62a

Regionaler Strukturplan Gesundheit und Krankenanstaltenplan

(1) Der Regionale Strukturplan Gesundheit Tirol (RSG) ist im Hinblick auf Krankenanstalten im Sinn dieses Gesetzes von der Landes-Zielsteuerungskommission (§§ 2b und 16b Abs. 1 des Tiroler Gesundheitsfondsgesetzes) entsprechend den Vorgaben des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit in Bezug auf Inhalte, Planungshorizonte und Planungsrichtwerte kontinuierlich weiterzuentwickeln und regelmäßig zu revidieren. Der RSG hat jedenfalls folgende Inhalte aufzuweisen:

- a) die Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich im Sinn des ÖSG;
- b) die Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Versorgung für selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger sowie für Spitalsambulanzen mit Angabe der Kapazitäten, Betriebsformen sowie Versorgungstypen im Sinn des ÖSG;
- c) die Festlegung von Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien;
- d) die Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung;
- e) die Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatienten.

Im ambulanten Bereich ist insbesondere auf die Stärkung der ambulanten Versorgung durch den Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten und die Bereinigung von Parallelstrukturen hinzuwirken. Zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder als Zentrum ist ein ausgewogenes Verhältnis anzustreben.

(2) Die Gesundheitsplanungs GmbH nach § 23 Abs. 3 des Gesundheitszielsteuerungsgesetzes, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 131/2017) wird ermächtigt, für jene Teile des ÖSG und des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Tirol, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen und sich auf Krankenanstalten im Sinn dieses Gesetzes beziehen, ein Begutachtungsverfahren durchzuführen und in der Folge diese Teile durch Verordnung für verbindlich zu erklären und im RIS (www.ris.bka.gv.at) kundzumachen. In diesen Angelegenheiten unterliegt die Gesundheitsplanungs GmbH der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung und hat dieser auf Verlangen alle Auskünfte zu erteilen.

(3) Der Landeshauptmann hat den auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung in der Landes-Zielsteuerungskommission abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit Tirol in der jeweils aktuellen Fassung im RIS (www.ris.bka.gv.at) zu veröffentlichen.

(4) Für Fondskrankenanstalten im Sinn des Tiroler Gesundheitsfondsgesetzes hat die Landesregierung in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Tirol bzw. deren Änderungen in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, einen Tiroler Krankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Der Tiroler Krankenanstaltenplan ist auf Basis der gemeinsamen Festlegungen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit Tirol zu erstellen und hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages nach § 10 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit zu befinden.

(5) Der Tiroler Krankenanstaltenplan hat jedenfalls folgende Festlegungen zu enthalten:

- a) die Standorte der Fondskrankenanstalten,
- b) die maximalen Gesamtbettenzahlen für den Normalpflege- sowie den Intensivbereich für jede Fondskrankenanstalt,
- c) die medizinischen Fächerstrukturen (Fachrichtungen) und die fachrichtungsbezogenen Organisationsformen für jede Fondskrankenanstalt,
- d) die maximalen Bettenzahlen je Fachrichtung bezogen auf die jeweilige Fondskrankenanstalt,
- e) die Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte für jede Fondskrankenanstalt,
- f) die Verortung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsangeboten.

(6) Die Landesregierung hat vor der Erlassung oder Änderung des Tiroler Krankenanstaltenplanes dem Tiroler Gesundheitsfonds, dem Landessanitätsrat, der Ärztekammer für Tirol, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den betroffenen Trägern der Krankenanstalten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Für die Abgabe der Stellungnahme ist im Fall der Erlassung des Tiroler Krankenanstaltenplanes eine Frist von zwei Monaten und im Fall seiner Änderung eine Frist von einem Monat einzuräumen.

(7) Sofern die Landesregierung für Fondskrankenanstalten im Sinn des Tiroler Gesundheitsfondsgesetzes detailliertere Festlegungen für erforderlich erachtet, die über den für verbindlich erklärten Teil des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Tirol nach Abs. 2 hinausgehen, kann sie diese in einem Tiroler Krankenanstaltenplan verordnen. Die Abs. 4, 5 und 6 sind sinngemäß anzuwenden.

§ 62b

Qualitätskriterien

Die Landesregierung kann mit Verordnung nähere Bestimmungen darüber erlassen, welche Qualitätskriterien durch die in Betracht kommenden Krankenanstalten einzuhalten sind. Dabei kann die Landesregierung unter Bedachtnahme auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit angemessene Fristen festlegen, innerhalb deren die betroffenen Organisationseinheiten die Qualitätskriterien erfüllen müssen.

