

Gesamte Rechtsvorschrift für Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, Fassung vom 05.02.2026**Langtitel**

Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)
StF: BGBI. Nr. 1/1957 (NR: GP VIII AB 164 S. 22. BR: S. 121.)

Änderung

BGBI. Nr. 27/1958 (NR: GP VIII IA 48/A AB 398 S. 53. BR: S. 131.)
BGBI. Nr. 50/1973 (VfGH)
BGBI. Nr. 281/1974 (NR: GP XIII RV 769 AB 1096 S. 106. BR: S. 331.)
BGBI. Nr. 90/1976 (VfGH)
BGBI. Nr. 659/1977 (NR: GP XIV RV 656 AB 682 S. 78. BR: AB 1761 S. 370.)
BGBI. Nr. 456/1978 (NR: GP XIV IA 101/A AB 963 S. 98. BR: AB 1883 S. 378.)
BGBI. Nr. 106/1979 (NR: GP XIV IA 152/A AB 1197 S. 119. BR: AB 1986 S. 384.)
BGBI. Nr. 273/1982 (NR: GP XV RV 969 AB 1089 S. 116. BR: S. 424.)
BGBI. Nr. 122/1983 (NR: GP XV IA 220/A AB 1336 S. 139. BR: AB 2621 S. 430.)
BGBI. Nr. 218/1985 (NR: GP XVI IA 123/A AB 538 S. 77. BR: AB 2936 S. 456.)
BGBI. Nr. 565/1985 (NR: GP XVI AB 819 S. 120. BR: AB 3066 S. 470.)
BGBI. Nr. 282/1988 (NR: GP XVII RV 546 AB 589 S. 64. BR: 3478 AB 3482 S. 502.)
BGBI. Nr. 745/1988 (NR: GP XVII RV 504 AB 814 S. 87. BR: AB 3612 S. 510.)
BGBI. Nr. 157/1990 (NR: GP XVII AB 1204 S. 132. BR: 3817 AB 3822 S. 526.)
BGBI. Nr. 70/1991 (NR: GP XVIII IA 63/A AB 55 S. 13. BR: AB 4021 S. 537.)
BGBI. Nr. 233/1991 (NR: GP XVIII RV 11 AB 108 S. 26. BR: AB 4043 S. 540.)
BGBI. Nr. 701/1991 (NR: GP XVIII RV 326 AB 344 S. 53. BR: AB 4185 S. 548.)
BGBI. Nr. 186/1992 (VfGH)
BGBI. Nr. 801/1993 (NR: GP XVIII RV 1080 AB 1257 S. 133. BR: 4643 AB 4652 S. 575.)
BGBI. Nr. 474/1995 (NR: GP XIX RV 219 AB 256 S. 41. BR: AB 5036 S. 602.)
BGBI. Nr. 732/1995 (NR: GP XIX RV 232 AB 329 S. 52. BR: AB 5093 S. 605.)
BGBI. Nr. 853/1995 (NR: GP XIX IA 407/A AB 389 S. 57. BR: AB 5121 S. 606.)
BGBI. Nr. 751/1996 (NR: GP XX RV 379 AB 429 S. 49. BR: 5303, 5304 AB 5324 S. 619.)
BGBI. I Nr. 95/1998 (NR: GP XX IA 745/A AB 1269 S. 128. BR: AB 5707 S. 642.)
BGBI. I Nr. 80/2000 (NR: GP XXI RV 182 AB 233 S. 32. BR: AB 6186 S. 667.)
BGBI. I Nr. 135/2000 (NR: GP XXI RV 296 AB 366 S. 44. BR: AB 6275 S. 670.)
BGBI. I Nr. 5/2001 (NR: GP XXI RV 396 AB 409 S. 52. BR: 6291 AB 6286 S. 671.)
BGBI. I Nr. 136/2001 (NR: GP XXI RV 742 AB 824 S. 81. BR: 6458 AB 6459 S. 681.)
BGBI. I Nr. 64/2002 (NR: GP XXI AB 994 S. 94. BR: AB 6580 S. 685.)
BGBI. I Nr. 65/2002 (NR: GP XXI RV 772 AB 885 S. 83. BR: 6488 AB 6496 S. 682.)
BGBI. I Nr. 90/2002 (NR: GP XXI RV 1067 AB 1100 S. 104. BR: AB 6658 S. 688.)
BGBI. I Nr. 35/2004 (NR: GP XXII RV 384 AB 440 S. 56. BR: AB 7025 S. 707.)
[CELEX-Nr.: 32001L0020]
BGBI. I Nr. 156/2004 (NR: GP XXII RV 702 AB 731 S. 89. BR: 7159 AB 7181 S. 717.)
BGBI. I Nr. 168/2004 (NR: GP XXII RV 676 AB 718 S. 90. BR: AB 7179 S. 717.)
[CELEX-Nr.: 32002L0098, 32004L0033]
BGBI. I Nr. 179/2004 (NR: GP XXII RV 693 AB 711 S. 90. BR: AB 7175 S. 717.)
BGBI. I Nr. 155/2005 (NR: GP XXII RV 1086 AB 1136 S. 125.)
[CELEX-Nr.: 31978L0686, 31978L0687, 31993L0016]
BGBI. I Nr. 122/2006 (NR: GP XXII RV 1414 AB 1495 S. 150. Einspr. d. BR: 1621 AB 1630 S. 160.
BR: 7539 AB 7601 S. 736.)
BGBI. I Nr. 101/2007 (NR: GP XXIII RV 297 AB 352 S. 40. BR: 7796 AB 7828 S. 751.)
BGBI. I Nr. 49/2008 (NR: GP XXIII RV 261 AB 343 S. 40. BR: AB 7823 S. 751.)
[CELEX-Nr.: 32004L0023, 32006L0017, 32006L0086]
BGBI. I Nr. 124/2009 (NR: GP XXIV RV 237 AB 404 S. 45. BR: AB 8210 S. 779.)
BGBI. I Nr. 61/2010 (NR: GP XXIV RV 779 AB 853 S. 74. BR: 8352 AB 8374 S. 787.)
[CELEX-Nr.: 32004L0083]

BGBI. I Nr. 69/2011 (NR: GP XXIV RV 1200 AB 1348 S. 114. BR: AB 8566 S. 799.)
BGBI. I Nr. 147/2011 (NR: GP XXIV RV 1519 AB 1587 S. 135. BR: AB 8630 S. 803.)
BGBI. I Nr. 108/2012 (NR: GP XXIV RV 1935 AB 1980 S. 179. BR: 8814 AB 8819 S. 815.)
[CELEX-Nr.: 32010L0053]
BGBI. I Nr. 81/2013 (NR: GP XXIV RV 2243 AB 2255 S. 200. BR: AB 8961 S. 820.)
BGBI. I Nr. 32/2014 (NR: GP XXV RV 33 AB 77 S. 17. BR: AB 9151 S. 828.)
[CELEX-Nr: 31989L0105, 32009L0050, 32011L0024, 32011L0051, 32011L0095, 32011L0098,
32012L0052, 32013L0025]
BGBI. I Nr. 3/2016 (NR: GP XXV RV 912 AB 974 S. 111. BR: AB 9531 S. 850.)
BGBI. I Nr. 26/2017 (NR: GP XXV RV 1333 AB 1373 S. 157. BR: 9665 AB 9704 S. 863.)
BGBI. I Nr. 59/2017 (NR: GP XXV RV 1461 AB 1528 S. 173. BR: AB 9764 S. 866.)
BGBI. I Nr. 131/2017 (NR: GP XXV IA 2255/A AB 1714 S. 188. BR: AB 9882 S. 871.)
BGBI. I Nr. 37/2018 (NR: GP XXVI RV 108 AB 139 S. 23. BR: 9967 AB 9970 S. 880.)
[CELEX-Nr.: 32017L2399, 32017L1572]
BGBI. I Nr. 100/2018 (NR: GP XXVI RV 329 AB 413 S. 57. BR: 10079 AB 10082 S. 888.)
BGBI. I Nr. 13/2019 (NR: GP XXVI RV 374 AB 439 S. 57. BR: AB 10117 S. 888.)
BGBI. I Nr. 14/2019 (NR: GP XXVI RV 301 AB 463 S. 57. BR: AB 10104 S. 888.)
BGBI. I Nr. 16/2020 (NR: GP XXVII IA 397/A AB 112 S. 19. BR: AB 10288 S. 904.)
BGBI. I Nr. 23/2020 (NR: GP XXVII IA 402/A AB 115 S. 22. BR: AB 10291 S. 905.)
BGBI. I Nr. 136/2020 (NR: GP XXVII IA 1120/A AB 563 S. 71. BR: 10471 AB 10518 S. 917.)
BGBI. I Nr. 192/2021 (NR: GP XXVII IA 1924/A AB 1072 S. 125. BR: 10749 AB 10755 S. 931.)
BGBI. I Nr. 9/2022 (NR: GP XXVII RV 1295 AB 1309 S. 139. BR: 10862 AB 10869 S. 937.)
BGBI. I Nr. 20/2022 (NR: GP XXVII AB 1345 S. 141. BR: AB 10902 S. 938.)
BGBI. I Nr. 79/2022 (NR: GP XXVII IA 2488/A AB 1481 S. 156. BR: AB 10961 S. 941.)
BGBI. I Nr. 191/2023 (NR: GP XXVII RV 2310 AB 2362 S. 243. BR: AB 11388 S. 962.)
BGBI. I Nr. 24/2024 (NR: GP XXVII IA 3867/A AB 2438 S. 252. BR: 11419 AB 11424 S. 964.)
BGBI. I Nr. 50/2025 (NR: GP XXVIII RV 129 AB 151 S. 35. BR: 11651 AB 11654 S. 980.)

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Text**ERSTER TEIL.****Grundsätzliche Bestimmungen über Krankenanstalten (Art. 12 Abs. 1 Z 2 des Bundes-Verfassungsgesetzes).**

(Anm.: richtig: Art. 12 Abs. 1 Z 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes)

Hauptstück A.**Begriffsbestimmungen.**

§ 1. (1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die
1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung,
2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
4. zur Entbindung,
5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder
6. zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation
bestimmt sind.

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 2. (1) Krankenanstalten im Sinne des § 1 sind:

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1);
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltpflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig;
6. militärische Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres gemäß § 2 des Wehrgesetzes 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, stehen.

(2) Als Krankenanstalten im Sinne des § 1 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, und arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, BGBl. Nr. 450/1994, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 70/1999 (ASchG);
- c) Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, daß die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;
- d) die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH im Sinne des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 63/2002 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 63/2009;
- e) Gruppenpraxen;
- f) medizinische Versorgungseinrichtungen in Betreuungseinrichtungen gemäß § 1 Z 5 des Grundversorgungsgesetzes-Bund 2005, BGBl. Nr. 405/1991, für Asylwerber,
- g) medizinische Versorgungseinrichtungen für an COVID-19 Erkrankte und Krankheitsverdächtige für die Dauer der Pandemie.

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

(4) Soweit in diesem Bundesgesetz die Begriffe „Medizinische Universität“ oder „Universität, an der eine medizinische Fakultät eingerichtet ist“ verwendet werden, sind darunter die gemäß § 6 des Universitätsgesetzes 2002, BGBl. I Nr. 120/2002, errichteten Universitäten zu verstehen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 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 Sinne der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein

und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein.

b) Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 4 mit Abteilungen zumindest für:

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

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

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

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

(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass

1. die Voraussetzungen des Abs. 1 auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern
 - a) diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind, wobei die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 3d geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig ist, und
 - b) die örtlich getrennt untergebrachten Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten die Versorgung in dem Umfang wahrnehmen, die der Versorgungsstufe des jeweiligen Krankenhauses oder Krankenhausstandortes gemäß § 3 Abs. 3a entspricht.
2. in Standardkrankenanstalten die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG auch durch eine Zentrale Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden kann und
3. von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen und sonstiger Einrichtungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte oder sonstigen Einrichtungen mit einem Leistungsangebot der jeweils erforderlichen Versorgungsstufe und Erfüllung der zugehörigen Anforderungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

(Anm.: Abs. 4 aufgehoben durch Art. 2 Z 3, BGBl. I Nr. 26/2017)

(5) Die Landesgesetzgebung kann für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b sowie Abs. 4, soweit dort vorgesehen, und nach Maßgabe des § 2b die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen vorsehen:

1. Departments

(Anm.: lit. a aufgehoben durch Z 2, BGBl. I Nr. 13/2019)

- 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, wobei die Landesgesetzgebung weitere fachlich in Betracht kommende Abteilungen dafür vorsehen kann,

(Anm.: lit. d aufgehoben durch Z 2, BGBl. I Nr. 13/2019)

- 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

- a) für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Urologie und
- b) für Chirurgie, Kinder- und Jugendheilkunde, in Ausnahmefällen auch für Gynäkologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (der Grundversorgung) bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, nur in Standardkrankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a,

3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach sowie

4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

§ 2b. (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 § 8 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. Departments als bettenführende Einrichtungen für Remobilisation und Nachsorge sowie für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 15 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Auf diese Mindestbettenanzahl können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden. Departments müssen nach Maßgabe des § 8 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 2a Abs. 5 Z 1 eingerichtet werden.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeit für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 2a Abs. 5 Z 2. Auf diese Bettenanzahl können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunktes ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung

der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.

3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen. Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten zulässig. Betriebszeiten dislozierter Wochenkliniken sind auf Wochenbetrieb und Öffnungszeiten tageszeitlich einschränkbar. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Die Anstaltsordnung kann abweichende Regelungen für Feiertage vorsehen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie weisen eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten auf. Außerhalb der Öffnungszeit aber während der Betriebszeit ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden.

(3) Fachschwerpunkte sowie dislozierte Wochen- und Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder

1. eigenständig geführt werden und hinsichtlich Qualitätssicherung, Komplikationsmanagement, Sicherung der Nachsorge sowie ärztlicher Ausbildung an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein (Partnerabteilung) oder
2. nicht eigenständig als Satellit eingerichtet werden. Die ärztliche Versorgung von als Satelliten eingerichteten Fachschwerpunkten sowie dislozierten Wochen- und Tageskliniken hat durch eine Abteilung derselben Fachrichtung zu erfolgen, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung) oder
3. im Rahmen von standortübergreifenden Abteilungen gemäß Abs. 4 geführt werden.

(4) Abteilungen gemäß Abs. 1 können unter gemeinsamer Leitung unter folgenden Voraussetzungen standortübergreifend geführt werden:

1. Am Krankenanstalten-Standort der höchsten Versorgungsstufe ist die Organisationseinheit jedenfalls nach den Kriterien gemäß Abs. 1 eingerichtet. An anderen Standorten können die Organisationseinheiten die Kriterien gemäß Abs. 1 oder 2 erfüllen.
2. Im jeweiligen RSG sind die standortübergreifenden Abteilungen an den entsprechenden Standorten mit ihren Organisationseinheiten nach den Kriterien gemäß Abs. 1 bis 3 explizit ausgewiesen.
3. Die Leistungsspektren der Organisationseinheiten an den jeweiligen Standorten sind analog zu jenen in der Leistungsmatrix des ÖSG für Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten vorgesehenen Leistungsspektren zu definieren .
4. Für die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenanstalten-Standorts und die nach Abs. 1 oder 2 eingerichteten Organisationseinheiten sind die einzuhaltenden Kriterien hinsichtlich Vorhaltung und Betrieb an allen Standorten zu erfüllen.
5. § 3 Abs. 3a ist analog anzuwenden.
6. Es muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Infrastruktur vorbehalten bleiben.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Referenzzentren

§ 2c. 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, Traumatologie, Geburtshilfe/Perinatalversorgung, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene einschließlich Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, sowie
2. Herzchirurgie, Traumaversorgung, Kinder- und Jugendheilkunde (inklusive Kinder- und Jugendchirurgie), Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Hauptstück B.**Allgemeine Bestimmungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten.****Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten**

§ 3. (1) Bettenführende Krankenanstalten bedürfen, sofern § 42d nicht anderes bestimmt, sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

- a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit ein Bedarf gemäß Abs. 2b und 2c gegeben ist;
- b) das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind;
- c) das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und
- d) gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

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

(2a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die Österreichische Gesundheitskasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(2b) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder

§ 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG), BGBI. I Nr. 26/2017, in der jeweils geltenden Fassung, geregelt ist.

(2c) Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

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

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann.

(2d) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 2c eingeholt werden.

(3) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b bis d ist nicht erforderlich, wenn eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs beantragt wird.

(3a) Weist eine Krankenanstalt mehrere Standorte auf (Mehrstandortkrankenanstalt), ist im Bescheid, mit dem die Errichtungsbewilligung erteilt wird, für jeden Standort gemäß dem zugeordneten Leistungsspektrum die Versorgungsstufe gemäß § 2a Abs. 1 festzulegen. Am jeweiligen Standort sind die für die festgelegte Versorgungsstufe je Leistungsbereich geltenden Vorgaben einzuhalten.

(4) Eine Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

- a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 2b oder 2c erteilt worden ist;
- b) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben der jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBI. I Nr. 26/2017, erfüllt sind;
- c) die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;
- d) gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 6) keine Bedenken bestehen;
- e) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 7 Abs. 1) namhaft gemacht wurde und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 7 Abs. 4) sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;
- f) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 5c erforderlich ist.

(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betriebe der bettenführenden Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 4 lit. b bis e gegeben sind.

(6) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt und in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 3 Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2c zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichtes das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG haben. Die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger zur Frage des Bedarfs haben im Wege des Dachverbandes zu erfolgen. Die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten hat die Möglichkeit, eine Stellungnahme in angemessener Frist abzugeben.

(7) Durch die Landesgesetzgebung sind nähere Vorschriften über die Voraussetzungen zur Bewilligung der Errichtung und des Betriebes sowie die Sperre einer Krankenanstalt, die entgegen den Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 betrieben wird, zu erlassen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien

§ 3a. (1) Selbständige Ambulatorien bedürfen, sofern § 42d nicht anderes bestimmt, sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

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

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien jeweils mit Kassenverträgen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen jeweils mit Kassenverträgen,
 - a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
 - b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,
2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind,
3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und
4. gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

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

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

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

(Anm.: Abs. 3a aufgehoben durch Art. 2 Z 7, BGBl. I Nr. 191/2023)

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn

1. der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang sowie das Einzugsgebiet in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG geregelt sind, oder
2. nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen, wobei die Österreichische Gesundheitskasse zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören ist, oder

3. bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ausgenommen in den Fällen des Abs. 4 ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitut sowie eine begründete Stellungnahme des jeweiligen Landesgesundheitsfonds hinsichtlich des Bedarfs unter Zugrundelegung der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

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

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

(8) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums – ausgenommen in den Fällen des Abs. 4 – betroffene Sozialversicherungsträger, hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichts das Recht der Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG haben. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3. Die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger zur Frage des Bedarfs haben im Wege des Dachverbandes zu erfolgen. Die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die zuständige Landesärztekammer bzw. bei selbstständigen Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer haben die Möglichkeit, eine Stellungnahme in angemessener Frist abzugeben.

(Anm.: Abs. 9 und 10 aufgehoben durch Art. 2 Z 10, BGBl. I Nr. 191/2023)

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 3b. (1) Eine Bewilligung zum Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn insbesondere

1. die Bewilligung zur Errichtung erteilt worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen erfüllt sind;
3. gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 6) keine Bedenken bestehen;
4. ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes (§§ 7 Abs. 1 und 7a Abs. 1) namhaft gemacht wurde sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird; und
5. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 5c erforderlich ist.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb des selbstständigen Ambulatoriums eines Krankenversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 1 bis 4 gegeben sind.

(3) Durch die Landesgesetzgebung sind nähere Vorschriften über die Voraussetzungen zur Bewilligung der Errichtung und des Betriebes sowie die Sperre eines selbstständigen Ambulatoriums, das entgegen den Bestimmungen der § 3a und Abs. 1 betrieben wird, zu erlassen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 3c. Bei der Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw. einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, 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 bzw. der Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, näher zu regeln.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten

§ 3d. (1) Eine örtlich getrennte Unterbringung gemäß § 2a Abs. 3 im grenznahen Gebiet eines Nachbarstaates ist nur für einzelne vorgesehene Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten in ihrer Gesamtheit zulässig und bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur räumlich beschränkt für beidseits in Staatsgrenznähe gelegene Krankenanstalten und nur dann erteilt werden, wenn nachgewiesen ist,

1. dass durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
2. dass das Vorhaben in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, vorgesehen ist,
3. dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird,
4. dass auf den Behandlungsvertrag österreichisches Recht anwendbar und ein österreichischer Gerichtsstand gegeben ist,
5. dass die Behandlung und Pflege von Pfleglingen ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung erfolgt.

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

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Entnahmeeinheiten

§ 3e. (1) Entnahmeeinheiten sind rechtskräftig bewilligte Krankenanstalten, die die Bereitstellung von Organen im Sinne des Organtransplantationsgesetzes, BGBl. I Nr. 108/2012, in der jeweils geltenden Fassung, durchführen oder koordinieren.

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

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Transplantationszentren

§ 3f. (1) Transplantationszentren sind Krankenanstalten, die Transplantationen im Sinne des Organtransplantationsgesetzes vornehmen und deren von der jeweiligen Landesregierung gemäß dem jeweiligen Landeskrankenanstaltengesetz erteilte Bewilligung dieses Leistungsangebot umfasst.

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

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 4. (1) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Bei Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben der jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

(2) Für die Erwerbung oder die Erweiterung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers sind die Bestimmungen der §§ 3a und 3b entsprechend anzuwenden.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 5. Die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung – auch einen Teils – auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung bedarf gleichfalls der Bewilligung der Landesregierung (§ 3 Abs. 2 lit. d und § 3a Abs. 2 Z 4).

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Patientenrechte, transparentes Wartelistenregime

§ 5a. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger von Krankenanstalten unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes zu verpflichten, daß

1. Pfleglinge Informationen über die ihnen zustehenden Rechte erhalten sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben können;
2. Pfleglinge ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben und sich aktiv an den Entscheidungsprozessen ihren Gesundheitszustand betreffend beteiligen 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. auch in Mehrbeträumen eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre gewährleistet ist;
8. neben der Erbringung fachärztlicher Leistungen 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 Versorgung von Kindern eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenräume gegeben ist.

(2) Durch die Landesgesetzgebung sind die nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten gemäß § 16 Abs. 1 zu verpflichten, ein transparentes Wartelistenregime in pseudonymisiert (Art. 4 Nr. 5 der Verordnung [EU] 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 04.05.2016 S. 1) Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkt Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkt Personen erkennbar zu machen sind.

(3) Die für den Eingriff vorgemerkt Person ist auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

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

(5) Pfleglinge sind auf Nachfrage über die Haftpflichtversicherung nach § 5c zu informieren.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Qualitätssicherung

§ 5b. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung und Maßnahmen zur Wahrung der Patientensicherheit vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(2) Die Träger von 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 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 das Rektorat oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität an. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Fakultät an einer Universität

dienen, gehört der Kommission der Vizerektor für den medizinischen Bereich oder ein vom Vizerektor für den medizinischen Bereich vorgeschlagener Universitätsprofessor an.

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

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Haftpflichtversicherung

§ 5c. (1) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass Krankenanstalten, die nicht durch eine Gebietskörperschaft, eine sonstige Körperschaft öffentlichen Rechts oder durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts stehen, betrieben werden, haben zur Deckung der aus ihrer Tätigkeit (§ 1) entstehenden Schadenersatzansprüche eine Haftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer abzuschließen und diese während der Dauer ihrer Betriebsbewilligung aufrecht zu erhalten. Bei Krankenanstalten, die durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts stehen, betrieben werden, besteht ein haftungsrechtlicher Durchgriff zur Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts, sofern keine Haftpflichtversicherung nach Satz 1 und Abs. 2 besteht.

(2) Für den Versicherungsvertrag muss Folgendes gelten:

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

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

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Anstaltsordnung.

§ 6. (1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt wird durch die Anstaltsordnung geregelt. Die Landesgesetzgebung hat nähere Vorschriften über den Inhalt der Anstaltsordnung zu erlassen, die insbesondere zu enthalten hat:

- a) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen und/oder in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und, neben diesen, auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranke und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
- b) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag

- (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik) oder in sonstigen Betriebsformen gemäß Abs. 7 aufgenommen werden;
- c) Regelungen betreffend die Leitung der in § 2b genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in Abs. 7 genannten Betriebsformen;
 - d) Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
 - e) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
 - f) das von Pfleglingen und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten;
 - g) die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;
 - h) Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 2b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 6 Abs. 7);
 - i) die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindenführhunde, Servicehunde und Signalhunde) und Therapiehunden (§ 39a des Bundesbehindertengesetzes, BGBl. Nr. 283/1990, in der jeweils geltenden Fassung) aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist.

(2) Die einzelnen Organisationseinheiten und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten. Sofern Betten für Pfleglinge von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Pfleglinge 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.

(4) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw. einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor ihrer Genehmigung hat der Träger der Krankenanstalt das Rektorat der Medizinischen Universität bzw. der Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, zu hören.

(5) Die Anstaltsordnungen und jede Änderung derselben bedürfen der Genehmigung durch die Landesregierung.

(6) Die Anstaltsordnung ist an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen. Überdies sind die Teile der Anstaltsordnung gemäß Abs. 1 lit. a und b sowie f und g den Pfleglingen zugänglich zu machen.

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

1. Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Pfleglingen aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 2b vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Pfleglinge jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können.
2. Als Wochenstation geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenstationen können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.
3. Als Tagesstation geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tagesstationen können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.
4. Als interdisziplinäre Aufnahme- bzw. Notfallstationen geführte Bettenbereiche für Erst- oder Kurzaufnahmen von Patientinnen und Patienten für maximal 36 Stunden im Not- oder Akutfall mit festgestellter Anstaltsbedürftigkeit bis zur Übernahme in andere bettenführende Organisationseinheiten oder direkten Entlassung.
5. Anstaltsambulancien gemäß § 26 können
 - a) als allgemeine Fachambulanz, als Spezialambulanz zur Diagnostik und/oder Therapie im Rahmen spezieller Aufgaben der Sonderfächer oder Zentrale Ambulante Erstversorgung gemäß Z 6 geführt werden,

- b) als Akut-Ambulanzen mit uneingeschränkter oder eingeschränkter Öffnungszeit oder als Termin-Ambulanzen mit eingeschränkter Öffnungszeit betrieben werden,
 - c) für die Versorgung in einem Sonderfach, für das am Krankenanstaltenstandort keine bettenführende Organisationseinheit geführt wird, nur dann betrieben werden, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich und dies im RSG vorgesehen ist. Solche Anstaltsambulatoren sind als dislozierte Ambulanz einer Partner- oder Mutterabteilung an einem anderen Standort einzurichten. § 2b Abs. 3 ist sinngemäß anzuwenden.
6. Zentrale Ambulante Erstversorgung als Akut-Ambulanzen zur Erstversorgung von Akut- und Notfallpatienten einschließlich basaler Unfallchirurgie, deren Leistungsspektrum auf den Umfang der allgemeinmedizinischen Versorgung beschränkt ist. Für die Zentrale Ambulante Erstversorgung gilt Folgendes:
- a) Die Organisation der Erstversorgung in den Bereichen Traumatologie bzw. Unfallchirurgie, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin sowie Kinder-Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin hat in Abstimmung mit der betreffenden in der Krankenanstalt eingerichteten Abteilung bzw. in Kooperation mit einem anderen Krankenanstaltenstandort zu erfolgen.
 - b) Patientinnen und Patienten sind nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung zunächst ambulant zu begutachten und erstzubehandeln oder abschließend zu behandeln.
 - c) Akutfälle können bei Bedarf auch bis zu 24 Stunden beobachtet werden.
 - d) Im Bedarfsfall sind Patientinnen und Patienten in den stationären Bereich aufzunehmen bzw. an die nächste für die Erkrankung geeignete Krankenanstalt weiterzuleiten.
 - e) Die Betriebszeit eigenständig geführter Einrichtungen zur Zentralen Ambulanten Erstversorgung ist tageszeitlich einschränkbar, wenn außerhalb der Betriebszeiten die Erstversorgung in der Krankenanstalt durch andere Organisationseinheiten sichergestellt ist.
 - f) Der Zentralen Ambulanten Erstversorgung kann eine interdisziplinäre Aufnahmestation (Z 4) direkt angeschlossen werden.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 6a. (1) Die Landesgesetzgebung kann Vorschriften über die kollegiale Führung der Krankenanstalten durch den ärztlichen Leiter (§ 7 Abs. 1), den Verwalter (§ 11 Abs. 1) und den Leiter des Pflegedienstes (§ 11a Abs. 1) erlassen. Die diesen Führungskräften nach den §§ 7 Abs. 1, 11 Abs. 1 und 11a Abs. 1 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen hiedurch nicht beeinträchtigt werden. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die kollegiale Führung ihre Aufgaben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 5b Abs. 3 erfüllen kann.

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Ärztlicher Dienst.

§ 7. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Pfleglinge zusammenhängenden Aufgaben zu bestellen. Für Pflegeanstalten für chronisch Kranke (§ 2 Abs. 1 Z 4) kann die Landesregierung von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand nehmen, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Anstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt (§ 11 Abs. 1).

(2) Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muß dieser durch einen geeigneten Arzt vertreten werden. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben.

(3) Der ärztliche Dienst in Krankenanstalten darf nur von Ärzten versehen werden, die nach den Vorschriften des Ärztegesetzes zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind.

(4) Mit der Führung von Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen von Krankenanstalten dürfen nur Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn aber ein Sonderfach nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte betraut werden. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen.

(4a) Sofern bestehende Abteilungen der medizinischen Sonderfächer Orthopädie und Unfallchirurgie zu einer Abteilung des medizinischen Sonderfaches Orthopädie und Traumatologie zusammengeführt werden, kann diese Abteilung von einem Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie oder von einem Facharzt für Unfallchirurgie geleitet werden, sofern in dieser Abteilung mindestens zwei Fachärzte des jeweils anderen medizinischen Sonderfaches tätig sind.

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

(6) Von Abs. 5 sind jene Stellen ausgenommen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden.

(7) Die Landesregierung hat eine im Sinne des Abs. 5 erteilte Genehmigung zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen hiefür entfallen sind, deren Nichtvorhandensein nachträglich hervorkommt oder die in Betracht kommenden Ärzte sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen ihre Pflichten schuldig gemacht haben.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 7a. (1) Mit der Führung von Zahnambulatorien dürfen entsprechend dem vorgesehenen Leistungsspektrum nur Zahnärzte oder Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie betraut werden. Umfasst das Leistungsspektrum sowohl Tätigkeiten, die der Zahnmedizin zuzuordnen sind, als auch Tätigkeiten, die dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zuzuordnen sind, so ist mit der Leitung entweder ein geeigneter Zahnarzt oder ein geeigneter Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu betrauen. Dabei ist sicherzustellen, dass dem zahnärztlichen bzw. ärztlichen Dienst ausreichend Zahnärzte und Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie angehören. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung der Leitung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sicherzustellen.

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

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

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

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 7b. (1) In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten, die als Universitätskliniken oder als Klinische Institute in Klinische Abteilungen gegliedert sind, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß § 7 Abs. 4 mit der Führung der Abteilung bzw. sonstigen Organisationseinheit betrauten Arzt, sondern dem Leiter der Klinischen Abteilung zu. In Abteilungen von Krankenanstalten, in deren Rahmen Departments gemäß § 3 Abs. 4 geführt werden, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß § 7 Abs. 4 mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt, sondern dem Leiter des Departments zu.

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

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

1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
2. in Zentralkrankenanstalten uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben ist; in Betracht kommende Sonderfächer sind über die in Z 3 genannten hinaus jene, in denen in Hinblick auf ein akutes Komplikationsmanagement eine fachärztliche Anwesenheit erforderlich ist. Dabei ist die gebotene Anzahl anwesender Fachärzte sicherzustellen. Im Übrigen kann auch in Zentralkrankenanstalten im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist,
3. in Schwerpunktankrankenanstalten jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie Neurologie und Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist; im übrigen kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;
4. in Standardkrankenanstalten im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt 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 gegeben ist; im übrigen müssen auch in Standardkrankenanstalten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein;
5. in Fachschwerpunkten kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;
6. in dislozierten Wochekliniken gelten die Bestimmung zur Rufbereitschaft gemäß Z 3 und 4 sinngemäß und kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Pfleglinge durch die Partner- oder Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist;
7. in dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;

8. in Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien, deren Leistungsangebot, neben nichtinvasiven vorbereitenden oder begleitenden ärztlichen Leistungen lediglich die Erbringung therapeutischer Leistungen durch freiberuflich ausübbarer nicht-ärztliche Gesundheitsberufe umfasst, und in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, und für Heilmasseure nach dem MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, sowie die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und Personal nach dem MABG, BGBl. I Nr. 89/2012, und MTF-SHD-G, BGBl. Nr. 102/1961, gewährleistet ist;
 9. die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Zahnärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortfördern können;
 10. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist.
- (2) Pfleglinge von Krankenanstalten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Wissenschaft ärztlich bzw. zahnärztlich behandelt werden.
- (3) Die Träger der Krankenanstalten haben die Einholung der Einwilligung des Pfleglings in die medizinische Behandlung sicherzustellen und dafür zu sorgen, dass die Aufklärung im gebotenen Maß erfolgen kann.
- (4) Den Mitgliedern der Ausbildungskommissionen der Ärztekammern in den Bundesländern ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten, und in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen. Weiters sind ihnen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 8a. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Für jedes Zahnambulatorium ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten.

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

(4a) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Pfleglinge in pseudonymisierter Form zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger 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.

(6) In jeder Krankenanstalt sind in elektronischer Form laufend Aufzeichnungen über nosokomiale Infektionen zu führen.

(7) Die Leitung jeder Krankenanstalt hat die in ihrem Wirkungsbereich erfassten nosokomialen Infektionen zu bewerten und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Maßnahmen zur Abhilfe und Prävention zu ziehen und dafür zu sorgen, dass die erforderlichen Maßnahmen umgehend umgesetzt werden.

(8) Die Landesgesetzgebung hat die Träger der Krankenanstalten zu verpflichten, an einer österreichweiten, regelmäßigen und systematischen Erfassung von nosokomialen Infektionen teilzunehmen und die dafür erforderlichen anonymisierten Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium jährlich in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 8b. (1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat eine fachlich geeignete Person zur Wahrnehmung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der in der Krankenanstalt verwendeten medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen zu bestellen (Technischer Sicherheitsbeauftragter). Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat die medizinischtechnischen Geräte und die technischen Einrichtungen der Krankenanstalt zum Schutz der in Behandlung stehenden Personen regelmäßig zu überprüfen bzw. für solche Überprüfungen zu sorgen. Er hat ferner für die Beseitigung von Gefahren, die sich aus festgestellten Mängeln ergeben, sowie für die Behebung der Mängel zu sorgen. Vom Ergebnis der Überprüfungen bzw. von festgestellten Mängeln und deren Behebung sind unverzüglich der ärztliche Leiter (§ 7 Abs. 1) und der Verwalter (§ 11 Abs. 1) in Kenntnis zu setzen.

(3) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat bei seiner Tätigkeit mit den zur Wahrnehmung des Schutzes des Lebens oder der Gesundheit von Menschen nach den Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes, BGBI. Nr. 227/1969, zuletzt geändert durch BGBI. Nr. 657/1996, bestellten Personen und den Präventivdiensten nach dem 7. Abschnitt des ASchG, zusammenzuarbeiten.

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 8c. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben zur Beurteilung

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

in der Krankenanstalt Ethikkommissionen einzurichten. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, daß eine Ethikkommission auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet wird. Die Träger sind zu verpflichten, durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung den Ethikkommissionen zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen. Die Träger sind berechtigt, vom Sponsor bzw. sonst zur Befassung Berechtigten oder Verpflichteten einen Kostenbeitrag entsprechend der erfahrungsgemäß im Durchschnitt erwachsenden Kosten einer Beurteilung zu verlangen.

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

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

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

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

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

1. einem Arzt, der im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigt ist, und weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfer bzw. Klinischer Prüfer ist,
2. einem Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt, oder gegebenenfalls einem Zahnarzt, und die nicht Prüfer sind, und gegebenenfalls einem sonstigen entsprechenden Angehörigen eines Gesundheitsberufes,
3. einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege,
4. einem Juristen,
5. einem Pharmazeuten,
6. einem Patientenvertreter (§ 11e),
7. einer Person, die über biometrische Expertise verfügt,
8. je einem Vertreter einer repräsentativen Behindertenorganisation sowie einem Vertreter der Senioren, welcher einer Seniorenorganisation, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengegesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, entspricht, anzugehören hat und
9. einer weiteren, nicht unter Z 1 bis 8 fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt.

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

(4a) Bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden hat der Ethikkommission überdies eine Person anzugehören, die über Expertise hinsichtlich Methoden der qualitativen Forschung verfügt.

(5) 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 anzugehören. Erforderlichenfalls sind weitere Experten beizuziehen.

(5a) Die Mitglieder der Ethikkommission haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie gegenüber dem Träger vollständig offenzulegen. Sie haben sich ihrer Tätigkeit in der Ethikkommission – unbeschadet weiterer allfälliger Befangenheitsgründe – in allen

Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

(6) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die von der Landesregierung zu genehmigen ist. Weiters hat die Landesgesetzgebung sicherzustellen, daß die Mitglieder der Ethikkommissionen keinen Weisungen unterliegen.

(6a) 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.

(7) Über jede Sitzung der Ethikkommissionen ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfer, bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode, einem angewandten medizinischen Forschungsprojekt oder neuem Behandlungskonzept und -methode auch dem Leiter der Organisationseinheit, bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden dem Leiter des Pflegedienstes und den ärztlichen Leitern der betroffenen Organisationseinheiten zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen gemäß § 10 Abs. 1 Z 3 aufzubewahren.

(8) Für Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw. Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dienen, ist eine Ethikkommission nach Abs. 1 nicht zu errichten, wenn an der Medizinischen Universität bzw. Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, nach universitätsrechtlichen Vorschriften eine gleichwertige Kommission eingerichtet ist, die die Aufgaben der Ethikkommission wahrt.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 8d. Die Landesgesetzgebung hat die Träger von bettenführenden Krankenanstalten zu verpflichten, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, 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, in denen keine kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Kinder- und Opferschutzgruppen

§ 8e. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger der nach ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten zu verpflichten, Kinderschutzgruppen einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, können Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

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

(3) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls als Vertreter des ärztlichen Dienstes ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie, Vertreter des Pflegedienstes und Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind, anzugehören. Die Kinderschutzgruppe kann, gegebenenfalls auch im Einzelfall, beschließen, einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen.