HAUPTSTÜCK G

Landessanitätsrat

§ 62c

Landessanitätsrat

(1) Beim Amt der Landesregierung ist der Landessanitätsrat eingerichtet. Der Landessanitätsrat hat die Landesregierung und den Landeshauptmann in allen Angelegenheiten des Gesundheitswesens zu beraten und kann zur Erstellung von Gutachten herangezogen werden. Die Kanzleigeschäfte des Landessanitätsrates sind vom Amt der Landesregierung zu besorgen.

(2) Der Landessanitätsrat besteht aus dem Landessanitätsdirektor und mindestens zehn weiteren von der Landesregierung für eine Funktionsperiode von vier Jahren zu bestellenden Mitgliedern. Bei der Bestellung der Mitglieder ist eine ausgewogene Vertretung der medizinischen Fachrichtungen bzw. der Versorgungsbereiche anzustreben. Die Mitgliedschaft im Landessanitätsrat ist ein unbesoldetes Ehrenamt. Im Einzelfall kann der Landessanitätsrat weitere Experten in beratender Funktion beziehen.

(3) Die Landesregierung hat durch Verordnung eine Geschäftsordnung des Landessanitätsrates zu erlassen, die insbesondere nähere Bestimmungen über die Wahl des Vorsitzenden des Landessanitätsrates und dessen Stellvertreter, die Einberufung und Durchführung der Sitzungen, die Beschlussfassungserfordernisse sowie über die Beiziehung weiterer beratender Personen zu enthalten hat.

HAUPTSTÜCK H

Übergangs-, Straf- und Schlußbestimmungen

§ 63

(1) Durch die Bestimmungen dieses Gesetzes werden nicht berührt:

- a) Rechte zur Führung öffentlicher Krankenanstalten sowie Bewilligungen und Genehmigungen, die den Anstaltsträgern auf Grund bisher geltender Vorschriften verliehen oder erteilt worden sind;
- b) die Gemeinnützigkeit privater Krankenanstalten, die bisher auf Grund ihrer Satzung gemeinnützig betrieben wurden, wenn sie die Voraussetzungen des § 24 lit. a bis f erfüllen.

(2) Die Verordnung über die Geschäftsordnung des Landessanitätsrates nach § 62c Abs. 3 in der Fassung des Art. 77 Z 4 des Gesetzes LGBl. Nr. 26/2017 ist mit 1. Jänner 2018 in Kraft zu setzen. Sie ist bis zum 31. Juli 2017 zu erlassen.

(3) Die Bestellung der Mitglieder nach § 62c Abs. 2 in der Fassung des Art. 77 Z 4 des Gesetzes LGBl. Nr. 26/2017 für die mit 1. Jänner 2018 beginnende Funktionsperiode hat rechtzeitig vor diesem Zeitpunkt zu erfolgen.

§ 64

Strafbestimmungen

(1) Wer

- a) eine Krankenanstalt oder einzelne Organisationseinheiten derselben ohne die nach diesem Gesetz erforderliche Bewilligung errichtet oder betreibt,
- b) eine nach § 5 bewilligungspflichtige Änderung einer Krankenanstalt ohne diese Bewilligung vornimmt,
- c) eine Krankenanstalt ohne Bewilligung nach § 6 Abs. 1 verpachtet oder auf einen anderen Rechtsträger überträgt,
- d) biomedizinische Forschungsvorhaben an einer Krankenanstalt durchführt, ohne die Ethikkommission nach § 12a zu befragen,
- e) eine der im Abs. 2 angeführten Übertretungen wiederholt oder in einer Art und Weise begeht, mit der eine erhebliche Gefährdung oder Schädigung von Menschen oder von Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege verbunden ist,

begeht eine Verwaltungsübertretung und ist von der Bezirksverwaltungsbehörde mit einer Geldstrafe bis zu 21.800 Euro zu bestrafen.

(2) Wer

- a) eine nach § 5 nicht bewilligungspflichtige Änderung nicht rechtzeitig anzeigt,
- b) die Bezeichnung einer Krankenanstalt ohne Bewilligung nach § 6 Abs. 1 ändert,
- c) entgegen § 10 Abs. 4 die Anstaltsordnung ändert,
- d) den Verpflichtungen nach den §§ 9b Abs. 6, 10 Abs. 5 und 13a Abs. 6 nicht nachkommt,
- e) gegen die genehmigte Anstaltsordnung gröblich verstößt,
- f) gegen die Verschwiegenheitspflicht nach § 14 verstößt,
- g) den Verpflichtungen nach § 15 nicht nachkommt,
- h) wiederholt gegen § 17 Abs. 2 lit. a oder die Buchführungsvorschriften nach § 17 Abs. 3 verstößt,
- i) dem Verbot nach § 21 zuwiderhandelt,
- j) den Verpflichtungen nach § 28 nicht nachkommt,
- k) nach § 38 Abs. 5 anzeigepflichtige Untersuchungen und Behandlungen nicht oder nicht rechtzeitig anzeigt oder ohne Anzeige bzw. trotz Untersagung durchführt,

begeht eine Verwaltungsübertretung und ist von der Bezirksverwaltungsbehörde mit einer Geldstrafe bis zu 3.630 Euro zu bestrafen.