(4) Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger der nach ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten zu verpflichten, Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene

Opferschutzgruppe erfordert, können Opferschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

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

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

(7) Von der Einrichtung einer Opferschutzgruppe kann abgesehen werden, wenn die Kinderschutzgruppe unter Beachtung der personellen Vorgaben des Abs. 6 auch die Aufgaben der Opferschutzgruppe nach Abs. 5 erfüllen kann. Anstelle einer Opferschutzgruppe und einer Kinderschutzgruppe kann auch eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden, die unter Beachtung der personellen Vorgaben der Abs. 3 und 6 sowohl die Aufgaben nach Abs. 2 als auch nach Abs. 5 wahrnimmt.

(8) Wird ein Vorwurf erhoben oder besteht ein Verdacht, dass es zu sexuellen Übergriffen oder körperlichen Misshandlungen oder zur Zufügung seelischer Qualen eines Pfleglings durch Anstaltspersonal gekommen sei, so hat die Opferschutzgruppe eine unabhängige externe Person, etwa aus dem Bereich der Patientenanwaltschaften (§ 11e), beizuziehen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Blutdepot

§ 8f. (1) Jede nach Art und Leistungsangebot in Betracht kommende bettenführende Krankenanstalt hat über ein Blutdepot zu verfügen. Dieses dient der Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen sowie der Durchführung der Kompatibilitätstests für krankenhausinterne Zwecke. Es ist von einem fachlich geeigneten Facharzt zu leiten und mit dem zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen und fachlich qualifizierten Personal auszustatten. Der Leiter und das Personal müssen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig und regelmäßig auf den neuesten Stand der Wissenschaften gebracht werden.

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

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

(4) Die Landesgesetzgebung hat sicherzustellen, dass Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen durch Blutdepots den Anforderungen nach Artikel 29e der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Jänner 2003, zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen entspricht.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch

§ 8g. Allgemeine Krankenanstalten, an denen Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe betrieben werden, sowie Sonderkrankenanstalten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sind berechtigt, Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch zu betreiben.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Geheimhaltungspflicht

§ 9. (1) Für die bei Trägern von Krankenanstalten und in Krankenanstalten beschäftigten Personen sowie für die Mitglieder von Ausbildungskommissionen (§ 8 Abs. 4) und für die Mitglieder von Kommissionen gemäß § 8c besteht Geheimhaltungspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Geheimhaltungspflicht auferlegt ist. Die Verpflichtung zur Geheimhaltung erstreckt sich auf alle den Gesundheitszustand betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Pfleglinge, die ihnen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind, bei Eingriffen gemäß § 5 des Organtransplantationsgesetzes, BGBl. I Nr. 108/2012 auch auf die Person des Spenders und des Empfängers.

(2) Durchbrechungen der Geheimhaltungspflicht bestimmen sich nach den dienst- oder berufsrechtlichen Vorschriften. Im Übrigen besteht die Geheimhaltungspflicht 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) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften über die Ahndung von Zuwiderhandlungen gegen die Geheimhaltungspflicht zu erlassen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 9a. (1) Rechtsträger von Krankenanstalten sind ermächtigt, die im Rahmen des Betriebes einer Krankenanstalt nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes erforderlichen personenbezogenen Daten zum Zwecke der

1. Dokumentation und Auskunftserteilung (§ 10) sowie
2. Abrechnung (§§ 27 bis 30 und 40 Abs. 3)

unter Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung zu verarbeiten.

(2) Hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Abs. 1 sind die Pflichten und Rechte gemäß Art. 13, 14, 18 und 21 Datenschutz-Grundverordnung ausgeschlossen. Personenbezogene Daten gemäß Abs. 1, die der Geltendmachung, Ausübung und Verteidigung von Rechtsansprüchen dienen, dürfen jedenfalls bis zu 30 Jahre gespeichert und gegebenenfalls verarbeitet werden.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen

§ 10. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Krankenanstalten zu verpflichten:

1. über die Aufnahme und die Entlassung der Pfleglinge Vormerke zu führen, sowie im Fall der Ablehnung der Aufnahme und bei der Aufnahme nach § 22 Abs. 1 letzter Satz die jeweils dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;
2. Krankengeschichten anzulegen, in denen
 - a) die Vorgesichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Pfleglings 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 Pfleglings und
 - b) sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, darzustellen sind;
3. die Krankengeschichten mindestens 30 Jahre, allenfalls in Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder auf anderen gleichwertigen Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss, aufzubewahren; für Röntgenbilder, Videoaufnahmen und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sowie bei ambulanter Behandlung kann durch die

Landesgesetzgebung eine kürzere Aufbewahrungsfrist, mindestens jedoch zehn Jahre vorgesehen werden;

4. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern und Organen von Landesgesundheitsfonds im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Zahnärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfleglingen zu übermitteln;
- 4a. Pfleglingen Einsicht in ihre Krankengeschichte zu gewähren und nach Maßgabe des Art. 15 Abs. 3 der Datenschutz-Grundverordnung die Herstellung von Kopien zu ermöglichen;
5. den mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst betrauten Behörden alle Mitteilungen zu erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften erforderlich sind.
6. über Entnahmen nach § 5 Organtransplantationsgesetz, BGBl. I Nr. 108/2012 und § 4 Abs. 5 Gewebesicherheitsgesetz, BGBl. I Nr. 49/2008, Niederschriften zur Krankengeschichte aufzunehmen und gemäß Z 3 zu verwahren;
7. bei der Führung der Krankengeschichte Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 Patientenverfügungsgesetz, BGBl. I Nr. 55/2006) des Pfleglings zu dokumentieren;
8. im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche gemäß § 44 und § 5 Abs. 1 Organtransplantationsgesetz, BGBl. I Nr. 108/2012 zu dokumentieren.

(2) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Bestimmungen des Abs. 1 nicht berührt.

(3) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

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

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

(5) Die Landesgesetzgebung kann die Rechtsträger von Krankenanstalten ermächtigen, die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung von Krankengeschichten anderen Rechtsträgern zu übertragen, wenn für diese Rechtsträger und die in ihnen beschäftigten Personen eine gesetzliche Verschwiegenheitspflicht besteht oder durch die Landesgesetzgebung auferlegt wird. Die Ermächtigung kann auch die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung beinhalten. Die Übermittlungen von personenbezogenen Daten im Wege eines Auftragsverarbeiters, dem die Verarbeitung übertragen wurde, durch den Rechtsträger einer Krankenanstalt ist nur an Ärzte, Zahnärzte oder Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung die betroffenen Personen stehen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, dass in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017 in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Dieser Landeskrankenanstaltenplan hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) zu befinden. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende

Krankenanstaltenplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

- (2) Im Landeskrankenanstaltenplan ist jedenfalls festzulegen:
1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
 2. die maximale Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
 3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
 4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
 5. Art und Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort,
 6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,
 7. die minimale Anzahl an Tagesklinikplätzen und ambulanter Betreuungsplätze je Fachrichtung und Standort,
 8. Festlegung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen je Standort.

(3) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 2 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind in Zusammenhang mit § 3 Abs. 2b und 2c die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(4) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, den auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung im jeweiligen Landesgesundheitsfonds abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit auf der Homepage des jeweiligen Landes in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zum In-Kraft-Treten den Ländern gegenüber zur Ausführungsgesetzgebung
vgl. § 65 und Art. 1 3. Titel, BGBl. I Nr. 179/2004.

Wirtschaftsführung und Wirtschaftsaufsicht.

§ 11. (1) Für jede Krankenanstalt sind eine hiefür geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten und das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen. Für die Ausbildung und Weiterbildung der in der Krankenanstaltenverwaltung und -leitung tätigen Personen ist Vorsorge zu treffen.

(2) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand (§ 34) oder Zahlungen aus dem Landesgesundheitsfonds (§ 27b) erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Geburungskontrolle durch den Rechnungshof. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass die wirtschaftliche Aufsicht durch den Landesgesundheitsfonds wahrgenommen wird.

(3) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften über die Verwaltung und Wirtschaftsführung der Krankenanstalten, insbesondere über eine der Kostenermittlung und Kostenstellenrechnung zweckdienliche Form der Buchführung, zu erlassen. Krankenanstalten der in Abs. 2 erwähnten Art müssen jedenfalls alljährlich Voranschläge, Rechnungsabschlüsse und Dienstpostenpläne verfassen und der Landesregierung zur Genehmigung vorlegen.

(4) Der Abschluß von Verträgen nach § 148 Z 10 ASVG bedarf, soweit sich die Verträge auf Krankenanstalten beziehen, deren Rechtsträger nicht das Land ist, zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(5) Die Verträge sind innerhalb einer von der Landesgesetzgebung festzusetzenden Frist der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder der Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 4 gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht innerhalb einer durch die Landesgesetzgebung festzusetzenden Frist, die zwei Monate nicht übersteigen darf, die Genehmigung schriftlich versagt.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Pflegedienst

§ 11a. (1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist ein geeigneter Angehöriger der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters muss dieser von einem geeigneten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden.

(2) In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, 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 Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes – AÜG, BGBI. Nr. 196/1988, zuletzt geändert durch BGBI. I Nr. 104/2005, so ist das in § 35 Abs. 2 Z 1 und in § 90 Abs. 2 Z 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBI. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBI. I Nr. 69/2005, festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung

§ 11b. Die Landesgesetzgebung hat sicherzustellen, daß in den auf Grund des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots in Betracht kommenden Krankenanstalten eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie angeboten wird.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Supervision

§ 11c. Die Landesgesetzgebung hat die Träger der nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten zu verpflichten, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß den in der Krankenanstalt beschäftigten und einer entsprechenden Belastung ausgesetzten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird. Die Supervision ist durch fachlich qualifizierte Personen auszuüben.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

§ 11d. Die Träger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, daß eine regelmäßige Fortbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals gewährleistet ist.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Patientenvertretungen

§ 11e. Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, daß zur Prüfung allfälliger Beschwerden und auf Wunsch zur Wahrnehmung der Patienteninteressen unabhängige Patientenvertretungen (Patientensprecher, Ombudseinrichtungen oder ähnliche Vertretungen) zur Verfügung stehen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligung

§ 12. (1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung, insbesondere durch eine Änderung des Landeskrankenanstaltenplanes weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

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

- a) eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betrieb vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt;
- b) der Betrieb der Krankenanstalt entgegen der Vorschriften des § 35 unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

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

(4) Die Landesgesetzgebung kann die Einräumung von Behebungsfristen vorsehen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 13. (1) Dem Träger einer Krankenanstalt ist es verboten, selbst oder durch andere physische oder juristische Personen unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Krankenanstalt zu geben.

(2) Die näheren Bestimmungen über die bei Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften des Abs. 1 zu verhängenden Strafen sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Hauptstück C. Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten.

I. ABSCHNITT.

Allgemeines.

§ 14. Unter öffentlichen Krankenanstalten sind Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bis 3 bezeichneten Arten zu verstehen, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen worden ist.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes.

§ 15. Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt verliehen werden, wenn sie den Vorgaben der jeweiligen Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, entspricht, sie gemeinnützig ist, die Erfüllung der ihr in diesem Bundesgesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und wenn sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird. Wenn der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft ist, so ist ferner nachzuweisen, daß ihr Rechtsträger über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt. Ein Anspruch auf die Verleihung besteht nicht.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zum In-Kraft-Treten den Ländern gegenüber zur Ausführungsgesetzgebung
vgl. § 65 und Art. 13. Titel, BGBl. I Nr. 179/2004.

- § 16.** (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn
- a) ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
 - b) jeder Aufnahmsbedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird (§ 22 Abs. 2);
 - 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 einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Pfleglinge maßgeblich ist;
 - e) LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren für alle Pfleglinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;
 - f) die Bediensteten der Krankenanstalt unbeschadet der §§ 27 Abs. 4 und 46 Abs. 1 von den Pfleglingen oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen und
 - g) die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltpflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.

(2) Durch die Landesgesetzgebung wird bestimmt, unter welchen Voraussetzungen neben der allgemeinen Gebührenklasse eine Sonderklasse eingerichtet werden darf und unter welchen Bedingungen ein Pflegling in die Sonderklasse aufzunehmen ist. Die Sonderklasse hat durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes.

§ 17. (1) Das Öffentlichkeitsrecht wird von der Landesregierung verliehen. Die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes ist auf geeignete Weise zu verlautbaren.

(2) Bei Erweiterung einer öffentlichen Krankenanstalt durch Einrichtung einer neuen Abteilung, sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten oder eines neuen Ambulatoriums, bei ihrer Verlegung und bei sonstigen erheblichen Veränderungen in ihrem Betriebe sind die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht erneut zu überprüfen. Der Fortbestand oder das Erlöschen des Öffentlichkeitsrechtes ist im Sinne des Abs. 1 zu verlautbaren.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltpflege.

§ 18. (1) Jedes Land ist verpflichtet, unter Bedachtnahme auf die Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, Krankenanstaltpflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 22 Abs. 3) im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern 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 Anstaltpflege auch dadurch sichergestellt werden, daß diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes eingewiesen werden.

(Anm.: Abs. 2 aufgehoben durch Art. 2 Z 11, BGBl. I Nr. 26/2017)

(3) Durch die Landesgesetzgebung ist sicherzustellen, daß für anstaltsbedürftige Personen (§ 22 Abs. 3), insbesondere für unabweisbare Kranke (§ 22 Abs. 4), eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse vorhanden ist.

(4) Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltspflege kann die Landesgesetzgebung für die Errichtung und den Ausbau öffentlicher Krankenanstalten die Enteignung von Grundstücken und anderer dinglicher Rechte, vorsehen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Angliederungsverträge.

§ 19. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Pfleglingen der ersten Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), zulässig sind. Zur Rechtsgültigkeit solcher Verträge bedarf es der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem der jeweiligen Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(2) Für jene Fälle, in denen die beteiligten Krankenanstalten in verschiedenen Bundesländern liegen, ist in den Ausführungsgesetzen zu bestimmen, daß ein Angliederungsvertrag nur dann rechtsgültig ist, wenn jede der örtlich zuständigen Landesregierungen nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften den Vertrag genehmigt hat.

(3) Im Falle eines Angliederungsvertrages gelten die von der Hauptanstalt in der angegliederten Anstalt untergebrachten Pfleglinge als Pfleglinge der Hauptanstalt.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Arzneimittelkommission

§ 19a. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass eine Arzneimittelkommission auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet wird.

(2) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

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

(3) Die Träger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, dass die Arzneimittelkommission bei der Erfüllung ihrer Aufgabe unter Anwendung der Empfehlungen des Bewertungsboards gemäß § 62d insbesondere nachstehende Grundsätze berücksichtigt:

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

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

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

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

(6) Die Landesgesetzgebung hat sicher zu stellen, dass der Arzneimittelkommission jedenfalls ein Vertreter der Sozialversicherung angehört und dass im Wege der Geschäftsordnung der Arzneimittelkommission festgelegt wird, dass die Vorgangsweise gemäß Abs. 4 Z 3 mit diesem Vertreter abzustimmen ist. Darüber hinaus kann die Landesgesetzgebung weitere Vorschriften über die Arzneimittelkommission, insbesondere deren Zusammensetzung, über die Geschäftsordnung, die Einberufung der Kommission, die Verhandlungsführung sowie die von der Kommission allenfalls wahrzunehmenden Kontrollaufgaben, erlassen.

(7) Die Arzneimittelkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Weiters hat die Landesgesetzgebung sicherzustellen, dass die Mitglieder der Arzneimittelkommissionen in Ausübung ihrer Tätigkeit keinen Weisungen unterliegen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Arzneimittelvorrat.

§ 20. (1) In öffentlichen Krankenanstalten, in denen Anstaltsapotheken nicht bestehen, muss ein hinlänglicher Vorrat an Arzneimitteln, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind und entsprechend der von der Arzneimittelkommission gemäß § 19a erstellten Arzneimitteliste, angelegt sein. Für die Bezeichnung und Verwahrung sind die für die ärztlichen Hausapothen geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Eine Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist 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 Beziehung eines Bediensteten des Bundesinstituts für Arzneimittel in Wien, mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen.

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

(4) Öffentliche Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, haben Konsiliarapotheker zu bestellen, wenn durch die beliefernde Apotheke die Erfüllung der im Abs. 5 genannten Aufgaben nicht gewährleistet ist. 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 im Abs. 5 genannten Aufgaben 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 ferner in allen Arzneimittelangelegenheiten fachlich zu beraten und zu unterstützen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Öffentliche Stellenausschreibung.

§ 21. (1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, ein Department, einen Fachschwerpunkt, eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als Konsiliarärzte oder als Konsiliarzahnärzte bestellt werden sollen, sowie die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapotheke betraut werden sollen, sind öffentlich auszuschreiben. Für die Bewerbung ist eine angemessene Frist einzuräumen.

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

(3) Nähere Vorschriften über die Ausschreibung von zur Besetzung gelangenden Stellen, Begutachtung der Bewerber durch den Landessanitätsrat sowie über deren Reihung sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Aufnahme der Pfleglinge.

§ 22. (1) Pfleglinge können nur durch die Anstaltsleitung auf Grund der Untersuchung durch den hiezu bestimmten Anstalsarzt aufgenommen werden. Soll die Aufnahme des Pfleglings nur bis zur Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden sind, so dürfen nur solche Pfleglinge aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles das Vorhandensein einer derartigen Organisationseinheit für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird.

(2) Die Aufnahme von Pfleglingen 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 Anstalteinrichtungen Bedacht zu nehmen. Unabweisbare Kranke müssen in Anstaltpflege genommen werden. Öffentliche Krankenanstalten sind weiters verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Pfleglinge aufzunehmen.

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

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

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

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 23. (1) 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 Krankenanstaltpflege zu nehmen. Durch die Landesgesetzgebung ist unter Berücksichtigung der in der jeweiligen Krankenanstalt gegebenen räumlichen Verhältnisse die Zulässigkeit der Aufnahme sonstiger nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen vorzusehen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Entlassung von Pfleglingen.

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

(2) Bei der Entlassung eines Pfleglings ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbefehl anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseure 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 Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Entlassungsbefehl ist nach Entscheidung des Pfleglings diesem oder

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

(3) Kann der Pflegling nicht sich selbst überlassen werden, so ist der Träger der Sozialhilfe vor der Entlassung rechtzeitig zu verständigen.

(4) 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 Krankenanstaltpflege eingewiesen worden ist.

(5) Die Abschlussdokumentation einer Behandlung in einer Ambulanz gilt als Entlassungsbefehl. Die Abs. 2 und 4 sind sinngemäß anzuwenden.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Leichenöffnung (Obduktion).

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

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

(3) Über jede Obduktion ist eine Niederschrift zur Krankengeschichte aufzunehmen und gemäß § 10 Abs. 1 Z 3 zu verwahren.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Anstaltsambulatorien.

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

1. zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
2. zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß,
3. zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
4. über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltpflege,
5. im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- und Blutspenden,
6. zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten,
7. für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin oder
8. für die Erfüllung allenfalls darüber hinausgehender in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, festgelegter Aufgaben/Leistungen

notwendig ist.

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

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zum In-Kraft-Treten den Ländern gegenüber zur Ausführungsgesetzgebung
vgl. § 65 und Art. 1 3. Titel, BGBl. I Nr. 179/2004.

LKF-Gebühr; Pflege- und Sondergebühr

§ 27. (1) Mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Kosten der Beförderung des Pfleglings in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeföhrten Behandlung zusammenhängt –, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren nicht inbegriffen. Gleches gilt für Zusatzauslagen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pfleglings erbracht werden.

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand

(§ 55) dürfen der Berechnung des Eurowertes je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie der Berechnung der Pflegegebühren nicht zu Grunde gelegt werden.

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

1. ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren eingehoben werden können;
2. ob und welches Entgelt für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme vorgeschrieben werden kann;
3. ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind, sofern diese Leistungen nicht durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden;
4. in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Kosten für die im Abs. 2 genannten Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten einer erweiterten Heilfürsorge und der Beerdigung eingehoben werden können.

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4, §§ 27a und 46) darf von Pfleglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im Übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung eines Entgelts bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 27a. (1) Von sozialversicherten Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltpflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze durch den Landesgesundheitsfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 3,63 Euro pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflegling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltpflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen, die Anstaltpflege im Zusammenhang mit einer Organspende in Anspruch nehmen, sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind. Im Falle einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Pflegling transferiert wird.

(2) Die Landesgesetzgebung wird ermächtigt, ab dem Jahr 2005 den in Abs. 1 genannten Betrag so weit zu erhöhen, dass die Summe aller Kostenbeiträge nach Abs. 1 bis 6 maximal zehn Euro (Basis 2005) beträgt.

(3) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist von sozialversicherten Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltpflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze durch den Landesgesundheitsfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, durch den Träger der Krankenanstalt für die Landesgesundheitsfonds ein Beitrag in der Höhe von 1,45 Euro pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflegling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Beitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltpflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen, die Anstaltpflege im Zusammenhang mit einer Organspende in Anspruch nehmen, sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind. Im Falle einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Pflegling transferiert wird.

(4) Der Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. 282/1988, ergibt. Sofern die Landesgesetzgebung von der Möglichkeit der Erhöhung des Kostenbeitrages gemäß Abs. 2 insoweit

Gebrauch macht, dass dadurch für das Jahr 2005 die Summe aller Beiträge nach Abs. 1 bis 6 unter Berücksichtigung der Valorisierung zehn Euro übersteigen würde, ist diese erstmals für das Jahr 2006 vorzunehmen.

(5) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 und zum Beitrag gemäß Abs. 3 ist von sozialversicherten Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse und von Pfleglingen der Sonderklasse ein Beitrag von 0,73 Euro einzuhaben. Dieser Beitrag darf pro Pflegling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Beitragspflicht sind jedenfalls Personen, für die – abgesehen von der Sonderklassengebühr gemäß § 27 Abs. 4 Z 1 – bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltpflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen, die Anstaltpflege im Zusammenhang mit einer Organspende in Anspruch nehmen, sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind. Im Falle einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuhaben, in welche der Pflegling transferiert wird.

(6) Der Beitrag gemäß Abs. 5 wird von den Trägern der Krankenanstalten eingehoben und zur Entschädigung nach Schäden, die durch die Behandlung in diesen Krankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist, zur Verfügung gestellt. Die Landesgesetzgebung hat eine Entschädigung auch für Fälle vorzusehen, bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht gegeben ist, wenn es sich um eine seltene, schwerwiegende Komplikation handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt hat.

(7) Die Kostenbeiträge gemäß Abs. 1, 3 und 5 sind für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht einzuhaben.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Landesgesundheitsfonds

§ 27b. (1) Die an sozialversicherten Pfleglingen in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen sind mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren gemäß § 27 Abs. 4 über Landesgesundheitsfonds abzurechnen. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass auch Leistungen, die für nicht sozialversicherte Pfleglinge in Fondskrankenanstalten erbracht werden, über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden.

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

1. Im LKF-Kernbereich werden auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung die LKF-Punkte für den einzelnen Pflegling ermittelt.
2. Im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches kann die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesgesundheitsfonds auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen. Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:
 - a) Zentralversorgung,
 - b) Schwerpunktversorgung,
 - c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und
 - d) Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.

(3) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen, in welcher Form Leistungen im Nebenkostenstellenbereich und ambulante Leistungen an Patientinnen und Patienten gemäß Abs. 1 durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden. Dabei ist jedoch das Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant) anzuwenden. Dies kann durch die Landesgesetzgebung auch dem Landesgesundheitsfonds übertragen werden.

(4) Weiters können im Rahmen der Landesgesundheitsfonds Mittel für Ausgleichszahlungen vorgesehen werden.

(5) Die Übereinstimmung mit den Zielen des ÖSG und die Übereinstimmung mit den jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 179/2004, ist Voraussetzung dafür, dass der Träger der Krankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erhält. § 3 Abs. 3 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004, in der jeweils geltenden Fassung, ist anzuwenden.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zum In-Kraft-Treten den Ländern gegenüber zur Ausführungsgesetzgebung
vgl. § 65 und Art. 13. Titel, BGBl. I Nr. 179/2004.

§ 28. (1) Der Eurowert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflegling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Eurowert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das 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, die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzbuch kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Eurowert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat für alle öffentlichen und gemäß § 16 gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die nicht Fondskrankenanstalten sind, sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden.

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

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

(5) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(1a) Sofern es sich nicht um Fälle der Unabweisbarkeit handelt, kann die Landesgesetzgebung abweichend von Abs. 1 vorsehen, dass eine Aufnahme abgelehnt werden kann, wenn durch die Aufnahme

eine Krankenanstalt ihrem Versorgungsauftrag nach den jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, für Personen mit Wohnsitz im Bundesgebiet nicht mehr in einem angemessenem Zeitraum nachkommen könnte.

(1b) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass die Landesregierung vorsehen kann, dass für die Verrechnung von Leistungen für Personen, die auf Grund der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. Nr. L 88 vom 04.04.2011 S 45, aufgenommen werden, die entsprechenden Regelungen herangezogen werden, die für Personen gelten, die auf Grund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. 166 vom 30.04.2004 S. 1, zuletzt geändert durch die Verordnung (EU) Nr. 517/2013, ABl. Nr. L 158 vom 10.06.2013 S. 1, aufgenommen werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenen Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. 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,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zum In-Kraft-Treten den Ländern gegenüber zur Ausführungsgesetzgebung
vgl. § 65 und Art. 1 3. Titel, BGBl. I Nr. 179/2004.

Einbringung der LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pflegling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Entgelten für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, dass für zahlungsfähige Pfleglinge eine Vorauszahlung auf die zu erwartende LKF-Gebühr oder eine Vorauszahlung der Pflege(Sonder)gebühren für jeweils höchstens 30 Tage und der Kostenbeiträge für jeweils höchstens 28 Tage im Vorhinein zu entrichten ist.

(3) In den nach Abs. 1 von der Landesgesetzgebung zu erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, dass auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfleglinge die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 31. Die Landesgesetzgebung hat zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und auf welche Art die Träger der öffentlichen Fürsorge jene Pflegefälle überwachen dürfen, für deren Kosten sie aufzukommen haben.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zum In-Kraft-Treten den Ländern gegenüber zur Ausführungsgesetzgebung
vgl. § 65 und Art. 1 3. Titel, BGBl. I Nr. 179/2004.

§ 32. Die LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel.

§ 33. (1) Für Zwecke der Beitragsleistung zum Betriebsabgang öffentlicher Krankenanstalten ist durch die Landesgesetzgebung anzugeben, daß für solche Krankenanstalten jenes Gebiet, für dessen Bevölkerung sie zunächst bestimmt sind, als Beitragsbezirk und das darüber hinausreichende Einzugsgebiet als Krankenanstaltensprengel gebildet wird.

(2) Den Beitragsbezirk und den Krankenanstaltensprengel bilden die zu ihrem Gebiet gehörenden Gemeinden.

(3) Die Landesgesetzgebung kann auch bestimmen, daß das Landesgebiet Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel für alle öffentlichen Krankenanstalten ist.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zum In-Kraft-Treten den Ländern gegenüber zur Ausführungsgesetzgebung
vgl. § 65 und Art. 1 3. Titel, BGBl. I Nr. 179/2004.

Deckung des Betriebsganges.

§ 34. (1) Durch die Landesgesetzgebung ist anzugeben, dass bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirk, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, dass sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken.

(2) Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, dass an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.

(3) Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass die Mittel zur Deckung des Betriebsabganges durch den Landesgesundheitsfonds verteilt werden.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zum In-Kraft-Treten den Ländern gegenüber zur Ausführungsgesetzgebung
vgl. § 65 und Art. 1 3. Titel, BGBl. I Nr. 179/2004.

Betriebsunterbrechung und Auflassung.

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

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 11 Abs. 2) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat in dem Falle einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

(3) Durch die Landesgesetzgebung kann vorgesehen werden, daß Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 11 Abs. 2) nicht unterliegen, eine freiwillige Betriebsunterbrechung oder ihre Auflassung eine bestimmte Zeit vorher der Landesregierung anzugeben haben.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes.

§ 36. (1) Das Öffentlichkeitsrecht ist zu entziehen, wenn eine für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes im § 15 vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

(2) Wird die einer öffentlichen Krankenanstalt erteilte Bewilligung zur Errichtung oder zum Betrieb zurückgenommen (§ 12), so verliert sie gleichzeitig das Öffentlichkeitsrecht.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

II. ABSCHNITT.

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

Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie

§ 37. (1) Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie sind zur Aufnahme psychisch Kranke bestimmt.

(2) Zweck der Aufnahme ist

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

in den Fällen der Z 2, 3 und 4 einschließlich der allenfalls nötigen Abwehr von ernstlichen und erheblichen Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Kranke oder anderer Personen, wenn diese Gefahren im Zusammenhang mit der psychischen Krankheit stehen.

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 38. Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie sind grundsätzlich offen zu führen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 38a. (1) In Abteilungen und 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 Veränderung im Sinne des § 4 Abs. 1.

(3) Geschlossene Bereiche dienen der Anhaltung von psychisch Kranke, auf die das Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 18/2010, Anwendung findet. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung gemäß § 21 Abs. 1 StGB, nach den §§ 71

Abs. 3 und 167a StVG oder § 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 38b. Auch außerhalb geschlossener Bereiche kann in Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie durch geeignete organisatorische Maßnahmen vorgesorgt werden, daß psychisch Kranke Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit nach dem Unterbringungsgesetz unterworfen werden können. Hierbei ist sicherzustellen, daß andere psychisch Kranke in ihrer Bewegungsfreiheit nicht beeinträchtigt werden.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 38c. (1) Die Anstaltsordnung hat insbesondere die organisatorischen Besonderheiten der Betreuung psychisch Kranter 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.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 38d. (1) Für die Dokumentation und Aufbewahrung der nach dem Unterbringungsgesetz zu führenden Aufzeichnungen gilt § 10 sinngemäß.

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

1. Name der untergebrachten Personen,
2. weitergehende Beschränkungen (§ 33 Abs. 3 UbG) bei Personen nach Z 1,
3. Beginn und Ende der Unterbringung und weitergehender Beschränkungen,
4. anordnender Arzt,
5. allfällige Verletzungen, die der Kranke oder das Personal im Zusammenhang mit weitergehenden Beschränkungen erlitten haben.

Diese Dokumentation muss jedenfalls auch statistische Auswertungen ermöglichen.

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 38e. (1) Neben Abteilungen (§ 7 Abs. 4) haben auch Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie, in denen ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, unter der ärztlichen Leitung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie zu stehen.

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

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 38f. Die §§ 22 und 24 finden insoweit Anwendung, als sich nicht aus dem Unterbringungsgesetz anderes ergibt.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

**Hauptstück D.
Bestimmungen für private Krankenanstalten.****I. Abschnitt.****Allgemeine Vorschriften.**

§ 39. (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) Es ist sicherzustellen, dass in jedem Fall die dem Pflegling im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien berechnet werden.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 40. (1) 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) In Bundesländern, in denen öffentliche Krankenanstalten in einem ihrer Größe und der Zahl der Bevölkerung entsprechenden Ausmaße nicht bestehen, sind die von einer Gebietskörperschaft betriebenen Krankenanstalten zu verpflichten, Personen im Sinne des § 22 Abs. 2, 3 und 4 in Krankenanstaltspflege zu nehmen.
 - b) Der § 25 (Leichenöffnungen) mit der Maßgabe, dass Obduktionen durchzuführen sind, wenn diese wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes erforderlich sind. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift aufzunehmen.
 - c) Die §§ 16, 19a, ausgenommen Abs. 4, 23 Abs. 1, 24 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, 24 Abs. 2 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Pflegling die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird, §§ 24 Abs. 4, 26 und 35 Abs. 3.
 - d) Für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) finden darüber hinaus auch die §§ 19a Abs. 4, 27, 27a, 28 Abs. 3 und 4 und 32 Anwendung.
 - e) Der § 20 mit der Maßgabe, dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbstständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltszweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich zu kontrollieren haben.
- (2) Durch die Landesgesetzgebung können nähere Vorschriften darüber erlassen werden, ob, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang bei den von physischen Personen betriebenen Krankenanstalten Fortbetriebsrechte zulässig sind.
- (3) Die Krankenanstalt hat, sofern die Leistungen nicht über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden, nach erbrachter Leistung, eine Rechnung über diese auszustellen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

II. ABSCHNITT.

§ 41. Für die Führung von Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und in privaten Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie gelten die §§ 37 bis 40.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zum In-Kraft-Treten den Ländern gegenüber zur Ausführungsgesetzgebung
vgl. § 65 und Art. 13. Titel, BGBl. I Nr. 179/2004.

Hauptstück E. Gemeinsame Bestimmungen.

§ 42. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte, die die Landesbehörden auf Grund der einschlägigen Bestimmungen der Ausführungsgesetze der Länder zu diesem Teil dieses Bundesgesetzes erteilen beziehungsweise verfügen, sind dem Landeshauptmann unverzüglich bekanntzugeben. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Bundesgesundheitsagentur (§§ 56a ff) bekannt zu geben.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Zum In-Kraft-Treten den Ländern gegenüber zur Ausführungsgesetzgebung
vgl. § 65 und Art. 21 Titel 2, BGBl. I Nr. 65/2002.

Hauptstück F Kuranstalten

Definitionen

§ 42a. (1) Kuranstalten sind Einrichtungen, die der stationären oder ambulanten Anwendung medizinischer Behandlungsarten dienen, die sich aus einem ortsgebundenen natürlichen Heilvorkommen oder dessen Produkten im Sinne des Abs. 2 ergeben.

(2) Natürliche Heilvorkommen sind ortsgebundene natürliche Vorkommen, die auf Grund besonderer Eigenschaften und ohne Veränderung ihrer natürlichen Zusammensetzung eine wissenschaftlich anerkannte Heilwirkung ausüben oder erwarten lassen.

(3) Neben den in Abs. 1 genannten Behandlungsarten ist in Kuranstalten auch die Anwendung solcher Zusatztherapien zulässig, 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. Die Behandlung im Rahmen von Zusatztherapien hat nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft zu erfolgen.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

Hauptstück G Militärische Krankenanstalten

§ 42d. (1) Militärische Krankenanstalten, deren Zahl und Standort vom Bundesminister für Landesverteidigung und Sport aufgrund militärischer Notwendigkeiten festgelegt wurden, bedürfen zur Errichtung keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung ist der Landesregierung anzuseigen. Auf

Verlangen hat die zuständige Landesregierung dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport die konkreten Erfordernisse für die Betriebsbewilligung bekanntzugeben. Die Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 3 Abs. 4 lit. b, d und e gegeben sind. Die Bewilligung zum Betrieb einer militärischen Krankenanstalt als selbständiges Ambulatorium ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 3b Abs. 1 Z 2 bis 4 gegeben sind.

(2) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind die Bestimmungen der § 3 Abs. 7, § 3b Abs. 3, § 4 Abs. 1 erster und zweiter Satz, § 5a Abs. 1 Z 1 bis 10, § 5b Abs. 1 bis 5, § 6 Abs. 1 bis 3 und 6, § 7 Abs. 1 bis 4, § 7a Abs. 1 und 2, § 8 Abs. 1 Z 1, 9 und 10, § 8 Abs. 2 bis 4, § 8a, § 8b Abs. 1 erster Satz und Abs. 2 bis 4 mit der Maßgabe, dass an Stelle des 7. Abschnittes des ASchG der 7. Abschnitt des B-BSG gilt, § 8c Abs. 1 bis 3a, Abs. 4 Z 1 bis 7 und 9, Abs. 4a und 5, Abs. 6 mit der Maßgabe, dass die Geschäftsordnung nicht der Genehmigung der Landesregierung bedarf, Abs. 6a und 7, § 8f, § 9 Abs. 1 und 2, § 10, § 11 Abs. 1, § 11a Abs. 1 und 2, § 11b, § 11c, § 11d, § 12 Abs. 2 lit a, lit b mit der Maßgabe, dass § 35 nicht anwendbar ist, sowie Abs. 3 und 4, § 20, § 24 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, Abs. 2, 3 und 4, § 25, § 48, § 60 Abs. 1 bis 6 und § 61 anwendbar.

Beachte für folgende Bestimmung

Grundsatzbestimmung

§ 42e. Im Falle eines Einsatzes des Bundesheeres gemäß § 2 Abs. 1 lit. a bis d des Wehrgesetzes 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, kann von krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen zum Zweck der Aufrechterhaltung der Sanitätsversorgung aus zwingenden Notwendigkeiten abgewichen werden.

ZWEITER TEIL. Unmittelbar anwendbares Bundesrecht.

Hauptstück A.

Besondere Vorschriften für Medizinische Universitäten bzw. Universitäten, an denen eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist

§ 43. (1) An Universitätskliniken, die Krankenabteilungen öffentlicher Krankenanstalten sind, dürfen ausnahmsweise auch Personen, die nicht anstaltsbedürftig oder sonst für die Aufnahme in die Krankenanstalt nicht geeignet sind, für Zwecke des Unterrichtes und der medizinischen Forschung aufgenommen und Pfleglinge länger verpflegt werden, als es nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zulässig ist.

(Anm.: Abs. 2 aufgehoben durch BGBl. I Nr. 35/2004)

§ 44. Personen, die an Universitätskliniken oder an sonstigen Krankenanstalten, in denen klinischer Unterricht erteilt wird, behandelt werden, dürfen für Unterrichtszwecke herangezogen werden, soweit es ihrem Gesundheitszustand nicht abträglich ist und sie der Heranziehung zustimmen. Kommt nach dem Gesundheitszustand des Pfleglings die Einholung der Zustimmung nicht in Betracht, hat die Heranziehung zu Unterrichtszwecken zu unterbleiben, sofern ein diesbezüglicher Widerspruch des Pfleglings vorliegt.

§ 46. (1) Den Vorständen von Universitätskliniken und den Leitern von Klinischen Abteilungen (§ 7 a) ist es gestattet, mit Pfleglingen der Sonderklasse und mit Personen, die auf eigene Kosten ambulant behandelt werden, unbeschadet der Verpflichtung dieser Personen zur Entrichtung der Pflege- und Sondergebühren ein besonderes Honorar zu vereinbaren, wenn diese Personen auf ihren Wunsch durch den Klinikvorstand oder Leiter der Klinischen Abteilung persönlich behandelt werden.

(2) Die mit den Klinikvorständen (Leitern von Klinischen Abteilungen) vereinbarten Honorare unterliegen nicht § 27 Abs. 4 und 5 sowie § 28.