(3) Der Landesregierung ist eine Ausfertigung jeder rechtskräftigen Entscheidung in Verwaltungsstrafsachen zu übersenden.

§ 64a

Umsetzung von Unionsrecht

Durch dieses Gesetz werden folgende Richtlinien umgesetzt:

1. Richtlinie 2001/20/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln, ABl. 2001 Nr. L 121, S. 34;
2. Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates 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. 2003 Nr. L 33, S. 30;
3. Richtlinie 2004/33/EG der Kommission zur Durchführung der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich bestimmter technischer Anforderungen für Blut und Blutbestandteile, ABl. 2004 Nr. L 91, S. 25;
4. Richtlinie 2005/62/EG der Kommission zur Durchführung der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf gemeinschaftliche Standards und Spezifikationen für ein Qualitätssystem für Blutspendeeinrichtungen, ABl. 2005 Nr. L 256, S. 41;
5. Richtlinie 2010/53/EU des Europäischen Parlaments und des Rates über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe, ABl. 2010 Nr. L 207, S. 14, in der Fassung der Berichtigung ABl. 2010 Nr. L 243, S. 68;
6. Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. 2011 Nr. L 88, S. 45.

§ 65

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt mit 7. Jänner 1957 in Kraft.
- (2) Mit diesem Zeitpunkt treten alle früheren einschlägigen Vorschriften außer Kraft. Insbesondere treten außer Kraft:
 - a) das Gesetz vom 17. Februar 1864, RGBl. Nr. 22, in betreff der Verpflegungsgebühren in öffentlichen Gebär- und Irrenanstalten;
 - b) das Gesetz vom 1. Mai 1869, RGBl. Nr. 58, wodurch die Frist bestimmt wird, nach Ablauf welcher die Verpflegskostenersatzansprüche der allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten an die Landesfonds erlöschen;
 - c) die Bestimmungen des § 2 lit. b des Gesetzes vom 30. April 1870, RGBl. Nr. 68, betreffend die Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes, soweit sie sich nicht auf Heilbäder und Gesundbrunnen beziehen, und die Bestimmungen des § 4 lit. e des genannten Gesetzes;
 - d) die Verordnung des k. k. Ministeriums des Innern im Einvernehmen mit dem k. k. Justizministerium vom 14. Mai 1874, RGBl. Nr. 71, mit welcher Bestimmungen in betreff des Irrenwesens erlassen werden, in der Fassung der Ministerialverordnung vom 4. Juli 1878, RGBl. Nr. 87;
 - e) der Erlaß des k. k. Ministeriums des Innern vom 2. März 1892, Zl. 14.498 ex 1891, betreffend die bei Bewilligungen zur Errichtung von privaten Humanitäts-, Heil- und Kuranstalten, Heilbädern und Gesundbrunnen aller Art festzuhaltenden Grundsätze;
 - f) das Gesetz vom 15. Juli 1920, StGBI. Nr. 327, über die Errichtung, die Erhaltung und den Betrieb öffentlicher Heil- und Pflegeanstalten (Krankenanstaltengesetz), in der Fassung des Bundesgesetzes vom 3. Februar 1923, BGBl. Nr. 72, und in der Fassung des Landesgesetzes vom 13. November 1951, LGBl. Nr. 4/1952;
 - g) das Landesgesetz vom 10. Februar 1927 betreffend die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, LGBl. Nr. 17;
 - h) das Landesgesetz vom 28. September 1928, betreffend Heil- und Pflegeanstalten sowie Gebär- und Irrenanstalten, LGBl. Nr. 41;
 - i) das Landesgesetz vom 2. April 1936 betreffend die Verpflichtung der Ortsgemeinden zum Rückersatz der für Tiroler Landesbürger aus dem Tiroler Landeshaushalt bezahlten Verpflegskosten, LGBl. Nr. 16;
 - j) Abschnitt C der ersten Ausführungsanordnung zur XVII. Verordnung zur Einführung steuergesetzlicher Vorschriften in Österreich, RMBliV. Nr. 34/1939, S. 1727;

- k) das Landesgesetz vom 16. Februar 1951, LGBl. Nr. 13, womit Ausführungsbestimmungen zu § 57 Abs. 1 und 2 des Bundesgesetzes vom 30. März 1949, BGBl. Nr. 92, über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz) erlassen wurden, in der Fassung vom 16. Juli 1956, LGBl. Nr. 35;
- l) das Landesgesetz vom 16. Juli 1956 zur Ausführung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955, LGBl. Nr. 34.