(3) Werden anlässlich wissenschaftlicher Arbeiten im Auftrag Dritter Anstaltspersonal oder Anstaltseinrichtungen in Anspruch genommen, kann der Rechtsträger der Krankenanstalt oder im Falle einer derartigen Kostentragung im Rahmen der Kostenersätze für den klinischen Mehraufwand (§ 55) der Bund als Rechtsträger der Medizinischen Universität bzw. Universität, an der eine medizinische Fakultät eingerichtet ist, eine Vergütung beanspruchen. Die Grundsätze für die Ermittlung dieser Vergütung sind vom Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur durch Verordnung festzulegen. Die Rechtsträger der in Betracht kommenden Krankenanstalten sind vor der Festsetzung dieser Grundsätze zu hören.

Hauptstück B.

Besondere Vorschriften für Pflegegebührenforderungen.

(Anm.: § 47 aufgehoben durch BGBl. Nr. 282/1988)

Übergang von Schadenersatzansprüchen an eine öffentliche Krankenanstalt.

§ 48. Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pfleglings geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschriften ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch unbeglichenen LKF-Gebühren oder Pflegegebühren auf den Rechtsträger der Krankenanstalt über.

Hauptstück C.

(Anm.: § 49 aufgehoben durch BGBl. Nr. 157/1990)

§ 50. Die Strafgerichte sind berechtigt, Personen, die sich in Untersuchungshaft befinden, zum Zwecke der Untersuchung und Beobachtung ihres Geisteszustandes in öffentliche Krankenanstalten für Psychiatrie höchstens für die Dauer der Untersuchungshaft, aber in keinem Falle für mehr als drei Monate einzuwiesen. Die Rechtsträger dieser Krankenanstalten sind verpflichtet, die eingewiesenen Personen in die Krankenanstalt aufzunehmen, die erforderlichen Untersuchungen und Beobachtungen durchzuführen und dem Gerichte das Ergebnis unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die von Strafgerichten eingewiesenen Personen müssen in jedem Falle wieder zum Strafgericht überstellt werden.

§ 55. Der Bund ersetzt:

1. die Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der zugleich dem Unterricht an Medizinischen Universitäten bzw. Universitäten, an denen eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dienenden öffentlichen Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;
2. die Mehrkosten, die sich beim Betriebe der unter Z 1 genannten Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;
3. Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse oder die auf Grund der Unterbringung tatsächlich entstandenen Kosten für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.

§ 56. Die näheren Vorschriften über die im § 55 vorgesehenen Kostenersätze des Bundes werden bei Medizinischen Universitäten bzw. Universitäten, an denen eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, vom Bundesminister für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierung durch Verordnung bestimmt.

Bundesgesundheitsagentur

§ 56a. Zur Wahrnehmung der Aufgaben gemäß § 26 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes sowie der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen dieses Gesetzes ist beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium die Bundesgesundheitsagentur als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

Zweckzuschüsse des Bundes

§ 57. (1) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a jährlich folgende Mittel für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

1. 0,453115 % des Nettoaufkommens an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 10 Abs. 1 FAG 2017) und
2. 0,411633 % des Nettoaufkommens an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 10 Abs. 1 FAG 2017).

(1a) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur zusätzlich für den Zeitraum 2024 bis 2028 folgende zweckgewidmete Beiträge gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß 15a B-VG Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu gewähren:

1. Stärkung des niedergelassenen Bereichs: jährlich 300 Millionen Euro (über die Laufzeit 1.500 Millionen Euro),

2. Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen über die Laufzeit 3.016,9 Millionen Euro:
 - a) 2024: 550,0 Millionen Euro,
 - b) 2025: 577,5 Millionen Euro,
 - c) 2026: 603,5 Millionen Euro,
 - d) 2027: 629,4 Millionen Euro,
 - e) 2028: 656,5 Millionen Euro,
3. Medikamente: jährlich 3 Millionen Euro (über die Laufzeit 15 Millionen Euro).

(2) Der Bund hat sich an den Kosten, die aus dem Absehen von einem Kostenbeitrag nach § 27a Abs. 7 und § 447f Z 4 ASVG resultieren, mit einem Betrag in der Höhe von fünf Millionen Euro jährlich zu beteiligen und diesen Betrag der Bundesgesundheitsagentur jeweils bis zum 13. April zu überweisen. Die Bundesgesundheitsagentur hat diese Mittel entsprechend der Volkszahl nach § 10 Abs. 7 FAG 2017, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Landesgesundheitsfonds jeweils am 20. April zu überweisen.

(3) Der Dachverband der Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an die Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a jährlich Mittel in der Höhe von 83.573.759,29 Euro.

(4) Die Bundesgesundheitsagentur leistet an die Landesgesundheitsfonds zur Finanzierung der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten jährlich folgende Beiträge:

1. Mittel gemäß Abs. 1 Z 1 bzw. Abs. 2 Z 1,
2. 9,29% der Mittel gemäß Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2,
3. 2,87% der Mittel gemäß Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2,
4. 83.573.759,29 Euro gemäß Abs. 3,
5. 49,14% der Mittel gemäß Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2 nach Maßgabe des § 59c und nach Abzug der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, der Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen, Mittel für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, allfälliger Mittel für ELGA und allfälliger Mittel für Anstaltpflege im Ausland,
6. 38,70% der Mittel gemäß Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2.

§ 57a. (1) Der Bund leistet aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds an die Länder Mittel

1. zum Ausgleich für Mehrausgaben der Länder und
2. für Mindereinnahmen im Bereich der Krankenanstalten,

die in den Jahren 2020 und 2021 im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie entstanden sind. Die Mittel betragen 750 Millionen Euro und sind den Ländern bis 31. März 2022 zu überweisen.

(2) Die Mittel gemäß Abs. 1 werden länderweise wie folgt aufgeteilt (in Euro):

Burgenland	17.702.536
Kärnten	53.553.572
Niederösterreich	107.107.144
Oberösterreich	120.000.000
Salzburg	55.403.604
Steiermark	105.000.000
Tirol	76.847.407
Vorarlberg	31.158.442
Wien	183.227.295

(3) Die Länder übermitteln an den Bund bis zum 30. Juni 2023 eine Evaluierung der Finanzzuweisungen für den Bereich der Krankenanstalten.

§ 58. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2008 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder für das Jahr 2008 an der Umsatzsteuer bzw. für die Jahre ab 2009 an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel richtet, an die Bundesgesundheitsagentur eine Woche vor den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Bis zur Ermittlung der Anteile gemäß § 57 Abs. 2 Z 1 sind vorläufige Werte auf Basis einer aktuellen Prognose heranzuziehen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an

den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBI. I Nr. 103/2007, oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergewinne oder Guthaben der Bundesgesundheitsagentur sind auszugleichen.

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 2 und 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils eine Woche vor dem Ende eines jeden Kalenderviertels an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 4 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 25. März, 25. Juni, 25. September und 25. Dezember an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 und 6 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und 15. Jänner des Folgejahres an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

(5) Ab dem Jahr 2009 sind die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 2, 3, 5 und 6 in Vorschüssen zu erbringen. Die Höhe der Teilbeträge richtet sich nach der jeweils letzten Prognose über die Entwicklung der Einnahmen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel; wenn die tatsächliche Entwicklung der Einnahmen eine deutliche Abweichung von dieser Prognose erwarten lässt, kann der letzte Teilbetrag entsprechend angepasst werden. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBI. I Nr. 103/2007, oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergewinne oder Guthaben der Bundesgesundheitsagentur sind auszugleichen.

§ 59. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 1 und 2 sind auf die Landesgesundheitsfonds nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland	2,572
Kärnten	6,897
Niederösterreich	14,451
Oberösterreich	13,692
Salzburg	6,429
Steiermark	12,884
Tirol	7,982
Vorarlberg	3,717
Wien	31,376

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2008 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder für das Jahr 2008 an der Umsatzsteuer bzw. für die Jahre ab 2009 an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel richtet, an die Landesgesundheitsfonds zu den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Bis zur Ermittlung der Anteile gemäß § 57 Abs. 2 Z 1 sind vorläufige Werte auf Basis einer aktuellen Prognose heranzuziehen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBI. I Nr. 103/2007, oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergewinne oder Guthaben der Landesgesundheitsfonds sind auszugleichen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 3 und 4 sind auf die Landesgesundheitsfonds nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland	2,559
Kärnten	6,867
Niederösterreich	14,406
Oberösterreich	13,677
Salzburg	6,443
Steiermark	12,869

Tirol	8,006
Vorarlberg	3,708
Wien	31,465

(5) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 3 und 4 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(6) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

1. Zunächst sind davon jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:
 - a) 3,63 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
 - b) 4,36 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Steiermark
 - c) 3,63 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Tirol.
2. Sodann sind jährlich
 - a) 5 Millionen Euro zur Förderung des Transplantationswesens,
 - b) ab dem Jahr 2024 12,5 Millionen Euro zur Finanzierung von Projekten und Planungen, insbesondere auch im Hinblick auf die Anforderungen aufgrund der erforderlichen Strukturmaßnahmen gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie zur Abgeltung von Leistungen, die von der Gesundheit Österreich GmbH für die Bundesgesundheitsagentur erbracht werden,
 - c) 3,5 Millionen Euro zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne der lit. a und für wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, deren Verwendung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt wird,
 - d) 40 Millionen Euro zur Finanzierung von überregionalen Vorhaben gemäß § 59g mit der Option auf Erhöhung durch Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission,
 - e) 3,417 Millionen Euro zur Finanzierung des Länderanteils an ELGA nach Maßgabe entsprechender Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission,
 - f) 17 Millionen Euro zur Finanzierung des Länderanteils an der Drittelfinanzierung der Vorhaben im Bereich Digitalisierung/eHealth und
 - g) 43 Millionen Euro zur Finanzierung des Länderanteils an der Drittelfinanzierung der Vorhaben gemäß Art. 31 Abs. 1 Z 4 und 5 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens einzubehalten und gemäß den §§ 59d bis 59g bzw. entsprechend der Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission zu verwenden.
3. Von den nach den Abzügen gemäß Z 2 verbleibenden Mitteln sind weiters allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 44 Abs. 2 der für die Jahre ab 2017 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu verwenden.
4. Die nach den Abzügen gemäß Z 2 und 3 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl, die sich nach dem von der Statistik Österreich auf Grund der ordentlichen Volkszählung 2001 festgestellten Ergebnis bestimmt, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Landesgesundheitsfonds nach Maßgabe des § 59c zu überweisen.
5. Im Ausmaß der Landesquoten gemäß Z 4 sind die Vermögenserträge der Bundesgesundheitsagentur und allenfalls in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpfte Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, für Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung und für die Finanzierung der ELGA den einzelnen Landesgesundheitsfonds zuzuteilen.

(7) Die Mittel gemäß Abs. 6 Z 1 und 4 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner des Folgejahres, wobei die erste Rate am 20. April 2008 fällig ist, an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen, sofern die Voraussetzungen des § 59c erfüllt sind.

(8) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 4 Z 6 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

1. Zunächst sind davon jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:
 - a) 2 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Niederösterreich

- b) 2 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
c) 2 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Salzburg
d) 14 Mio. Euro für den Landesgesundheitsfonds Tirol.
2. Die nach den Abzügen gemäß Z 1 verbleibenden Mittel sind zur Hälfte entsprechend der aufgrund der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet errechneten Prozentsätze und zur Hälfte unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

Burgenland	2,187
Kärnten	7,544
Niederösterreich	16,062
Oberösterreich	18,348
Salzburg	6,291
Steiermark	13,663
Tirol	9,371
Vorarlberg	3,498
Wien	23,036

(9) Die Mittel gemäß Abs. 8 Z 1 und 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner des Folgejahres, wobei die erste Rate am 20. April 2008 fällig ist, an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(10) Ab dem Jahr 2009 sind die Mittel gemäß § 57 Abs. 4 Z 2, 3, 5 und 6 – mit Ausnahme der Vorweganteile gemäß Abs. 6 Z 1 und Abs. 8 Z 1 – in Vorschüssen an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen. Die Höhe der Teilbeträge richtet sich nach der jeweils letzten Prognose über die Entwicklung der Einnahmen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel; wenn die tatsächliche Entwicklung der Einnahmen eine deutliche Abweichung von dieser Prognose erwarten lässt, kann der letzte Teilbetrag entsprechend angepasst werden. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2008, BGBl. I Nr. 103/2007, oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Landesgesundheitsfonds sind auszugleichen.

(11) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1a Z 1 sind einmal jährlich am 31. März an den Dachverband der Sozialversicherungsträger zu überweisen. Ab Beschluss der gemeinsam zu vereinbarenden Jahresarbeitsprogramme erfolgt die Vorabüberweisung auf Grundlage dieser.

(12) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 1a Z 2 sind unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

Burgenland	2,461 %
Kärnten	7,313 %
Niederösterreich	14,500 %
Oberösterreich	16,956 %
Salzburg	6,438 %
Steiermark	14,326 %
Tirol	7,971 %
Vorarlberg	4,047 %
Wien	25,988 %

(13) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1a Z 2 sind einmal jährlich am 31. März an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen. Ab Beschluss der gemeinsam zu vereinbarenden Jahresarbeitsprogramme erfolgt die Vorabüberweisung auf Grundlage dieser.

§ 59a. Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sind:

(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich die Aufgaben gemäß § 27 Abs. 4 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen sowie regionaler und länderspezifischer Erfordernisse wahrzunehmen.

(2) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige

Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kosteneinsparungen abgesichert wird.

§ 59b. Organe des Bundes und Beauftragte der Bundesgesundheitsagentur können in die Krankengeschichten und in die die Betriebsführung der Krankenanstalten betreffenden Unterlagen Einsicht nehmen sowie Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten durchführen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist und sofern es sich um Fondskrankenanstalten handelt.

§ 59c. Bei maßgeblichen Verstößen gegen festgelegte Pläne (z. B. ÖSG) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation (zB des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der jeweils geltenden Fassung) hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

§ 59d. (1) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2 lit. a) zur Erreichung folgender Ziele einzusetzen:

1. Im Bereich des Organspendewesens ist die Kontinuität im Spenderinnen- und Spenderaufkommen auf hohem Niveau sicherzustellen. Darüber hinaus ist eine Steigerung der Anzahl der Organspender anzustreben (auf ca. 30 Organspenderinnen/Organspender pro Mio. EW).
2. Im Bereich des Stammzelltransplantationswesens ist dafür zu sorgen, dass Spenderinnen/Spender in ausreichender Zahl registriert sind und zur Verfügung stehen. Das Vorgehen sowie die Zusammenarbeit aller daran beteiligten Institutionen für Spenderinnen/Spender und Patientinnen/Patienten hat so sicher und wirksam wie möglich zu erfolgen. Die Feststellung, ob das nationale Spendervolumen als ausreichend zu betrachten ist, obliegt dem beim GÖG eingerichteten Transplantationsbeirat (Bereich Stammzellspende).

(2) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2 lit. a) an die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer

1. für den Bereich des Organspendewesens und
2. den Bereich des Stammzellspendewesens

gemäß Abs. 3 bis 5 zu verteilen.

(3) Die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2 lit. a) sind zur Erreichung der in Abs. 1 genannten Ziele gemäß der nachfolgenden Bestimmungen zu verwenden:

1. Im Bereich des Organspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
 - a) Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung an die spenderbetreuenden Krankenanstalten bzw. die betreffende Abteilung;
 - b) Einrichtung und Administration „Regionaler Transplantationsreferenten“ bzw. regionaler Förderprogramme, mit der zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensiveinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen;
 - c) Einrichtung und Administration „Lokaler Transplantationsbeauftragter“ zur Förderung der Organspende in den betreffenden Krankenanstalten und zur Analyse des lokalen Potenzials für Organspenden;
 - d) Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung für den Einsatz von Transplantationskoordinatoren in den Transplantationszentren;
 - e) Förderung der Einrichtung mobiler Hirntoddiagnostik-Teams sowie geeigneter Maßnahmen im Bereich bundesweiter Vorhaltung der Hirntoddiagnostik, die dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entspricht;
 - f) Förderung der Transporte, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen;
 - g) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von GÖG/ÖBIG-Transplant (Bereich Organspende).
2. Im Bereich des Stammzellspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
 - a) Förderung der HLA-Typisierung. Die Zahl der jährlich zu fördernden HLA-Typisierungen sowie deren Aufteilung auf die geeigneten Leistungserbringer sind jährlich im Voraus auf Expertenvorschlag vom Transplantationsbeirat des GÖG (Bereich Stammzellspende) festzulegen;
 - b) Förderung der Suche und Betreuung von Stammzellspendern;

- c) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von GÖG/ÖBIG-Transplant (Bereich Stammzellspende).
 - 3. Der Förderungsgeber kann auf Vorschlag des im GÖG eingerichteten Transplantationsbeirates (für den jeweiligen Bereich) beschließen, die Mittel auch für andere als die unter Z 1 und 2 genannten Maßnahmen einzusetzen.
 - 4. Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis zum 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.
- (4) In der Bundes-Zielsteuerungskommission werden Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens erlassen.

(5) Der jährlich erfolgte Mitteleinsatz ist in einer Jahresabrechnung zu dokumentieren und hinsichtlich der Effizienz zu evaluieren.

§ 59e. (1) Zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen und zur Förderung wesentlicher Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung, insbesondere mit Bezug zu den Gesundheitszielen Österreich können von der Bundesgesundheitsagentur höchstens 3,5 Millionen Euro jährlich verwendet werden.

(2) Die geförderten Maßnahmen haben sich an den von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Grundsätzen der Mittelvergabe und den Vergabe- und Qualitätskriterien der „Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“ zu orientieren. Des Weiteren sind auch ergänzende von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene Richtlinien einzuhalten. Die Maßnahmen haben der Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich zu dienen.

(3) Die Verwendung der Mittel gemäß Abs. 1 wird in der Bundes-Zielsteuerungskommission festgelegt.

(4) Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis zum 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(5) Im Bereich Gesundheitsförderung werden „Frühe Hilfen“ als ein priorisierter Schwerpunkt zur Verbesserung und Ausweitung der Unterstützungsmaßnahmen für alle Schwangeren, ihre Kleinkinder und Familien mit herausfordernden und die gesundheitlichen und sozialen Chancen beeinträchtigenden Lebensbedingungen festgelegt. Zusätzlich zu den in Abs. 1 dafür vorgesehenen Mittel werden vom Bund insgesamt 15 Millionen Euro in den Jahren 2021 bis 2024 für die Förderung der Umsetzung des nationalen Roll-outs der „Frühen Hilfen“ im Rahmen des Aufbau- und Resilienzplans der Europäischen Union zur Verfügung gestellt.

§ 59f. (1) Über den Einsatz der für die Finanzierung von Projekten und Planungen gemäß § 59 Abs. 6 Z 2 lit. b einzubehaltenden Mittel entscheidet die Bundesgesundheitsagentur.

(2) Für die Mittel zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs (§ 57 Abs. 1a Z 1) gilt Folgendes:

1. Diese Mittel sind insbesondere für folgende Zwecke einzusetzen:

a) Ausbau und Aufbau des niedergelassenen Bereichs vorrangig in Form von vergemeinschafteten / größeren Einheiten („quantitativer“ Ausbau) wie Primärversorgung insbesondere PVE und multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Einheiten im fachärztlichen Bereich (einschließlich Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien) durch die Schaffung von zusätzlichen Kassenarztstellen (ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten [ÄAVE])

b) Ausbau der Leistungserbringung („qualitativer“ Ausbau einschließlich telemedizinischer Leistungen): Verbesserung der Leistungserbringung beispielsweise der Sicherstellung des niedergelassenen Leistungsangebots auch zu Tagesrandzeiten und Wochenenden, durch die Herstellung verbindlicher, moderner und einheitlicher Leistungskataloge je Träger und eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrages der ÖGK samt harmonisierter Honorierung.

2. Sollten für die unter Z 1 lit. a angeführten Zwecke Mittel, deren Höhe, die in § 57 Abs. 1a Z 1 genannte Summe über die Laufzeit übersteigt, benötigt werden, sind diese Mehraufwendungen von jenen Krankenversicherungsträgern aufzuwenden, in denen Wirkungsbereich die Aufwendungen anfallen.

(3) Für die Mittel zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen (§ 57 Abs. 1a Z 2) gilt Folgendes:

1. Die zusätzlichen Mittel sind für Strukturreformen und zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs einzusetzen, insbesondere für den Auf- und Ausbau von spitalsambulanten Angeboten (einschließlich telemedizinischer Leistungen) sowie die Fortführung bereits initierter Vorhaben mit dem Ziel, den stationären Bereich zu entlasten bzw. in einzelnen Bereichen zu ersetzen. Auf Basis des ÖSG und RSG sind insbesondere folgende Vorhaben umfasst:
 - a) Schmerzversorgung,
 - b) onkologische Versorgung,
 - c) spezifische Therapien bei definierten Augenerkrankungen,
 - d) psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen inklusive innovative Versorgungsformen,
 - e) psychische Versorgung von Erwachsenen Jugendlichen inklusive innovative Versorgungsformen,
 - f) Versorgung von Diabeteserkrankungen (inklusive Gestationsdiabetes),
 - g) Wundversorgung,
 - h) Versorgung von Menschen mit komplexen postviralen/postinfektiösen Syndromen,
 - i) kontinuierlichen Versorgung von Menschen mit Herzschrittmachern,
 - j) Ersatz bzw. Umwandlung von bettenführenden Einheiten/Standorten durch Medizinische Versorgungszentren und Erstversorgungsambulanzen (insbesondere unter Berücksichtigung von Primärversorgungseinheiten) sowie medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen/tagesambulanten oder spitalsambulanten Bereich,
 - k) Telemedizinische Angebote (einschließlich Telekonsultationen) zur Förderung von Leistungen im digitalen Bereich sowie
 - l) Umsetzung und Unterstützung einer niederschweligen und zielgerichteten Patient:inneninformation sowie der Steuerung von Patient:innenwegen gemäß Art. 9 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.
2. Von den zusätzlichen Mitteln gemäß § 57 Abs. 1a Z 2 sind mindestens insgesamt 1.207 Millionen Euro über die Laufzeit für Strukturreformen und zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs gemäß Z 1 einzusetzen, wobei folgende Aufteilung auf die einzelnen Jahre vereinbart wird:
 - a) mindestens 150 Millionen Euro für das Jahr 2025,
 - b) mindestens 300 Millionen Euro für das Jahr 2026,
 - c) mindestens 350 Millionen Euro für das Jahr 2027 und
 - e) mindestens 407 Millionen Euro für das Jahr 2028.
3. Die jährlich verbleibenden zusätzlichen Mittel können bis zu dem in Z 2 für das jeweilige Jahr festgelegte Höchstmaß für den laufenden Betrieb der Krankenanstalten und für die Abgangsfinanzierung eingesetzt werden. Die Höchstgrenzen pro Bundesland ergeben sich aus dem Verteilungsschlüssel in § 59 Abs. 12.

(4) Für die Mittel gemäß Abs. 2 und 3 gilt weiters:

1. Die Verwendung und die Abrechnung der zweckgewidmeten Mittel gemäß Abs. 2 und 3 haben nach den im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages festgelegten Kriterien zu erfolgen.
2. Die Operationalisierung der geplanten Vorhaben/Maßnahmen getrennt für die Landes- bzw. Bundesebene erfolgt jährlich in den von der Bundes-Zielsteuerungskommission zu beschließenden Jahresarbeitsprogrammen.
3. Die Umsetzung und Zielerreichung einzelnen Vorhaben ist durch eine regelmäßige Berichterstattung und ein laufendes Monitoring zu begleiten und die Bundes-Zielsteuerungskommission und die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission sind entsprechend zu informieren.
4. Werden in einzelnen Jahren der Laufzeit dieser Vereinbarung die zweckgewidmeten Mittel nicht zur Gänze ausgeschöpft, so können die Differenzbeträge in den Folgejahren verwendet werden, für das letzte Jahr der Laufzeit allerdings nur bis zu einem Höchstmaß von 150 Prozent der Mittel, die für das Jahr 2024 vereinbart sind.

(5) Die Mittel für Medikamente (§ 57 Abs. 1a Z 3) sind insbesondere für folgende Zwecke einzusetzen:

1. Etablierung und Verankerung eines umfassenden Horizon Scanning für neue Arzneimittel und Medizinprodukte;
2. Etablierung eines Bewertungsboards für ausgewählte hochpreisige und spezialisierte Arzneispezialitäten und sonstige hochspezialisierte Therapieformen (im intramuralen Bereich bzw. an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich) zur Aufbereitung von bundesweit einheitlichen Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung, Rahmenbedingungen und für die Unterstützung von Preisverhandlungen. Die Geschäftsstelle des Bewertungsboards ist bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium einzurichten. Der Prozess zur Aufnahmen in den Erstattungskodex gemäß § 351c ASVG und die Prüfung der Erstattungsfähigkeit im niedergelassenen Bereich bleiben davon unberührt;
3. Die Mittel für die Etablierung des Bewertungsboards gemäß Z 2 sind wie folgt einzusetzen:
 - a) Finanzierung des Bewertungsboards,
 - b) Durchführung und Aufbereitung von Health Technology Assessments (HTA) bei Arzneispezialitäten an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich sowie
 - c) im Fall von durch lit. a und b nicht verbrauchten Mitteln die Durchführung und Aufbereitung von HTA bei Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich.

§ 59g. (1) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel gemäß § 59 Abs. 6 Z 2 lit. d zur Finanzierung von Vorhaben zum Aufbau von überregionalen Versorgungsangeboten für folgende Zwecke einzusetzen:

1. Vorhaben zum Aufbau von neuen überregionalen Versorgungsangeboten, wie z. B.
 - a) Isoliereinheiten für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE, z. B. Ebola)
 - b) Expertisezentren für ausgewählte Gruppen von seltenen Erkrankungen
 - c) neue Leistungsangebote im Rahmen der Überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP gemäß ÖSG, z. B. Schwerbrandverletztenversorgung)
2. Aufbringung des Anteils der Länder an der Finanzierung von Vorhaben zum Aufbau von überregional erforderlicher Infrastruktur, sofern dafür nicht bereits eigene Finanzierungsregeln vereinbart sind, wie z. B. neue Telegesundheitsdienste
3. Aufbringung des Anteils der Länder an der Finanzierung von Leistungen zur Durchführung Molekulargenetischer Analysen zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs (BRCA 1,2) einschließlich humangenetischer Beratungen durch Zentren für Humangenetik
4. Aufbringung des Anteils der Länder an der Finanzierung von Medikamenten im Falle einer gemeinsam vereinbarten sektorenübergreifenden und/oder überregionalen Finanzierungslösung

(2) Die Mittel dienen bei diesen Vorhaben insbesondere zur Abdeckung des Finanzierungsbedarfs für folgende Finanzierungsinhalte:

1. Anschubfinanzierung bei neuen Vorhaben (z. B. einmalige Investitionskosten zur Schaffung notwendiger Infrastruktur – HKLE, TEWEB)
2. Finanzierung des Mehraufwands gegenüber dem Status Quo (z. B. entstehender Aufwand für Krankenanstaltenträger bei Auftreten eines HKLE-Falles)
3. Finanzierung des Länderanteils für Leistungen gemäß Abs. 1 Z 2 bis 4

(3) Anträge zu den Vorhaben gemäß Abs. 1 Z 1 und 2 können von den Zielsteuerungspartnern in der Bundes-Zielsteuerungskommission eingebracht werden. Diese Anträge haben eine Beschreibung des konkreten Vorhabens und deren Finanzierungsbedarf gemäß Abs. 2 im Hinblick auf Anschubfinanzierung und Mehraufwand im Vergleich zur bisherigen Versorgungssituation zu beinhalten.

(4) Durch die Bundes-Zielsteuerungskommission sind Grundsätze für die Verwendung und die Abrechnung dieser zweckgewidmeten Mittel zu beschließen. Unter der Voraussetzung, dass diese Vorhaben diesen Grundsätzen entsprechen, gibt die Bundes-Zielsteuerungskommission die entsprechenden Mittel für diese Vorhaben frei.

(5) Sofern in einzelnen Jahren das Höchstausmaß gemäß § 59 Abs. 6 Z 2 lit. d nicht ausgeschöpft wird, so kann dieser Differenzbetrag bis zu einem Betrag von insgesamt 40 Millionen Euro zweckgewidmet für Mittelverwendungen in den Folgejahren einer Rücklage zugeführt werden. Bis zum Ende der Laufzeit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens nicht für konkrete Vorhaben gebundene und nicht verbrauchte Mittel fließen an die Landesgesundheitsfonds.

§ 59h. Für die Organisation der Bundesgesundheitsagentur gelten die §§ 25 bis 27 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit.

§ 59i. Die Geburung der Bundesgesundheitsagentur unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof.

§ 59j. (1) Die Bundesgesundheitsagentur ist mit Ausnahme der Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren von allen Abgaben befreit.

(2) Die von der Bundesgesundheitsagentur in unmittelbarer Erfüllung ihrer Aufgaben ausgestellten Schriften und die von ihr abgeschlossenen Rechtsgeschäfte sind von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.

(3) Die finanziellen Leistungen der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds und die Mittel gemäß §§ 59d bis 59g unterliegen weder der Umsatzsteuer noch den Steuern vom Einkommen und Vermögen.

§ 59k. Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat auf der Homepage des Bundesministeriums jedenfalls

1. den als objektiviertes Sachverständigungsgutachten anzusehenden aktuellen Österreichischen Strukturplan Gesundheit,
2. das aktuelle Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung,
3. die aktuellen Grundlagen für die Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen und
4. den aktuellen Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene gemäß § 10 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz

zu veröffentlichen.

Hauptstück E. Sanitäre Aufsicht.

§ 60. (1) Die Bezirksverwaltungsbehörden haben unter Beziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzte in den Krankenanstalten und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen wurden, zu überwachen.

(2) Zur Überwachung ist Organen der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden jederzeit – bei Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien und Kuranstalten während der Betriebszeit – auch unangemeldet zu allen Räumlichkeiten, Apparaten, sonstigen Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt bzw. Kuranstalt Zutritt zu gewähren. Auf ihr Verlangen ist diesen Organen in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die den Betrieb der Anstalt betreffen. Die Einsicht nehmenden Organe sind auch berechtigt, von den eingesehenen Unterlagen kostenlos Abschriften und Kopien herzustellen.

(3) Die Einschau ist möglichst zugleich mit den nach anderen Rechtsvorschriften erforderlichen Überprüfungen durchzuführen. In der Anstalt vorhandene, in Erfüllung von Verpflichtungen nach anderen Rechtsvorschriften eingeholte, aktuelle Befunde und Gutachten sind dabei so weit als möglich zu berücksichtigen.

(4) Abs. 2 gilt nicht für Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien, sofern sie sich einer regelmäßigen Überprüfung durch die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin oder einer vergleichbaren als Überwachungsstelle im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit akkreditierten Einrichtung, hinsichtlich Zahnambulatorien durch die Einrichtung für Qualitätssicherung gemäß § 50 Zahnärztekammergesetz (ZÄKG), BGBl. I Nr. 154/2005, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 57/2009, unterziehen, und diese Überprüfung

1. sich auf Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen wurden, bezieht,
2. unter Beachtung von einschlägigen Richtlinien und Leitlinien nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004, erfolgt, und
3. den Empfehlungen nach § 118b Abs. 8 Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 61/2010, hinsichtlich Zahnambulatorien der Qualitätssicherungsverordnung gemäß § 52 ZÄKG, entspricht.

Selbständige Ambulatorien haben diese Form der Überprüfung unter Vorlage des entsprechenden Vertrages mit der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin oder der akkreditierten Überwachungsstelle, hinsichtlich Zahnambulatorien mit der Einrichtung

für Qualitätssicherung gemäß § 50 ZÄKG, der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu melden und die Überprüfungsberichte zu übermitteln. Die Überprüfung umfasst auch die Überprüfung des Arzneimittelvorrats nach § 20 Abs. 2.

(5) Erlangt eine Bezirksverwaltungsbehörde davon Kenntnis, dass in einer Krankenanstalt oder Kuranstalt ihres örtlichen Wirkungsbereiches sanitäre Vorschriften im Sinne des Abs. 1 verletzt werden bzw. verletzt wurden, so hat sie hievon unverzüglich den Landeshauptmann zu benachrichtigen. Ist nach den der Bezirksverwaltungsbehörde bekannt gewordenen Umständen damit zu rechnen, dass eine Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Pfleglingen einer Krankenanstalt bzw. Kurgästen einer Kuranstalt gegeben ist, so hat sie unverzüglich eine Einschau in der Krankenanstalt bzw. Kuranstalt gemäß Abs. 2 vorzunehmen und dem Landeshauptmann hievon zu berichten.

(6) Auf Verlangen des Bundesministers für Gesundheit und Frauen ist der Einschau ein Bediensteter des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen oder ein von diesem benannter Sachverständiger beizuziehen.

(7) Bei grenzüberschreitenden Kooperationen (§ 3b) prüfen die Organe der sanitären Aufsicht auch auf Ersuchen der jeweiligen ausländischen Behörde, ob Maßnahmen der sanitären Aufsicht zu setzen sind. Sofern dies aufgrund konkreter Umstände geboten ist, haben ebenso bei grenzüberschreitenden Kooperationen die zur sanitären Aufsicht verpflichteten Behörden an die zuständigen ausländischen Behörden Ersuchen zu richten, Maßnahmen zu setzen, die der sanitären Aufsicht entsprechen, sowie von deren Ergebnis informiert zu werden.

§ 61. Werden in einer Krankenanstalt oder Kuranstalt sanitäre Vorschriften im Sinne des § 60 Abs. 1 verletzt, so hat der Landeshauptmann dem Rechtsträger die ehesten Beseitigung der Missstände mit Bescheid aufzutragen. Im Wiederholungsfall sowie dann, wenn derartige anders nicht zu behebende gesundheitliche Missstände vorliegen, dass die Krankenanstalt oder Kuranstalt den Anforderungen der Gesundheitspflege nicht mehr entspricht, kann der Landeshauptmann die teilweise oder gänzliche Weiterführung des Betriebes einer Krankenanstalt oder Kuranstalt untersagen.

§ 62. (1) Wer Amtshandlungen im Sinne des § 60 Abs. 2 verhindert oder beeinträchtigt, begeht, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 7 000 € zu bestrafen.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Hauptstück F Konsumentenschutz

§ 62a. Hat ein Pflegling seine Vertragserklärung während seines Aufenthalts in der Krankenanstalt abgegeben, so ist diese unwirksam, wenn sie unter solchen Umständen abgegeben wurde, die einen Rücktritt gemäß § 3 Konsumentenschutzgesetz, BGBl. Nr. 149/1979, in der geltenden Fassung, rechtfertigen.

§ 62b. Wenn eine bettenführende Krankenanstalt gemäß § 3 Abs. 2a oder ein selbstständiges Ambulatorium gemäß § 3a Abs. 4 sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt, sind diesbezüglich geschlossene Behandlungsverträge hinsichtlich des Honorars nichtig, worüber der Pflegling vor Inanspruchnahme der Leistung nachweislich aufzuklären ist. Gleches gilt, wenn eine Krankenanstalt über das bewilligte Leistungsangebot hinaus Leistungen erbringt.

§ 62c. (1) Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch dürfen nur in den in § 8g genannten Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Wer außerhalb der in § 8g genannten Krankenanstalten eine Einrichtung zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch einrichtet oder betreibt, begeht, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 7.000 € zu bestrafen.

Hauptstück G Bundesweit einheitlicher, systematischer Bewertungsprozess für ausgewählte Arzneispezialitäten

Einrichtung eines Bewertungsboards

§ 62d. Zur Bewertung des Einsatzes ausgewählter hochpreisiger und spezialisierter Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich oder an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem

Bereich hat die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister ein nationales Bewertungsboard einzurichten. Für die Kostentragung des Bewertungsboards einschließlich der Geschäftsstelle (§ 62h) durch den Bund gilt § 59f Abs. 5 Z 3.

Aufgabe des Bewertungsboards

§ 62e. (1) Das Bewertungsboard hat auf Basis von Health Technology Assessments (HTAs) und der gemeinsam von den Ländern und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen ausverhandelten Preise Empfehlungen hinsichtlich des Einsatzes von ausgewählten Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich oder bei Anwendung an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich grundsätzlich vor deren Anwendung abzugeben. Die Empfehlungen des Bewertungsboards stellen Sachverständigungsgutachten in Bezug auf die Grundsätze und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft gemäß § 19a Abs. 3 Z 2.

(2) Der Wirkungsbereich umfasst Arzneispezialitäten die gemäß Art 7 der Verordnung (EU) 2021/2282 (HTA-Verordnung) gemeinsame klinische Bewertungen (JCA) durchlaufen haben oder die durch Horizon Scanning Aktivitäten mittels der internationalen Horizon Scanning Initiative (HSI) oder durch aktive Einmeldung durch Kostenträger für ebendiese Arzneimittel identifiziert und vom Bewertungsboard ausgewählt wurden, wenn sie hochpreisig und spezialisiert in der Anwendung sind. Dabei gilt Folgendes:

1. die Hochpreisigkeit einer Arzneispezialität ist nach zumindest einem der folgenden Kriterien zu bewerten:
 - a) voraussichtlicher Fabriksabgabepreis (FAP),
 - b) voraussichtliche Monats- bzw. Jahrestherapiekosten pro Patientin/Patient und
 - c) voraussichtliches jährliches Kostenvolumen
2. Arzneispezialitäten gelten insbesondere als spezialisiert, wenn regelmäßige Kontrollen in entsprechenden Fachabteilungen bzw. definierten Zentren erforderlich sind und mindestens eines der folgenden Kriterien zutrifft:
 - a) Die Arzneispezialität ist für seltene Erkrankungen von der europäischen Arzneimittelbehörde EMA zugelassen oder für die Behandlung von seltenen Erkrankungen angezeigt.
 - b) Es ist eine komplexe Diagnostik und Indikationsstellung sowie die Erstverordnung durch eine Fachabteilung bzw. ein definiertes Zentrum im intramuralen Bereich erforderlich.
 - c) Es ist eine spezielle Verabreichung oder Handhabung entsprechend der Fachinformation erforderlich.

Näheres dazu ist in der Geschäftsordnung des Boards (§ 62g) festzulegen.

- (3) Die Aufgaben des Bewertungsboards sind insbesondere
 1. die Auswahl von zu bewertenden Arzneispezialitäten nach den definierten Kriterien gemäß Abs. 2,
 2. die Festlegung der Zugehörigkeit der Arzneispezialität zur Nahtstelle des intra- und extramuralen Bereichs bzw. zum intramuralen Bereich. Diese erfolgt auf Basis eines von den Ländern und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger gemeinsam aufbereiteten Vorschlags. Diesbezüglich sind nur die Vertreter der Sozialversicherung und der Länder im Board stimmberechtigt, wobei eine Entscheidung jedenfalls die Mehrheit der Vertreter/innen sowohl der Sozialversicherung als auch der Länder erfordert. Im Falle eines Dissens, hat in der folgenden Sitzung eine Einigung hinsichtlich der Festlegung der Zugehörigkeit zu erfolgen.
 3. Die Abgabe von Empfehlungen innerhalb von 5 Monaten ab Festlegung der Zugehörigkeit gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 unter Ermöglichung einer Fristerstreckung.
- (4) Die Empfehlungen des Bewertungsboards hinsichtlich der einzelnen Arzneispezialitäten haben insbesondere Folgendes zu beinhalten:
 1. Die Beurteilung des medizinisch-therapeutischen Zusatznutzens auf Basis eines Vergleichs mit therapeutischen Alternativen in Zusammenschau mit der Wirtschaftlichkeit (nach vorab definierten Wirtschaftlichkeitskriterien) und möglichen Anwendungskriterien,
 2. die Anwendung bzw. Nicht-Anwendung,
 3. bestimmte Anwendungskriterien von Arzneispezialitäten unter Berücksichtigung der Verhandlungsergebnisse und etwaiger von den Mitgliedern des Bewertungsboards oder des vertriebsberechtigten Unternehmens eingebrachter Stellungnahmen und
 4. Begleitmaßnahmen, die im Rahmen des Bewertungsprozesses eingefordert werden können. Dazu zählt insbesondere im intramuralen Bereich

- a) die Einrichtung und Befüllung von Krankheitsregistern,
- b) die Überprüfung der Anwendung der Empfehlungen des Bewertungsboards sowie
- c) eine Verlaufskontrolle und Analyse der Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneispezialitäten.

Eine Zugänglichkeit zu pseudonymisierten Daten des Registers der in Österreich behandelten Patientinnen und Patienten für das Bewertungsboard ist dabei sicherzustellen.

(5) Die Empfehlungen des Bewertungsboards gemäß § 62e Abs. 4 Z 1 bis 3 sind in dem von diesem festgelegten Umfang auf der Website des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums zu veröffentlichen.

(6) Das vertriebsberechtigte Unternehmen ist verpflichtet, dem Bewertungsboard die für die Erstellung der Empfehlungen erforderlichen Informationen, die in den Bewertungsumfang des geplanten Assessments fallen, zur Verfügung zu stellen. Unter anderem zählen dazu:

1. zulassungsbegründende klinische Studien, Fachinformation, systematische Reviews/Meta-Analysen im Vergleich zu den therapeutischen Alternativen und epidemiologische Daten (Inzidenz und Prävalenz sowie Patientenzahlen in Österreich) sowie
2. nationale und internationale Preise, Preisvergleiche, gesundheitsökonomische Analysen (insbesondere Kosten-Nutzen-Analyse), Budget-Impact-Analyse, Förderungen aus öffentlichen Mitteln sowie den Anteilen bzw. die Höhe der Forschungs- und Entwicklungskosten.

Dem vertriebsberechtigten Unternehmen ist vor Beschluss der Empfehlungen die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist einzuräumen.

(7) Länder und Sozialversicherung sind verpflichtet, ihnen vorliegende Informationen, die für die Bewertung der Arzneispezialität zweckmäßig sind, dem Bewertungsboard im Wege der Geschäftsstelle des Bewertungsboards zur Verfügung zu stellen.

(8) Empfehlungen des Bewertungsboards sind binnen spätestens 5 Jahren durch dieses zu evaluieren. Dazu sind neuerliche Preisverhandlungen durchzuführen. Für die Evaluierung sind die in Abs. 6 genannten Informationen sowie Daten aus der klinischen Anwendung der Arzneispezialität zu berücksichtigen.

Zusammensetzung des Bewertungsboards

§ 62f. (1) Dem Bewertungsboard gehören

1. ein/e fachkundige/r Vertreter/in des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums,
2. je ein/e von der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister entsandte fachkundige/r Vertreter/in des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen und der Gesundheit Österreich GmbH,
3. je ein/e fachkundige/r Vertreter/in jedes Landes,
4. je zwei fachkundige Vertreter/innen der Österreichischen Gesundheitskasse, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und drei fachkundige Vertreter/innen des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger,
5. drei unabhängige Vertreter/innen der Wissenschaft aus einschlägigen Fachrichtungen (Pharmakologinnen/Pharmakologen und Mediziner/innen von Universitätsinstituten) und
6. ein/e Vertreter/in der Patientenanwaltschaften in beratender Funktion ohne Stimmrecht

an. Bei Abstimmungen zu Arzneispezialitäten, die gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 für den intramuralen Bereich bestimmt sind, haben die Vertreter/innen gemäß Z 4 eine beratende Funktion ohne Stimmrecht. Weiters sind erforderlichenfalls Vertreter/innen unabhängiger HTA-Institutionen sowie unabhängige Vertreter/innen der Wissenschaft bzw. Kliniker/innen als Expertinnen/Experten beizuziehen. Den Vorsitz führt ein/e unabhängige/r Vertreter/in der Wissenschaft gemäß Z 5.

(2) Es ist sicherzustellen, dass die Mitglieder des Bewertungsboards in Ausübung ihrer Tätigkeit keinen Weisungen unterliegen. Die Tätigkeit im Bewertungsboard erfolgt ehrenamtlich, wobei für die Vorsitzführung in der Geschäftsordnung eine entsprechende Aufwandsentschädigung vorzusehen ist. Alle Mitglieder des Bewertungsboards, der Geschäftsstelle sowie beigezogene Kliniker/innen sind zur Verschwiegenheit über Umstände, die ihnen während der Tätigkeit für das Bewertungsboard bekannt werden, verpflichtet.

(3) Die Mitglieder des Bewertungsboards haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie offenzulegen. Sie haben sich – unbeschadet weiterer allfälliger Befangenheitsgründe – in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zur pharmazeutischen Industrie geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen. Dies gilt auch für allfällig beigezogene Expertinnen/Experten.

(4) Die Mitglieder haben für den Fall ihrer Abwesenheit Vertretungen namhaft zu machen.

Geschäftsordnung des Bewertungsboards

§ 62g. (1) Das Bewertungsboard hat nähere Bestimmungen zum Prozess und zum Aufgabenbereich in einer Geschäftsordnung zu regeln und diese der Bundes-Zielsteuerungskommission gemäß § 26 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen.

(2) In der Geschäftsordnung sind insbesondere festzulegen:

1. Beschlussmodalitäten, wobei folgende Vorgaben jedenfalls einzuhalten sind:
 - a) Bei Abstimmungen zu Arzneispezialitäten, die gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 für den intramuralen Bereich bestimmt sind, gilt die Regelung des § 62f zweiter Satz,
 - b) bei Abstimmungen zu Arzneispezialitäten, die gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 für die Nahtstelle des intra- und extramuralen Bereich bestimmt sind, ist zu gewährleisten, dass die Vertreter/innen gemäß § 62f Z 3 und 4 gemeinsam jedenfalls Empfehlungen gemäß § 62e Abs. 4 beschließen können und
 - c) bei Festlegungen gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 sind nur Vertreter/innen gemäß § 62f Z 3 und 4 stimmberechtigt.
2. die Arbeitsweise, wobei sicherzustellen ist, dass der Beschluss von Empfehlungen innerhalb von 5 Monaten ab Festlegung der Zugehörigkeit gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 unter Ermöglichung einer Fristerstreckung zu erfolgen hat,
3. Umgang mit den ausgewählten Arzneispezialitäten bis zum Abschluss des Prozesses und
4. weitere Aufgaben der Geschäftsstelle gemäß § 62h.

Geschäftsstelle des Bewertungsboards

§ 62h. (1) Zur Unterstützung des Bewertungsboards bei Erfüllung seiner Aufgaben gemäß § 62e Abs. 3 ist in dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium eine Geschäftsstelle einzurichten. Die Aufgaben der Geschäftsstelle des Bewertungsboards sind in der Geschäftsordnung zu regeln.

(2) Die Aufgaben der Geschäftsstelle sind insbesondere

1. administrative Aufgaben:
 - a) Organisation der Sitzungen des Bewertungsboards,
 - b) monatliche Veröffentlichung einer aktuellen Liste mit Arzneispezialitäten, die sich im Bewertungsprozess befinden,
 - c) Dissemination der Empfehlungen des Bewertungsboards und
 - d) Koordination der unter Z 2 angeführten Aufgaben sowie
2. inhaltliche Aufgaben:
 - a) Erstellung einer Priorisierungsliste für potentiell zu bewertende Arzneispezialitäten im Einvernehmen mit den Vertreter/innen gemäß Abs. 3,
 - b) Durchführung und Aufbereitung von HTA, wobei Joint Clinical Assessments (JCA), die gemäß EU-HTA-Verordnung auf Unionsebene vorliegen, entsprechend zu berücksichtigen sind, sowie Durchführung und Aufbereitung von gesundheitsökonomischen Evaluationen,
 - c) Vorschlag des Bewertungsumfangs insbesondere in Hinblick auf die Auswahl der Komparatoren,
 - d) Definition von Anwendungskriterien unter Berücksichtigung der medizinischen und gesundheitsökonomischen Aspekte und
 - e) Unterstützung des Verhandlungsteams gemäß § 62i.

(3) Die Geschäftsstelle hat jeweils eine/n namhaft gemachte/n Vertreter/in der Sozialversicherung und der Länder über aktuelle Entwicklungen, Arbeiten und Ergebnisse in Zusammenhang mit den in Abs. 2 angeführten Aufgaben zu informieren.

Verhandlungsteam

§ 62i. Für die Preisverhandlungen mit den vertriebsberechtigten Unternehmen ist ein Verhandlungsteam einzurichten. Dieses Verhandlungsteam hat aus Vertreter/innen von Sozialversicherung und Ländern zu bestehen. Bei Verhandlungen betreffend Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich führt ein/e Vertreter/in der Länder, bei Verhandlung betreffend Arzneispezialitäten an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich ein/e Vertreter/in der Sozialversicherung den Vorsitz. Bei Bedarf kann das Verhandlungsteam weitere Fachexpertinnen/Fachexperten beziehen.

III. TEIL.

Schluß- und Übergangsbestimmungen.

§ 63. (1) Rechte zur Führung öffentlicher Krankenanstalten sowie Bewilligungen und Genehmigungen, die den Rechtsträgern von Krankenanstalten auf Grund bisher geltender Vorschriften verliehen oder erteilt worden sind, werden durch die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes nicht berührt.

(2) Sind private Krankenanstalten bisher auf Grund ihrer Satzung gemeinnützig betrieben worden und erfüllen sie die Voraussetzungen des § 16 Abs. 1 lit. a bis f, sind sie auch weiterhin als gemeinnützige Krankenanstalten im Sinne des § 16 zu betrachten.

(3) Durch die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes werden die Vorschriften des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG.), insbesondere die §§ 23 bis einschließlich 25, 31, 144 bis einschließlich 149, 189, 301, 338, 339 und 534, soweit in diesen das Krankenanstaltenwesen regelnde Vorschriften enthalten sind, nicht berührt.

§ 64. Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Bundesgesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit. Die von den Pfleglingen zu entrichtenden Kostenbeiträge (§ 27a) sind kein Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes. Die Landesgesundheitsfonds sind von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben mit Ausnahme der Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren befreit.

§ 64a. Soweit in diesem Bundesgesetz bei personenbezogenen Bezeichnungen nur die männlichen Formen angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

§ 65. (1) Dieses Bundesgesetz tritt gegenüber den Bundesländern für die Ausführungsgesetzgebung mit dem Tage der Kundmachung, im übrigen in jedem Bundesland gleichzeitig mit dem in dem betreffenden Bundesland erlassenen Ausführungsgesetz in Kraft.

(2) Die Ausführungsgesetze der Bundesländer zu den im Ersten Teil dieses Bundesgesetzes enthaltenen grundsatzgesetzlichen Bestimmungen sind binnen Jahresfrist, vom Tage der Kundmachung dieses Bundesgesetzes an gerechnet, zu erlassen (Art. 15 Abs. 6 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929).

(3) In den zur Ausführung dieses Bundesgesetzes zu erlassenden Landesgesetzen ist festzustellen, daß die sonstigen auf dem Gebiete des Krankenanstaltenwesens in Geltung stehenden Landesgesetze aufgehoben werden.

(4) Die Landesgesetzgebung hat Ausführungsbestimmungen zu § 2 Abs. 2 lit. d innerhalb eines Jahres, vom Tage der Kundmachung dieses Bundesgesetzes an gerechnet, zu erlassen.

(4a) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 8f binnen sechs Monaten zu erlassen. Dabei ist sicherzustellen, dass bestehende Blutdepots die Anforderungen bis spätestens 8. November 2005 erfüllen.

(4b) § 3 Abs. 2 lit. a und Abs. 5 bis 7 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 155/2005 tritt mit 1. Jänner 2006 in Kraft. Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 3 Abs. 2 lit. a und Abs. 6 und 7 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 155/2005 binnen sechs Monaten zu erlassen.

(4c) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 2a Abs. 3, § 3b, § 6 Abs. 1 lit. e, § 8 Abs. 4 und 4a, § 10 Abs. 1 Z 7, § 11a Abs. 3, § 19 Abs. 1 und § 38a Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 122/2006 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(4d) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 10 Abs. 1 Z 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 49/2008 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(4e) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 2 Abs. 1, § 2a Abs. 1 lit. b, § 3 Abs. 4 lit. e, § 7 Abs. 1, § 7a, § 7b, § 8 Abs. 1 Einleitungssatz, § 8 Abs. 1 Z 7, § 8 Abs. 2, § 8a Abs. 1, § 8c Abs. 1, 2, 3, 3a, 4, 4a, 5a, 6a und 7, § 10 Abs. 1 Z 2 lit. a, § 10 Abs. 1 Z 4, § 10 Abs. 3 Z 1, § 10 Abs. 5, § 21 Abs. 1, § 24 Abs. 2, § 24 Abs. 4, § 25 Abs. 1, § 26 Abs. 1 Z 4, § 27a Abs. 1, 3, 5 und 6 und § 38e in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 124/2009 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(4f) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 2a Abs. 4, § 5a Abs. 2 und 3 samt Überschrift zu § 5a, § 8 Abs. 1 Z 3, § 8c Abs. 1, § 8c Abs. 4 Z 8, § 8e samt Überschrift, § 24 Abs. 3, § 27a Abs. 1, Abs. 3 und Abs. 5 und § 38a Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 69/2011 innerhalb von acht Monaten zu erlassen.

(4g) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den § 2a Abs. 1 lit. a und b sowie Abs. 3 bis 5, § 2b, § 2c, § 5b Abs. 1 und 6, § 6 Abs. 1, 2 und 7, § 8 Abs. 1, § 10a Abs. 2 Z 4 und 6 sowie Abs. 3 bis 5, § 18 Abs. 2 und § 40 Abs. 1 lit. c und d in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 147/2011 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(4h) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass die vor dem 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Unfallchirurgie bis 31. Dezember 2015 in Satellitendepartments gemäß § 2a Abs. 5 Z 1 lit. a umzuwandeln sind.

(4i) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass die vor dem 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie bis 31. Dezember 2015 in Fachschwerpunkte gemäß § 2a Abs. 5 Z 2 umzuwandeln sind.

(4j) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den §§ 1, 2b Abs. 2 Z 3, 3e, 3f und 6 Abs. 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 108/2012 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(4k) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 4 Abs. 2, § 5a Abs. 4 und 5, § 10 Abs. 1 Z 4a, § 29 Abs. 1a und Abs. 1b, § 39 Abs. 3 und § 40 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 32/2014 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(5) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Artikel 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich des Ersten Teiles ist der Bundesminister für Gesundheit und Frauen betraut.

(6) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich § 27a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 156/2004 steht dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen zu.

(7) § 8 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 59/2017 tritt mit 1. Juli 2018 in Kraft. Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmung zu § 8 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 59/2017 binnen sechs Monaten zu erlassen.

§ 65a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 2 Abs. 1 Z 5 und § 2 Abs. 2 lit. d, § 2 Abs. 2 lit. e, § 2 Abs. 3, die Überschrift vor § 3, § 3 Abs. 1, Abs. 2 lit. a, Abs. 2a, Abs. 2b, Abs. 2c, Abs. 3, Abs. 4 lit. a, Abs. 4 lit. e, Abs. 4 lit. f, Abs. 5, Abs. 6, Abs. 7, §§ 3a, 3b, 3c, und 3d, die Änderungen in § 5, § 5c, § 8a Abs. 5, § 8d, § 10a Abs. 1 und 2 und § 40 Abs. 1 lit.e in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 61/2010 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass jedenfalls Verfahren zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bzw. eines selbständigen Ambulatoriums, die ab dem 1. März 2011 anhängig werden, nach der Rechtslage durchzuführen bzw. fortzusetzen sind, die sich aus den entsprechenden Landesausführungsgesetzen in Ausführung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 61/2010 ergibt.

(3) (Grundsatzbestimmung) Träger von Krankenanstalten, für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes, BGBI. I Nr. 61/2010 eine rechtskräftige Betriebsbewilligung vorliegt, und die nach § 5c zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Verpflichtung innerhalb von einem Jahr nach dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 61/2010 nachzukommen und dies der Landesregierung nachzuweisen.

(4) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 2 Abs. 1 Z 6, § 2 Abs. 2 lit. f, § 2 Abs. 4, § 2a Abs. 2, § 2a Abs. 5 Z 1, § 2b Abs. 2 Z 1, § 3 Abs. 1 und 6, § 3a Abs. 1, 5 und 8, § 3b Abs. 2, § 3c, § 4 Abs. 2, § 5b Abs. 4, § 6 Abs. 1 lit. i und Abs. 4, § 6a Abs. 2, § 7 Abs. 4a, § 7b Abs. 2, § 8 Abs. 1 Z 2 und Z 8, § 8c Abs. 8, § 8g samt Überschrift, § 10 Abs. 1 Z 3, § 10a Abs. 4, § 19a Abs. 3 Z 4, § 26 Abs. 1 Z 5 sowie zum Hauptstück G in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 3/2016 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

§ 65b. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 3 Abs. 2a, § 3a Abs. 4, § 5a Abs. 1 Z 2, § 5b Abs. 6, § 10a Abs. 1, § 19a Abs. 3 und § 27b Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 81/2013 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(2) Die §§ 56a, 59, 59a, 59c, 59e, 59g und 59j in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 81/2013 treten mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

(3) Das Vermögen der mit dem Bundesgesetz zur Anpassung von Rechtsvorschriften an die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013, BGBI. I Nr. 101/2007, eingerichteten Bundesgesundheitsagentur geht mit allen

Rechten und Verbindlichkeiten auf die aufgrund dieses Gesetzes einzurichtende Bundesgesundheitsagentur über.

(4) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 2a Abs. 1, Abs. 3 und Abs. 4, § 3 Abs. 2, Abs. 2b, Abs. 3a, § 3a Abs. 2 und Abs. 3a, § 10a Abs. 1, § 18 Abs. 2 und § 27a Abs. 7 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 26/2017 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen. Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 27a rückwirkend mit 1. Jänner 2017 in Kraft zu setzen.

(5) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass die vor dem 1. Jänner 2017 bestehenden Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 2a Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 3/2016 bis 1. Jänner 2020 in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a umzuwandeln sind.

(6) Die §§ 56a, 57 Abs. 1 und 2, 59, 59a, 59d, 59e, 59g bis 59k und 67 Abs. 2 Z 4 und 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 26/2017 treten mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

(7) Das Vermögen der mit Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013 eingerichteten Bundesgesundheitsagentur geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf die aufgrund dieses Gesetzes einzurichtende Bundesgesundheitsagentur über.

(8) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 3a Abs. 2 letzter Satz, Abs. 9 vorletzter Satz und Abs. 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(9) § 5a Abs. 2, § 8a Abs. 4 (Anm.: richtig: Abs. 4a), § 9a sowie § 10 Abs. 1 Z 4a und Abs. 5 in der Fassung des 2. Materien-Datenschutz-Anpassungsgesetzes, BGBl. I Nr. 37/2018, treten mit 25. Mai 2018 in Kraft. Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen dazu innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(10) Die §§ 3 Abs. 2a, 3a Abs. 4 und 9, 19a Abs. 4 Z 3 sowie § 24 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 100/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft. Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen dazu innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2020 in Kraft zu setzen.

(11) § 57 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 100/2018 tritt mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

(10) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 2a Abs. 3 und 5, § 2b Abs. 2 bis 4, § 2c, § 3 Abs. 2d und 4, § 3a Abs. 5, § 3d Abs. 1, § 4 Abs. 1, § 5b Abs. 1, § 6 Abs. 1 und 7, § 8 Abs. 1, § 8a Abs. 6 bis 8, § 8e Abs. 8, § 15, § 18 Abs. 1, § 19 Abs. 1, § 24 Abs. 5, § 27b Abs. 3 und 5, § 29 Abs. 1a, § 38d sowie § 40 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 13/2019 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(11) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass die vor dem 1. Jänner 2018 bestehenden Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie bis spätestens 1. Jänner 2021 in eine zulässige Organisationsform umzuwandeln sind.

(12) § 42f in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 136/2020 tritt mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft und am 30. Juni 2023 außer Kraft. Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 42f innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(13) § 57a, § 59 Abs. 6 Z 2 lit. b, d und e, § 59e Abs. 5, § 59f sowie § 59g Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 9/2022 treten mit 1. Jänner 2021 in Kraft.

(14) Die § 2b Abs. 2, § 3 Abs. 2a, 2b und 6, § 3a Abs. 2 Z 1, Abs. 3 bis 5 und 8, § 3b Abs. 2, § 10a Abs. 2 Z 8, § 19a Abs. 3, Abs. 4 Z 3 und Abs. 5, § 20 Abs. 1, § 26 Abs. 1 Z 6 bis 8, § 57 Abs. 1a, § 59 Abs. 6 Z 2, Abs. 11 bis 13, § 59d Abs. 3 Z 1 lit. c bis g, § 59e Abs. 1 und 2, § 59f, § 59g Abs. 1 Z 2 und Abs. 5 sowie das Hauptstück G samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 191/2023 und der Entfall der § 3a Abs. 3a, 9 und 10 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

(15) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 2b Abs. 2, § 3 Abs. 2a, 2b und 6, § 3a Abs. 2 Z 1, Abs. 3 bis 5 und 8, § 3b Abs. 2, § 10a Abs. 2 Z 8, § 19a Abs. 3, Abs. 4 Z 3 und Abs. 5, § 20 Abs. 1 und § 26 Abs. 1 Z 6 bis 8 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 191/2023 sowie den Entfall der § 3a Abs. 3a, 9 und 10 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2024 in Kraft zu setzen.

(16) § 8 Abs. 1 Z 8 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 24/2024 tritt mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft. Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zur

Änderung in § 8 Abs. 1 Z 8 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 24/2024 binnen sechs Monaten zu erlassen.

(17) § 9 samt Überschrift in der Fassung des Informationsfreiheits-Anpassungsgesetzes, BGBI. I Nr. 50/2025, tritt mit 1. September 2025 in Kraft. Die Ausführungsgesetze der Länder sind binnen sechs Monaten ab dem der Kundmachung des genannten Bundesgesetzes folgenden Tag zu erlassen.

Umsetzung von Unionsrecht

§ 65c. Durch dieses Bundesgesetz wird die Richtlinie 2011/24/EU in österreichisches Recht umgesetzt.

§ 66. Mit Geltungsbeginn dieses Bundesgesetzes treten die nachfolgenden Vorschriften, soweit sie noch in Geltung stehen, außer Kraft:

1. das Gesetz vom 17. Februar 1864, RGBl. Nr. 22, in Betreff der Verpflegungsgebühren in öffentlichen Gebär- und Irrenanstalten;
2. 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;
3. 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;
4. 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;
5. der Erlass des k. k. Ministeriums des Innern vom 2. März 1892, Z 14.498 ex 1891, betreffend die bei Bewilligungen zur Errichtung von privaten Humanitäts-, Heil- und Kuranstalten, Heilbädern und Gesundbrunnen aller Art festzuhaltenden Grundsätze;
6. 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, BGBI. Nr. 72;
7. das Bundesgesetz vom 18. Juli 1924, BGBI. Nr. 255, betreffend die Verwaltung der Wiener Fondskrankenanstalten (Fondskrankenanstaltengesetz);
8. Abschnitt C der Ersten Ausführungsanordnung zur XVII. Verordnung zur Einführung steuergesetzlicher Vorschriften in Österreich, RMBIiV Nr. 34/1939, S. 1727.

§ 67. (1) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich der im Ersten Teil und im § 63a dieses Bundesgesetzes enthaltenen Angelegenheiten ist der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betraut.

(2) Mit der Vollziehung

1. der §§ 43 und 44 ist der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Forschung,
2. der §§ 46, 55 und 56 ist der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
3. der §§ 48 und 50 ist der Bundesminister für Justiz,
4. der §§ 56a bis 59i mit Ausnahme des § 57a ist der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
5. der §§ 57a, 59j und 64 ist der Bundesminister für Finanzen, hinsichtlich des § 57a im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, und
6. ist im Übrigen hinsichtlich des zweiten Teiles der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

betraut.

Artikel 1

Änderung des Krankenanstaltengesetzes

(Anm.: aus BGBI. I Nr. 5/2001, zu den §§ 2a, 3, 4, 5b, 7, 7a, 8, 10, 10a, 11, 16, 17, 19, 21, 22, 27, 27a, 27b, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 42, 56a, 57 bis 59i, BGBI. Nr. 1/1957)

(Anm.: 1. – 4. Titel betreffen die Änderungen des Krankenanstaltengesetzes)

5. Titel

(1) Das Vermögen des mit der KAG-Novelle 1996, BGBI. Nr. 751/1996, eingerichteten Strukturfonds geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf den mit §§ 56a ff dieses Bundesgesetzes eingerichteten Strukturfonds über. Beschlüsse der mit der KAG-Novelle 1996, BGBI. Nr. 751/1996, eingerichteten Strukturkommission (§ 59g) und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die gemäß § 59f Abs. 1 dieses Bundesgesetzes einzurichtende Strukturkommission nichts Gegenteiliges beschließt.

(2) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum 1. Titel innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2001 in Kraft zu setzen.

(3) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum 3. Titel innerhalb eines Jahres zu erlassen.

(4) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich 1. und 3. Titels steht dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen zu.

(5) Der 2. Titel tritt mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(6) Mit Ablauf des 31. Dezember 2004 treten außer Kraft:

1. Titel Z 3 bis 5, 11, 13 bis 15 und 20 bis 29 und
2. Titel Z 1 bis 7.

(7) 3. und 4. Titel treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(8) Mit der Vollziehung des 2. und 4. Titels ist der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen betraut.

Artikel 1

Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten geändert wird (KAKuG-Novelle 2005)

(Anm.: aus BGBI. I Nr. 179/2004, zu den §§ 2a, 3, 4, 10, 10a, 11, 16, 24, 26, 27, 27b, 28 – 30, 32, 34, 35 und 42, BGBI. Nr. 1/1957)

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten, BGBI. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 35/2004, wird wie folgt geändert:

(Anm.: 1. und 2. Titel betreffen die Änderungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes.)

3. Titel

(1) Das Vermögen des mit der KAG-Novelle 2000, BGBI. I Nr. 5/2001, eingerichteten Strukturfonds geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf die mit §§ 56a ff dieses Bundesgesetzes eingerichtete Bundesgesundheitsagentur über. Beschlüsse der mit der KAG-Novelle 2000, BGBI. I Nr. 5/2001, eingerichteten Strukturkommission (§ 59f) und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, soferne die gemäß § 59g Abs. 1 dieses Bundesgesetzes einzurichtende Bundesgesundheitskommission nichts Gegenteiliges beschließt. Bis zur Einrichtung der Bundesgesundheitskommission gemäß § 59g Abs. 1 nimmt deren Aufgaben die mit der KAG-Novelle 2000, BGBI. I Nr. 5/2001, eingerichtete Strukturkommission wahr.

(2) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum 1. Titel nach Maßgabe des Abs. 2 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen.

(3) Bis zum Ablauf des 31. Dezember 2005 gilt hinsichtlich des LKF-Steuerungsbereiches § 27b Abs. 2 Z 2 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 5/2001 weiter. Bis zur Einrichtung von Landesgesundheitsfonds durch die Länder nehmen die Landesfonds die Aufgaben und Funktionen der Landesgesundheitsfonds wahr.

(4) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich des 1. Titels steht dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen zu.

(5) Der 2. Titel tritt mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(6) Mit der Vollziehung des 2. Titels ist der Bundesminister für Gesundheit und Frauen betraut.
(Anm.: 1. und 2. Titel betreffen die Änderungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes)

Titel 3

(Anm.: aus BGBl. I Nr. 101/2007, zu den §§ 6, 10a, 19a, 25, 27a, 27b, 57, 58, 59, 59a, 59c, 59d, 59e, 59f, 59g, 62a, 62d, 62e und 62f, BGBl. I Nr. 1/1957)

(1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum 1. Titel innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2008 in Kraft zu setzen.

(2) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich des 1. Titel steht dem Bundesminister für Gesundheit, Familie und Jugend zu.

(3) Der 2. Titel tritt mit 1. Jänner 2008 in Kraft.

(4) Mit der Vollziehung des 2. Titels ist der Bundesminister für Gesundheit, Familie und Jugend betraut.

(5) Das Vermögen der mit der KAKuG-Novelle 2005, BGBl. I Nr. 179/2004, eingerichteten Bundesgesundheitsagentur geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf die aufgrund dieses Gesetzes einzurichtende Bundesgesundheitsagentur über. Beschlüsse der mit der KAKuG-Novelle 2005, BGBl. I Nr. 179/2004, eingerichteten Bundesgesundheitskommission und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die auf Grund dieses Gesetzes einzurichtende Bundesgesundheitskommission nichts Gegenteiliges beschließt.

(6) Ein bestelltes Mitglied der mit der KAKuG-Novelle 2005, BGBl. I Nr. 179/2004, eingerichteten Bundesgesundheitskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieses Gesetzes einzurichtenden Bundesgesundheitskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.

(7) Auf einen Regressanspruch der Bundesgesundheitsagentur gegen Mitglieder der Bundesgesundheitskommission ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (BGBl. Nr. 80/1965 i.d.F. BGBl. Nr. 169/1983) sinngemäß anzuwenden.

Artikel II

(Anm. aus BGBl. Nr. 732/1995, zu § 2, BGBl. Nr. 1/1957)

Die Länder haben die Ausführungsbestimmungen zu Art. I des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 732/1995 innerhalb eines Jahres zu erlassen.

Artikel II

(Anm.: aus BGBl. Nr. 157/1990, zu den §§ 37, 38, 38a, 38b, 38c, 38e, 38f und 41, BGBl. Nr. 1/1957)

(1) Die Länder haben die Ausführungsgesetze zu Art. I Abschnitt 1 innerhalb eines Jahres zu erlassen.

(2) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG ist hinsichtlich Art. I Z 1 bis 4 der Bundeskanzler betraut.

(3) Art. I Abschnitt 2 tritt mit 1. Jänner 1991 in Kraft.

Artikel 2

(Anm.: aus BGBl. I Nr. 90/2002, zu den §§ 8c, 19a, 27a, 29 und 40, BGBl. Nr. 1/1957)

(1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum Artikel 1 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(2) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich des Artikels 1 steht dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen zu.

(3) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass Beurteilungen der Ethikkommissionen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz anhängig sind, von den Ethikkommissionen in ihrer bisherigen Zusammensetzung zu Ende zu führen sind.

(Anm.: 1. und 2. Titel betreffen die Änderungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes)

Title 3

(Anm.: aus BGBl. I Nr. 35/2004, zu den §§ 2a, 3a, 5b, 6, 6a, 7a, 8, 8c, 8e, 19a, 24 und 40, BGBl. Nr. 1/1957)

(1) § 3a zweiter Satz in der Fassung der Novelle BGBl. I Nr. 35/2004 tritt mit 1. Jänner 2007 in Kraft.

(2) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum 1. Titel innerhalb von sechs Monaten zu erlassen. Die Ausführungsbestimmungen zu Z 8, 9, 10 und 11 des 1. Titels sind mit 1. Mai 2004 in Kraft zu setzen. In diesem Zeitpunkt anhängige Verfahren vor Ethikkommissionen sind nach der bis dahin geltenden Rechtslage fortzuführen.

(3) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich des 1. Titels steht dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen zu.

(4) Mit der Vollziehung des 2. Titels ist

1. hinsichtlich der Z 22 und 23 der Bundesminister für Gesundheit und Frauen,
2. hinsichtlich der Z 24 der Bundesminister für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz,
3. hinsichtlich der Z 19, 20 und 21 der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen

betraut.

Artikel III

(Anm.: aus BGBl. I Nr. 80/2000, zu den §§ 2, 6, 8 – 8c, 9, 10, 11a, 11d, 20, 25, 29, 38e und 40, BGBl. Nr. 1/1957)

(1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu Art. I innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(2) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich Art. I steht dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen zu.

(3) Mit der Vollziehung

1. des Art. II Z 24 ist, soweit damit Angelegenheiten der Universitätskliniken geregelt werden, der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur, im Übrigen der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen,
2. des Art. II Z 25 ist der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
3. im Übrigen ist hinsichtlich Art. II der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen

betraut.

Artikel III

(Anm.: aus BGBl. Nr. 80/1993, zu den §§ 1, 3a, 5a, 5b, 6a, 7, 8a, 8c, 8d, 11a – 11e, 13, 18, 22, 23, 26 und 38d, BGBl. Nr. 1/1957)

(1) Die Länder haben die Ausführungsgesetze zu Art. 1 innerhalb eines Jahres zu erlassen.

(2) Hinsichtlich Art. I ist mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betraut.

(3) Die Vollziehung des Art. II Z 43 (§ 46) obliegt dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung, des Art. II Z 44 (§ 50) dem Bundesminister für Justiz und des Art. II Z 45 und 46 (§ 60 und § 62d) dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz.

Artikel IV

Inkrafttreten und Vollziehung

(aus BGBl. Nr. 745/1998, zu § 7a, BGBl. Nr. 1/1957)

- (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Jänner 1989 in Kraft.
- (2) Die Länder haben Ausführungsgesetze zu Art. II bis 1. August 1989 zu erlassen.
- (3) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist hinsichtlich der Art. I und III der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung betraut.
- (4) Hinsichtlich Art. II ist mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG der Bundeskanzler betraut.

Artikel IV

Inkrafttreten und Vollziehung

(aus BGBl. I Nr. 95/1998, zu § 24, BGBl. Nr. 1/1957)

- (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Juli 1998 in Kraft.
- (2) Die Länder haben die Ausführungsgesetze zu Art. III innerhalb von einem Jahr zu erlassen.
- (3) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich des Art. III steht dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu.
- (4) Mit der Vollziehung der Artikel I und II ist der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales betraut.

Artikel IV

(aus BGBl. Nr. 474/1995, zu § 28a, BGBl. Nr. 1/1957)

- (1) Die Länder haben die Ausführungsgesetze zu Art. I Z 1 bis 3 sowie zu Art. II innerhalb von sechs Monaten vom Tag der Kundmachung dieses Bundesgesetzes zu erlassen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. I Z 1 bis 3 sind mit 1. Jänner 1991 in Kraft zu setzen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. II sind mit dem Zeitpunkt des Außerkrafttretens der im Art. III Abs. 2 genannten Vereinbarung in Kraft zu setzen.
- (2) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG ist hinsichtlich Art. I Z 1 bis 3 und Art. II der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz betraut.
- (3) Die Vollziehung des Art. I Z 4 und 5 obliegt dem Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz.

Artikel V

(Anm.: aus BGBl. Nr. 751/1995, zu den §§ 2a, 3, 4, 6, 8, 10, 10a, 11, 12, 15, 16, 19, 27, 27a, 27b, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 36 und 40, BGBl. Nr. 1/1957)

- (1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu Art. I, sofern sich aus Abs. 1a nicht anders ergibt, innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen.
 - (1a) Art. I Z 7 tritt mit dem Tag der Kundmachung des Kankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes in Kraft. Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.
- (2) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu Art. III innerhalb eines Jahres zu erlassen.
- (3) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich Art. I und III steht dem Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz zu.
- (4) Art. II tritt mit 1. Jänner 1997 in Kraft.
- (5) Mit Ablauf des 31. Dezember 2000 treten außer Kraft:
 - Art. I Z 3 bis 5, 8, 10, 11, 14, 16 bis 24 und 26 und
 - Art. II Z 28 bis 31, 33 und 34.
- (6) Artikel III und IV treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(7) Mit der Vollziehung der Artikel II und IV ist der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz betraut.¹

Artikel VI

(Anm.: aus BGBl. Nr. 282/1988, zu §§ 8b, 9, 20, 28b und 40, BGBl. Nr. 1/1957)

(1) Die Länder haben die Ausführungsgesetze zu Art. I, III und V innerhalb von sechs Monaten vom Tag der Kundmachung dieses Bundesgesetzes zu erlassen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. I Z 21 und Art. V sind mit 1. Jänner 1988 in Kraft zu setzen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. III sind mit dem Zeitpunkt des Außerkrafttretens der in Art. IV Abs. 2 genannten Vereinbarung in Kraft zu setzen.

(2) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG ist der Bundeskanzler betraut.

Artikel 18 Änderung des Krankenanstaltengesetzes

(Anm.: aus BGBl. I Nr. 136/2001, zu den §§ 27a und 28, BGBl. I Nr. 1/1957)

(Anm.: 1. – 3. Titel betreffen die Änderungen des Krankenanstaltengesetzes)

4. Titel

(1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum 1. Titel innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2002 in Kraft zu setzen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum 3. Titel innerhalb eines Jahres zu erlassen.

(3) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich des 1. und des 3. Titels steht dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen zu.

(4) Der 2. Titel tritt mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

(5) Der 1. und der 2. Titel treten mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(6) Der 3. Titel tritt mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(7) Mit der Vollziehung des 2. Titels ist der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen betraut.

Artikel 21 Änderung des Krankenanstaltengesetzes

(Anm.: aus BGBl. I Nr. 65/2002, zu den §§ 42a, 42b, 42c, 42d und 63a, BGBl. Nr. 1/1957)

Das Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch die Bundesgesetze BGBl. I Nr. 5/2001 und BGBl. I Nr. 136/2001, wird wie folgt geändert:

Titel 1

(Anm.: es folgen die Novellierungsanweisungen)

Titel 2

(1) Titel 1 tritt mit 1. Jänner 2002, jedoch nicht vor dem der Kundmachung des Verwaltungsreformgesetzes 2001, BGBl. I Nr. 65/2002, folgenden Tag in Kraft.

(2) Die Länder haben die Ausführungsbestimmungen zu Titel 1 Z 2 und 4 innerhalb eines Jahres nach dem genannten In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt zu erlassen.